III TOMO DE LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA

Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria

Julio 2018

III TOMO DE LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA.

1ª Edición Julio 2018

Fecha publicación: 12/07/2018

Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria (SOCIFOSA). Inscrita en el Registro Nacional de Sociedades Científicas con número 611948.

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

ISBN: 978- 84-09-01923-6

Al ser un libro electrónico digital, no requiere depósito legal.

Producción editorial e impresión en España, por SOCIFOSA

Email: Contacto@cienciasanitaria.es

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 1. EL AGUA Y EL JABÓN, LOS COMPLEMENTOS PARA SALVAR VIDAS.

GEMA MARÍA HIERRO LÓPEZ

TEMA 2. CODIFICACION DE LAS AGRESIONES CON CIE- 10
JUANA GOMEZ FERNANDEZ, MIRIAM OLIVER SEGURA

TEMA 3. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

LAURA CARMONA HERRERÍAS, MARÍA VIRTUDES LÓPEZ AYALA, CLAUDIA PATRICIA FORERO FORERO

TEMA 4. AVANCES DIETÉTICOS PARA PACIENTES DIABÉTICOS EN LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA

JOSÉ CÉSPEDES GUTIÉRREZ, PATRICIA AVELLANEDA CODINA, MARÍA DEL CARMEN CODINA ALMANSA

TEMA 5. LA BILIRRUBINA: CAUSAS DE AUMENTO

MARIA ÁNGELES CÁNOVAS SAURA, GREGORIA CASTEJÓN CARRIÓN

TEMA 6. BRONQUIOLITIS

EVA TÉLLEZ MÁRQUEZ

TEMA 7. CALCIO, FÓSFORO Y VITAMINA D EN EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE HUESOS EN LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA

MARÍA DEL CARMEN CODINA ALMANSA, PATRICIA AVELLANEDA CODINA, JOSÉ CÉSPEDES GUTIÉRREZ

TEMA 8. ORDENACIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

CARMEN GARCÍA VELÁZQUEZ

TEMA 9. REVISIÓN DEL NIÑO SANO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

MARIA ISABEL MARTINEZ GUEMES

TEMA 10. ALIMENTACIÓN EN EL EMBARAZO

TANIA REPRESA PASTOR

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 11. CUIDADOS ENFERMEROS EN EL CATETER EPICUTANEO EN NEONATOLOGIA

ANTONIO RUFINO BALSERA TREJO

TEMA 12. . PREVENCION DEL ESTREÑIMIENTO CON INTERVENCIONES NO FARMACOLOGICAS EN PACIENTES ONCOLOGICOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO PALIATIVO

PALOMA MEDINA DE DIOS

TEMA 13. IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SUICIDIO CONSUMADO

GABRIEL GARCÍA ÁLVAREZ, ESTELA GARCÍA COYA

TEMA 14. CUIDADOS ENFERMEROS EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA EN PEDIATRIA

ANTONIO RUFINO BALSERA TREJO

TEMA 15. VIGILA TU PIE DIABÉTICO. ESCUCHA A TU ENFERMERA

EVA Mª BLANCO LOPEZ, RAQUEL PARDO SALAMANCA, ISABEL GALLARDO GARCIA

TEMA 16. PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

RICARD CONDE TORRES, MIGUEL ÁNGEL CARREIRO ALONSO, MARTÍN IGLESIAS VILANOVA

TEMA 17. ALIMENTACIÓN EN LA ETAPA DEL ENVEJECIMIENTO

MIGUEL ÁNGEL CARREIRO ALONSO, MARTÍN IGLESIAS VILANOVA, RICARD CONDE TORRES

TEMA 18. CODIFICACIÓN DE LA HIPERTENSION GESTACIONAL CON LA CIE -10-ES
MIRIAM OLIVER SEGURA , JUANA GOMEZ FERNANDEZ

TEMA 19. CONSEJOS NUTRICIONALES Y DIETÉTICOS EN LAS PERSONAS CON ÚLCERAS EN EXTREMIDADES INFERIORES

CARMEN PILAR QUEVEDO DOMÍNGUEZ

TEMA 20. ¿ES LO MISMO EUTANASIA QUE SEDACIÓN PALIATIVA? UNA PERSPECTIVA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. PARTE I

CRISTINA TUDELA BLAYA

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 21. ENFERMEDAD DEGENERATIVA ARTICULAR: ARTROSIS

MARÍA VIRTUDES LÓPEZ AYALA, CLAUDIA PATRICIA FORERO FORERO, LAURA CARMONA HERRERÍAS

TEMA 22. TÉCNICA DE ESPIROMETRÍA

MARTÍN IGLESIAS VILANOVA, RICARD CONDE TORRES, MIGUEL ÁNGEL CARREIRO ALONSO

TEMA 23. EL ESTRÉS Y SUS EFECTOS EN EL EMBARAZO

MOISÉS ORTIZ ARRÉS

TEMA 24. BUEN MANEJO DE LOS INHALADORES POR PARTE DE ENFERMERÍA

ISABEL GALLARDO GARCIA, RAQUEL PARDO SALAMANCA, EVA MARIA BLANCO LOPEZ

TEMA 25. LABIO LEPORINO Y FISURA PALATINA

SILVIA GUERRERO ROJAS

TEMA 26. CISTOURETOGRAFÍA RETRÓGADA MICCINAL EN NIÑOS.

EZEQUIEL LUCAS LÓPEZ

TEMA 27. NUTRICIÓN EN EL PERIODO GESTACIONAL DESDE LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA

PATRICIA AVELLANEDA CODINA, MARÍA DEL CARMEN CODINA ALMANSA, JOSÉ CÉSPEDES GUTIÉRREZ

TEMA 28. INFLUENCIA DE LA DEMENCIA EN LA SEXUALIDAD DE LOS ANCIANOS

INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ, ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, MARLENE DEL VALLE FERNÁNDEZ

TEMA 29. ALIMENTACIÓN FORZADA EN DEMENCIAS AVANZADAS

INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ, MARLENE DEL VALLE FERNÁNDEZ, ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

TEMA 30. FACTORES ASOCIADOS CON EL INTENTO DE SUICIDIO: REVISIÓN SISTEMÁTICA

BÁRBARA FATÁS CUEVAS, MARA ALONSO ALGARABEL, MARTA ARAGÜÉS GARDE, LAURA ARANDA RUBIO

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 31. REVISIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBACTERINA EN EL TRASPLANTE AUTOLOGO DE M.O

MARIA PAULA CHAVEZ COLLAZOS

TEMA 32. SONDA VESICAL DE LÁTEX VERSUS SONDA DE SILICONA

MARIA TERESA AZAHARES REYES

TEMA 33. CONSECUENCIAS DE LA POLIMEDICACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

EVA ARRUFAT GASULLA

TEMA 34. ÚLCERAS POR PRESIÓN

CARLOTA GURBINDO ALONSO

TEMA 35. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EN LA ETAPA INFANTIL

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

TEMA 36. TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ARTERIOPATIA PERIFERICA EN ATENCION PRIMARIA

PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ, NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ, PATRICIA GONZALEZ ROBLES

TEMA 37. MANEJO DEL PACIENTE CON HIPERTRANSAMINASEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

JOSE ANTONIO MARTÍNEZ OTÓN, MARÍA INMACULADA ARJONA LÓPEZ, ANTONIA DEL AMOR CANTERO SANDOVAL, JOSÉ NICOLÁS GÁLVEZ

TEMA 38. IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBCUTÁNEO

CRISTINA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

TEMA 39. INSTRUCCIONES ENFERMERAS AL PACIENTE CON CPAP DOMICILIARIO

LIDIA MELLADO MARTÍN

TEMA 40. ALIMENTACIÓN FORZADA EN DEMENCIAS AVANZADAS

INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ, MARLENE DEL VALLE FERNÁNDEZ, ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 41. INTOXICACIÓN POR SULFATO DE MAGNESIO EN NEONATO

CRISTIAN ROMOSAN, AYCHEL ELENA ROURA PILOTO, ENCARNACION IZQUIERDO ALMIRON, MARTA GALLARDO BENASACH.

TEMA 42. PERCEPCION DE LA SEGURIDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA

ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ, MARLENE DEL VALLE FERNÁNDEZ

TEMA 43. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA. ¿CUÁLES SON LOS ERRORES MÁS HABITUALES?

MARLENE DEL VALLE FERNÁNDEZ, ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ

TEMA 44. PACIENTES ANCIANOS CRONICOS POLIMEDICADOS

MARLENE DEL VALLE FERNÁNDEZ, INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ, ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ.

TEMA 45. IMPORTANCIA DE LA TERAPIA DE LA PRESIÓN NEGATIVA ANTE EL TRATAMIENTO Y RESOLUCIÓN DE HERIDAS POR ÚLCERAS

LEANDRO JAVIER RODRÍGUEZ CARRILLO, MARIA DE LAS NIEVES CABALLERO ANTIÑOLO, JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ CARRILLO

TEMA 46. DIAGNOSTICO EN LA ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUESPED GASTROINTESTINAL (EICH-GI)

AYCHEL ELENA ROURA PILOTO, ENCARNACION IZQUIERDO ALMIRON, MARTA GALLARDOBENASACH, CRISTIAN ROMOSAN

TEMA 47. DIABETES MELLITUS

IVÁN ORTEGA MIRALLES

TEMA 48. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA SEGURIDAD EN UN CENTRO DE MAYORES CON MEDIDAS DE CONTENCIÓN FÍSICA

ELOISA CALDUCH CATROFE, SOFÍA MARÍA ESPIAU GONZÁLEZ

TEMA 49. TIPOS DE PRUEBAS EN LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN Y CONFIRMACIÓN DE CONSUMO DE DROGAS

Mª ELENA RUÍZ SERRANO, Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS, Mª DEL CARMEN SALINAS SEVILLA, Mª JOSÉ ROCA SOLANA

TEMA 50. HIPERINSULINISMO CONGÉNITO EN EL RECIÉN NACIDO Y LA INFANCIA

CECILIA GRAU LÓPEZ, ANA JOSEFA MENDOZA BAYONA, MARÍA DE LA CONCEPCIÓN GARCÍA AYUSO

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 51. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PIELONEFRITIS POR ESCHERICHIA COLI TRAS INFECCIONES RECURRENTES

Mª DE LA CONCEPCIÓN GARCÍA AYUSO, CECÍLIA GRAU LÓPEZ, ANA JOSEFA MENDOZA BAYONA

TEMA 52. HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO EN UN RECIÉN NACIDO. CASO CLÍNICO.

MARTA GALLARDO BENASACH, CRISTIAN ROMOSAN, AYCHEL ELENA ROURA PILOTO, ENCARNACION IZQUIERDO ALMIRON.

TEMA 53. ADMINISTRACIÓN DE INHALADORES CON CÁMARA EN PEDIATRÍA

DAVID PÉREZ BERENGUER

TEMA 54. AISLAMIENTO ESTRICTO Y PREVENCIÓN POR TUBERCULOSIS ACTIVA EN AMBIENTE HOSPITALARIO

ANA JOSEFA MENDOZA BAYONA, MARÍA DE LA CONCEPCIÓN GARCÍA AYUSO, CECILIA GRAU LÓPEZ

TEMA 55. LA SALUD MENTAL DE LOS MAYORES: CARENCIAS Y OPORTUNIDADES

TERESA LÓPEZ ARTEAGA, PEDRO PADILLA ROMERO

TEMA 56. PROBLEMAS BUCODENTALES EN NIÑOS PEQUEÑOS

JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN, MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO, Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS

TEMA 57. PREVENCIÓN DE DOLENCIAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS EN EL PERSONAL SANITARIO

Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS, MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO, ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN, JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN

TEMA 58. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO, Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS, JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN

TEMA 59. PRÁCTICA SEGURA EN LA APLICACIÓN DE INMUNOTERAPIA EN CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA DE LOS REYES BARRERA RODRÍGUEZ, IGNACIO SALGUERO TEJADA, ANA FERNÁNDEZ HUERTAS

TEMA 60. PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN ALUMNOS Y PROFESORES DE ENFERMERÍA DE LA UGR

CRISTINA GUZMÁN PÉREZ, DIEGO HERRERA GONZÁLEZ, PILAR DORANTES ROMERO, ROGELIO JOSÉ RODRÍGUEZ PÉREZ

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 61. MEDIDAS ERGONOMICAS EN PROFESIONALES SANITARIOS CON ESPECIALES CUIDADOS DE SALUD PERSONAL

VICTORIA CANDEL GUILLAMÓN, Mª DEL CARMEN SALINAS SEVILLA, ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN, FRANCISCO MIGUEL SÁNCHEZ NOGUERA

TEMA 62. PLAQUETOPENIA SEVERA EN DEBUT DE EPISODIO DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA INFANTIL

MANUEL ANGEL MORALES GONZÁLEZ, MARTA GALLARDO BENASACH,, ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN, Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS

TEMA 63. COMPLICACIONES SECUNDARIAS IMPORTANTES A LA EXTRACCIÓN DE MÚLTIPLES DE PIEZAS DENTARIAS

FRANCISCO MIGUEL SÁNCHEZ NOGUERA, MARTA GALLARDO BENASACH, Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS, MANUEL ANGEL MORALES GONZÁLEZ

TEMA 64. ESTUDIO DE ANATOMIA PATOLOGICA EN HISTERECTOMIA TOTAL POR CARCITOMATOSIS PERITONEAL

ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN, MARTA GALLARDO BENASACH, CRISTIAN ROMOSAN, AYCHEL ELENA ROURA PILOTO

TEMA 65. DETERMINACIÓN DE PRUEBA DE COOMBS INDIRECTO EN SANGRE DE CORDON DE RECIÉN NACIDO

MARÍA EULALIA VERA NIETO, NELIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, RAQUEL LÓPEZ TURPÍN, NIEVES ASENCIO LÓPEZ

TEMA 66. INTOXICACIÓN POR SULFATO DE MAGNESIO EN NEONATO

CRISTIAN ROMOSAN, AYCHEL ELENA ROURA PILOTO, ENCARNACION IZQUIERDO ALMIRON, MARTA GALLARDO BENASACH.

TEMA 67. PROGRAMA DE ESCUELA DE ESPALDA COMO MEDIDA DE PROMOCIÓN, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL DOLOR CRÓNICO LUMBAR INESPECÍFICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

MONTSERRAT ZAMBRANA GUIRADO, MAGDALENA DOS SANTOS MORENO PATRICIA ADRADOS GÓMEZ

TEMA 68. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN, MARTA ESPINOSA ATANCE, RAQUEL GAITANO ESCRIBANO

TEMA 69. PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRÚRGICAS

EVA Mª BLANCO LOPEZ, RAQUEL PARDO SALAMANCA, ISABEL GALLARDO GARCIA

TEMA 70. . CASO CLINICO: MIGRAÑA POR DEFICIT DE ENZIMA DAO

DAVID REVELLES PASADAS

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 71. ELECCIÓN ADECUADA DE LAS AGUJAS HIPODERMICAS PARA PLUMA DE INSULINA

ISABEL GALLARDO GARCIA, EVA MARIA BLANCO LOPEZ, RAQUEL PARDO SALAMANCA

TEMA 72. ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE. EVALUACIÓN Y CRIBADO

MANUEL GARCÍA FENOLLOSA

TEMA 73. VIRUS DE LA HEPATITIS A

VANESSA PATRICIA GÓMEZ TOCÓN

TEMA 74. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA MENOPAUSIA

MARTA ESPINOSA ATANCE , RAQUEL GAITANO ESCRIBANO, BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN

TEMA 75. ÚLCERAS VENOSAS EN EXTREMIDADES INFERIORES

RAQUEL GAITANO ESCRIBANO, BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN, MARTA ESPINOSA ATANCE

TEMA 76. EDUCACIÓN SANITARIA PARA PADRES PRIMERIZOS

MIRIAM ASENJO GARCÍA

TEMA 77. ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD DEL PÁRKINSON Y SU CALIDAD DE VIDA

NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, RAQUEL LÓPEZ TURPIN, NIEVES ASENCIO LÓPEZ, MARIA EULALIA VERA NIETO

TEMA 78. MANEJO DEL TRASTORNO DE INSOMNIO EN EL PACIENTE ANCIANO

PEDRO PADILLA ROMERO, MARÍA TERESA LÓPEZ ARTEAGA

TEMA 79. CRIBADO METABÓLICO EN EL RECIÉN NACIDO

RAQUEL LÓPEZ TURPÍN, NIEVES ASENCIO LÓPEZ, NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, Mª EULALIA VERA NIETO

TEMA 80. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

CRISTIAN GARVÍN CAMPANARIO , LIDIA RAMÍREZ GALAFATE

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 81. CUIDADOS DE UNA OSTOMIA

RAQUEL PARDO SALAMANCA, EVA Mª BLANCO LOPEZ, ISABEL GALLARDO GARCIA

TEMA 82. NIÑOS Y JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO I Y SUS CUIDADORES: PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ANA MARÍA LICERÁN PERALBO, BERNABÉ ANTONIO FERNÁNDEZ NAVARRETE

TEMA 83. PATOLOGÍA GINECOLÓGICA

M.ª ROSARIO ÁLVAREZ LLANZÓN

TEMA 84. ESTUDIO DE LESIONES ANULARES PRURIGINOSAS MÚLTIPLES EN EXTREMIDADES

NIEVES ASENCIO LÓPEZ, MARIA EULALIA VERA NIETO, NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ, RAQUEL LÓPEZ TURPIN

TEMA 85. ATENCIÓN A PACIENTES ANTICOAGULADOS.

ANA ELISABET LÓPEZ LÓPEZ

TEMA 86. CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO: EVALUACIÓN MEDIANTE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA MULTIDETECTOR (TCMD)

ANA MILENA MUÑOZ

TEMA 87. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL PROCESO DE DUELO

ANDRÉS VIGUERAS LAX, MARÍA JOSÉ VIGUERAS LÓPEZ

TEMA 88. CASO CLÍNICO: INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA DOS MESES Y MEDIO DESPUÉS DEL PARTO.

ELISABET FRIGOLA FOLQUÉ

TEMA 89. SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CLAUDIA PATRICIA FORERO FORERO, LAURA CARMONA HERRERIAS, MARIA VIRTUDES LOPEZ AYALA

TEMA 90. CUIDADOS ENFERMEROS A UN PAIENTE DIABETICO

CLAUDIA PATRICIA FORERO FORERO, LAURA CARMONA HERRERIAS, MARIA VIRTUDES LOPEZ AYALA

ÍNDICE DE CAPITULOS

TEMA 91. HIPOTIROIDISMO E HIPERTIROIDISMO.

LUZMILA MARÍA SALCAN LONDO.

TEMA 92. ANÁLISIS DE LA RUBÉOLA. UNA PERSPECTIVA DESDE LA SALUD COMUNITARIA

ROCÍO MORENO SÁNCHEZ, JOSÉ DAVID MARTÍNEZ CASTILLO, Mª ANGELES MORENO SÁNCHEZ

TEMA 93. BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

ELIZABETH ESTEO CANO, JOSE DAVID PIEDRA LARA

TEMA 94. CASO CLÍNICO: MANEJO DE ÚLCERA CUTÁNEA SECUNDARIA A PICADURA DE RAYA

AMAIA CORUJO ELIZALDE, DOIA LAPARTE CAMPO, NAHIA ARRAIZA GULINA, ISABEL CELAYA CALVO

TEMA 1. EL AGUA Y EL JABÓN, LOS COMPLEMENTOS PARA SALVAR VIDAS.

GEMA MARÍA HIERRO LÓPEZ

ÍNDICE

1.- Introducción.

2.- La importancia del lavado de manos.

3.- Beneficios del lavado de manos.

4.- Pasos del lavado de manos con agua y jabón.

5.- Productos para una buena higiene de manos.

6.- El correcto estado de las manos en un profesional.

7.- Conclusión.

8.- Bibliografía.

1.- Introducción

Aunque no lo creamos, una buena higiene de manos, puede ayudar a salvar vidas, además de evitar el contagio de algunas enfermedades.

El lavado de manos, lleva sonando mucho en los medios desde el 2008, los cuales nos ayudaron a impartir unas normas de higiene en hospitales y centros públicos; haciendo del 15 de octubre, el día mundial del lavado de manos para poder divulgar los cuidados que requieren el uso de jabones e incluso los desinfectantes.

2.- La importancia del lavado de manos.

Estos son algunos de los momentos en los cuales son fundamentales lavarse las manos: Antes de comer, después de ir al baño, al manipulamos alimentos o los cocinamos, cuando terminas de estar en contacto con los animales, antes de realizar un trabajo aséptico, tras usar algún trasporte público, antes de tocar a un recién nacido, trato con personas enfermas, cuando tenemos las manos manchadas de algún tipo de fluido, antes de tocar a un paciente, después de salir de la habitación del paciente tras realizar el trabajo…

3.- Beneficios del lavado de manos.

Con el lavado de manos podemos encontrar ciertos beneficios, como: disminuir los microorganismos en las manos; ayuda a disminuir infecciones cutáneas, infecciones de ojos, infecciones intestinales, infecciones respiratorias, diarrea, neumonía, cólera, salmonelosis, infecciones de transmisión sexual, fiebres, evitar la transmisión de algunos gérmenes entre el profesional y el paciente,…

4.- Pasos del lavado de manos con agua y jabón.

Según la OMS, la mejor técnica para obtener unos buenos resultados en el lavado de manos, es siguiendo estos sencillos pasos que pueden durar unos segundos: humedecer las manos con abundante agua; aplicar un buen jabón y de forma generosa; frotar tanto la palma, el dorso de la mano y entre los dedos; si es necesario, frotar las uñas con un cepillito; enjuagar bien las manos y por último, secarse bien las manos.

5.- Productos para una buena higiene de manos.

-Jabón con pH neutro.

-Soluciones jabonosas con yodo.

-Soluciones con clorhexidina.

-Jabones microbianos.

-Antiséptico con base alcohólica.

6.- El correcto estado de las manos en un profesional.

El personal sanitario en un hospital tiene que cuidad la integridad de la piel de las manos, para poder evitar algún tipo de contagio o poderlo transmitir; por lo que tiene cuidar la irritaciones de la piel, heridas, sangrados, dermatitis atópicas, grietas, cortes, incluso evitar cualquier esmalte en las uñas y cualquier joya en las manos.

7.- Conclusión.

Al realizar una correcta maniobra de lavado de manos, ayudamos a eliminar toda la suciedad y materia orgánica, que nos pueda llevar a padecer o trasmitir una enfermedad, evitándolo con los sencillos pasos que se han mencionado.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Castellano Guerrero, Ana; Plana Pallejá, Jordi; Castellano Guerrero, Alfonso Javier; Borruel Llovera, Ana. Higiene de manos: Asignatura pendiente entre los profesionales de la salud. Evidentia (2017) V14.

2.- Lavado de Manos: salvar una vida puede estar en tus propias manos. Revista Paraninfo Digital (2014) Año VIII (20).

3.- Roldán Garrido, Ana. Higiene de manos: falta de formación o de concienciación. Doc Enferm (2016) 63:6-11.

TEMA 2. CODIFICACION DE LAS AGRESIONES CON CIE- 10

JUANA GOMEZ FERNANDEZ

MIRIAM OLIVER SEGURA

ÍNDICE

-OBJETIVOS
-MATERIAL Y METODO
-RESULTADOS
-CONCLUSION/DISCUSION
-BIBLIOGRAFIA

OBJETIVOS:

Las agresiones son las lesiones inflingidas por otras personas con la intención de herir o matar por cualquier medio.
Se pueden producir en adultos y en niños y pueden ser físicas o psicológicas.
En la CIE-10 podemos encontrar que el maltrato pueda ser por abandono, abuso sexual, físico, psicológico y si este está confirmado o no.
Cuando el paciente acude por el maltrato, este será el diagnóstico principal.
El objetivo de este trabajo será asignar los códigos exactos cuando un paciente adulto ingresa por abuso sexual confirmado, presentando desgarro de útero y desconociendo la persona que realiza la agresión.

MATERIAL Y METODO:

-Se realiza búsqueda sistemática y revisión bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando palabras clave como: Agresión, violación, abuso y maltrato.

-Idioma: Español e Inglés.

-Tipos de estudios y documentos: Artículos primarios, revisiones bibliográficas y Manuales de Codificación.

RESULTADOS:

Los códigos para el maltrato, se encuentran en el capítulo 19 de la CIE-10-ES.

Al tratarse del primer contacto que realiza el paciente, utilizaremos el siguiente código:

T74.21XA Abuso sexual de adultos, confirmado, contacto inicial

A continuación codificaremos la patología que presenta la paciente debida al abuso sexual.

S37.63XA Desgarro de útero, contacto inicial

Al tratarse de un maltrato confirmado, debemos especificar el autor de la agresión, aunque no lo conozcamos. Encontraremos el código en el capítulo 20 de la CIE-10-ES. Estos códigos nunca pueden ser diagnóstico principal, por lo que serán siempre secundarios a un código de otro capítulo donde se recoja la naturaleza de la lesión:

Y07.9 Autor de maltrato y negligencia no especificado.

CONCLUSION/DISCUSION:

A la hora de codificar el maltrato, se debe especificar claramente el tipo, las patologías que presente el paciente por el maltrato y el autor. Los códigos a utilizar pueden ser diferentes en el caso de que esté confirmado o no.
Resulta fundamental que el clínico se implique en la elaboración de los Informes de Alta Hospitalaria para que el codificador pueda realizar una codificación correcta y precisa de los episodios asistenciales. Si el codificador tiene que revisar la Historia Clínica del paciente, tendrá que utilizar más tiempo para la codificación correcta.
La CIE-10-ES incorpora un significativo aumento en el número de códigos, lo que posibilita una mayor especificidad en la codificación clínica.

BIBLIOGRAFIA:

-Van Staande, Moira, J; Searcy. William, A; Hanlon, Roger T.(2011). Aggression. Academic Press. Pp 23-24 (Internet). Disponible desde: https://es.Wikipedia.org/wiki/Agresión.

-Leakey,R,&Lewin,R (1978) People of the lake.New York:Anchor Press/Doubleday

-Manual de Codificación CIE-10 Diagnósticos. Edición 2018. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

-Clasificación Internacional de enfermedades 10ª Revisión. Modificación clínica. Edición Española. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible: https://:eciemaps. msssi.Gob.es/ecieMaps/browser/index 10 mc.html

TEMA 3. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

LAURA CARMONA HERRERÍAS
MARÍA VIRTUDES LÓPEZ AYALA
CLAUDIA PATRICIA FORERO FORERO

ÍNDICE

- CONCEPTO Y COMPOSICIÓN
- ÁMBITO DE ACTUACIÓN
- CARACTERÍSTICAS DE ORGANIZACIÓN
- FUNCIONES Y ACTIVIDADES
- VENTAJAS
- INCONVENIENTES

CONCEPTO Y COMPOSICIÓN

El equipo de Atención Primaria surge como respuesta a las exigencias de ofrecer una atención integral de salud y de administrar los recursos destinados a la Atención Primaria.
La composición se debe ajustar a las necesidades y características de la comunidad. No hay un modelo universal ya que cada zona y región es diferente y tiene necesidades distintas. Hay que buscar un equilibrio entre las necesidades de cada zona para que sea compatible con el marco legal. Este equilibrio esta compuesto por una serie de características como son la zona, infraestructura, necesidades de salud de cada población y disponibilidad de profesionales sanitarios. Estos profesionales que integran un equipo reciben el nombre de núcleo básico del equipo o equipo básico.

ÁMBITO DE ACTUACIÓN

El Ámbito de actuación es la zona básica de salud (ZBS), da servicio a unos 5000-25000 habitantes. Tanto en el medio rural como en el urbano aunque es modificado si existe una gran dispersión geográfica. En Andalucia se habla de “distritos de salud”. Hay un factor fundamental, que es la cantidad de población. En el ámbito urbano las distancias y comunicaciones quedan en un segundo plano pero en los medios rurales si que se tiene muy presente. En la ciudad se trabaja con Centros de Salud, en los pueblos debido a las distancias se trabaja por consultores que todos dependen de un Centro de Salud, este se ubica en la población principal de la comarca.

CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN

En la Atención Primaria es sumamente importante trabajar en equipo. Este equipo tiene unos objetivos comunes y trabaja con una metodología en común. Para que el trabajo sea efectivo es necesario tener claro que se trata de un equipo y hay que trabajar como tal. De su aplicación correcta depende el resultado efectivo. Destacamos cuatro puntos básicos para llevar a cabo una buena metodología de trabajo:

- Trabajo coordinado y no jerarquizado.
- Se marcan unos objetivos, actividades y evaluación final. De esta manera el trabajo será programado y el conjuntos de cada miembro del equipo por separado terminará con unos resultados excelentes.

- Es importante que todos los miembros del equipo trabajen de manera planificada para obtener una buena ejecución consiguiendo una evaluación final correcta. Aunque cada miembro del equipo desempeñe una función diferente es importante que la visión de las tareas se conjunta.
- La idea de la existencia de un coordinador es importante y necesario. Este miembro del equipo será el encargado de coordinar las funciones y actuar siempre que sea necesario para que el objetivo de la Atención Primaria se lleve acabo.

FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE SALUD

La asistencia es una función principal ya que lleva ligada una serie de actividades básicas como son la visita en el centro y a domicilio. Esta función siempre es programada.

En promoción de salud nos encontramos con las actividades siguientes: Educación sanitaria individual y colectiva, se desarrolla en el centro de salud, escuelas y otras instituciones. Existen campañas educativas para tener buenos hábitos de vida. Otra de las funciones fundamentales es la prevención de la enfermedad para ello se trabaja en vacunación, cribados… La rehabilitación en procesos crónicos y agudos y la reinserción social. También hay que tener en cuenta el funcionamiento y soporte como actividad en gestión, polítia de calidad y evaluación, organización interna, entre otras.

VENTAJAS

Se va a incrementar el campo de competencias, siempre es mejor la suma de un trabajo compuesto por varias personas que las actividades realizadas de forma individual. La creatividad siempre se ve incrementada dando pie a nuevos puestos de trabajo con la finalidad de abastecer de manera efectiva a la población. El trabajo en equipo siempre va a disminuir la prevalencia de enfermedades, porque aumenta las posibilidades de prevención y permite intervenir de manera precoz. La optimización de los recursos es una ventaja fundamental.

INCONVENIENTES

Uno de los inconvenientes más destacados en esta dinámica de equipo es la dilución de la responsabilidad, no debemos olvidar que el trabajo es en equipo pero la responsabilidad queda ligada a cada persona de manera individual. No existe jerarquización. Podemos tener una respuesta más lenta a la hora de solucionar un problema ya que son varias personas las que deben de dar su opinión para llegar a una solución coherente, efectiva y la cual sea aceptada por todos los miembros del grupo.

Todos estos inconvenientes tendrían una solución efectiva si se cumplieran los 3 principios básicos que son:

- La igualdad.
- La diferencia.
- La jerarquía flexible.

BIBILIOGRAFÍA

- Gaminde I. Los derechos de los ciudadanos. Del derecho a la protección de la salud. En: SESPAS. Informe SESPAS. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública-SESPAS;1998.

- Ong LML, Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. Soc Sci Med, 1995; 40: 903-918.

- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Evaluación del modelo de reforma de atención primaria en Andalucía. Conclusiones de la revisión documental y evaluación estratégica de la reforma de atención primaria. Jaén, España, 1994.

TEMA 4. AVANCES DIETÉTICOS PARA PACIENTES DIABÉTICOS EN LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA

JOSÉ CÉSPEDES GUTIÉRREZ
PATRICIA AVELLANEDA CODINA
MARÍA DEL CARMEN CODINA ALMANSA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. MÉTODO
4. RESULTADOS
    4.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
    4.2 CONSIDERACIONES SOBRE LAS GRASAS EN LA ELABORACIÓN DE LA DIETA
    4.3 CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL
5. CONCLUSIÓN / DISCUCIÓN
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La diabetes es una de las enfermedades con mayor divulgación y con más avances significativos en su tratamiento, pero lo cierto es que sigue siendo una gran desconocida en todo el mundo: en los países desarrollados casi una quinta parte de la población desconoce que la padece, proporción que llega a la mitad de la población en los países en vía de desarrollo (Durán et al., 2012).

Así pues, el aumento de personas afectadas parece imparable, y las previsiones no son nada buenas, fundamentalmente en lo que refiere a la diabetes tipo 2. A modo de ejemplo, la tasa de crecimiento en un país como México ha sido del 200% en 20 años, registrando alrededor de 50.000 muertes anuales a causa de esta enfermedad (Reynoso y Cols., 2007).

La gran particularidad de la diabetes es que las células del organismo no consiguen los niveles de azúcar necesarios. Se diferencian dos grandes tipos de diabetes: la diabetes tipo 1, que aparece en edad temprana por falta de insulina (hormona que lleva el azúcar a las células, y la tipo 2, que aparece en la edad adulta, esta vez porque el azúcar no entra correctamente en las células.

Además de los fármacos (en la tipo 2) y la insulina, una correcta alimentación es imperativa en el cuidado de la diabetes, y previene de la obesidad, como han venido demostrando distintos estudios estadounidenses: hay una correlación evidente de al menos un 25% entre el incremento de la diabetes y la obesidad tan frecuente en esta población (Gutiérrez y Rodríguez, 2014).

Demasiados/as pacientes no son conscientes de las graves consecuencias que puede conllevar esta enfermedad, sobre todo si no se ponen en práctica ciertas medidas (esencialmente nutricionales): ceguera, insuficiencia renal, amputaciones, infartos (el 20% se producen por culpa de la diabetes) (Martínez y Cols., 2014).

Por consiguiente, uno de los retos más importantes a los que tiene que hacer frente la sanidad es la correcta instrucción de las personas, ya que de nada servirá lograr más avances si no controlan mejor los valores glucémicos generales (Untiveros y Cols., 2014).

Esta concienciación también afecta a todos/as los/as profesionales de la salud, primeros/as responsables de la aplicación de estrategias basadas en la intervención, tanto en centros hospitalarios como en los propios domicilios de los/las pacientes a su regreso (CSCM, 2013).

La nutrición es la verdadera terapia para las personas diabéticas, una dietoterapia que garantiza un estricto control calórico; por ejemplo, si el/la paciente sufre de obesidad, la dieta habrá de ser muy restrictiva en calorías, aunque progresiva y continuamente adaptable a las variaciones de peso, hasta que éste/a se situé en su peso adecuado (González y Fernández, 2000).

Todos los estudios que han vertido sobre el tema han acordado que la alimentación constituye el pilar inquebrantable sobre el que se debe apoyar el tratamiento de la diabetes; no es un mero complemento, sino parte íntegra de los inevitables cambios de vida que las personas deben llevar a cabo para disfrutar de una mayor calidad de vida y esperanza de vida (Cánovas y Cols., 2001).

Por supuesto, la dieta deberá ser personalizada y adaptada a las circunstancias de cada caso, lo que exige una atención alimentaria óptima (Socarrás y Cols., 2002).

2. OBJETIVOS

- Revisar el conocimiento de todos/as los/as profesionales sobre la relación entre la nutrición en la diabetes en la restauración hospitalaria.
- Describir las grandes advertencias dietéticas sobre la cantidad de grasas a incluir en la elaboración de las dietas.
- Describir las características más relevantes del tratamiento nutricional en esta enfermedad.
- Recordar la necesaria participación de las administraciones sanitarias en la formación de sus empleados/as así como en la promoción e investigación de esta enfermedad desde los centros hospitalarios a través de campañas de sensibilización a gran escala.

3. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una investigación exhaustiva de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron de Ciencias de la Salud: MEDLINE a través del motor de búsqueda CUIDEN y Bibliotecas electrónicas: SciELO. Se revisaron diversos artículos científicos en Google Académico con los descriptores “diabetes”, “restauración hospitalaria”, “alimentación”, “dietas”, “nutrición”.

Además se consultaron numerosos libros y revistas sobre el tema disponibles de manera gratuita en diferentes páginas de Internet.

4. RESULTADOS

4.1 Revisión bibliográfica

La bibliografía sobre la diabetes es muy exhaustiva, aunque sorprendentemente el papel de la alimentación no destaca como cabría pensar en una enfermedad en la que es tan vital. La mayoría se interesan por los aspectos fisiológicos y farmacológicos, y aquellos que lo han hecho sobre la nutrición se conforman con recomendaciones generales que requieren de una actualización urgente.

Los principales artículos se decantan por tratar casos muy concretos como la diabetes gestacional (Durán y Cols, 2016), olvidándose de considerar aquellos mucho más comunes.

Asimismo, se han publicado algunas guías por parte de administraciones públicas, aunque ninguna se integra en el ámbito hospitalario.

4.2 Consideraciones sobre las grasas en la elaboración de la dieta

Es imprescindible dominar una serie de consideraciones de la diabetes en relación con las cantidades de grasas. Las grasas tienen que ser reguladas para prevenir problemas de presión arterial de la siguiente manera: la ingesta de grasas saturadas será inferior al total de grasas, lo mismo que las poliinsaturadas, siendo el resto (el 80%) moninsaturadas. El consumo de grasas será de unos 0,3 g diarios, siempre de ¡pendiendo de las singularidades nutricionales del/de la paciente:

- En perfiles normales, las grasas compondrán el 25% de las calorías, con un aporte de saturadas inferior al 10%.
- En perfiles con niveles elevados, las saturadas formarán menos del 6%.
- En perfiles con niveles muy elevados (obesidad), se limitarán todas las grasas, conformando el 10% de todas las calorías.

4.3 Características del tratamiento nutricional

Se puede resumir el tratamiento nutricional en tres grandes puntos:

- Fundamentar la dieta en frutas y verduras, además de cereales integrales y legumbres. Hay que destacar que los alimentos con mucha fibra soluble ralentizan el flujo del azúcar a la sangre. Se priorizarán los hidratos de carbono lo más naturales posibles.

- Las proteínas se conseguirán a través de carnes blancas magras (sin grasa), pescados (más azules que blancos) y de alimentos vegetales como los frutos secos.

- Se llevará un control estricto de las grasas, ya que estas últimas, en cantidades inapropiadas, dañan considerablemente la sensibilidad a la insulina, por lo que se comerán lácteos y derivados desnatados, queso fresco, así como otras grasas buenas para el corazón que encontraremos en el aceite de oliva, aguacates, semillas, etc.

5. CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN

- Ningún alimento es realmente perfecto para combatir esta enfermedad, por lo que la alimentación de los/las pacientes debe contener alimentos muy variados pertenecientes a los distintos grupos alimenticios, respetando en todo momento sus proporciones y cantidades, especialmente de carbohidratos, fibra, minerales y vitaminas.
- Es necesario comprobar el conocimiento de todos/as los/as profesionales implicados en el proceso alimentario de estos/as pacientes, desde los/las mismos/as nutricionistas hasta todo el personal de cocina hospitalaria, pasando por los/las propios/as pacientes y sus familias, anticipándose a posibles errores que pongan en riesgo su salud y promocionando las singularidades nutricionales de la diabetes desde todos los lugares sanitarios a los que acude tanta gente a diario.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Cánovas B y Cols. Nutrición equilibrada en el paciente diabético. Nutr Hosp. 2001; 16 (2): 31-40.
- CSCM (Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Recomendaciones dietético-nutricionales del Servicio Madrileño de Salud. Madrid: autor; 2013.
- Durán Agüero S et al. Alimentación y diabetes. Nut Hosp. 2012: 27 (4): 1031-1036.
- Durán Agüero S y Cols. Asociación entre nutrientes y hemoglobina glicosilada en diabéticos tipo 2. Nutr Hosp. 2016; 33 (1): 59-63.
- González F, Fernández J. Evaluación de una dieta de muy bajas calorías en obesos asociados con hipertensión, diabetes o dislipidemias. Rev Cub Inv Bio. 2000; 19 (2): 128-136.
- Gutiérrez Fisac JL y Rodríguez Artalejo F. Obesidad. Nutr Sal Pub. 2014; 263-306.

- Martínez Barbosa I y Cols. La alimentación de pacientes diabéticos tipo 2 y su relación con el desarrollo de infecciones en los pies. Rev Bio. 2014; 25 (3): 119-127.
- Reynoso Camacho R y Cols. La alimentación del mexicano y la incidencia de diabetes tipo 2. Rev Esp Cienc Quim. 2007; 10 (1): 36-38.
- Socorrás Suárez MM y Cols. Diabetes mellitus: tratamiento dietético. Rev Cub Inv Bio. 2002; 21 (2): 102-108.
- Untiveros Mayorga CF y Cols. Diabetes nellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud – Cañete: aspectos demográficos y clínicos. Rev Med Here. 2004; 15 (1): 19-23.

TEMA 5. LA BILIRRUBINA: CAUSAS DE AUMENTO

MARIA ÁNGELES CÁNOVAS SAURA

GREGORIA CASTEJÓN CARRIÓN

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- LA BILIRRUBINA: TRATAMIENTO.
- POR QUÉ SUBEN LOS NIVELES DE BILIRRUBINA
- BILIRRUBINEMIA NO CONJUGADA
- BILIRRUBINEMIA CONJUGADA
- SINTOMAS
- TRATAMIENTO
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

LA HEMOGLOBINA

La hemoglobina es una hemoproteína de la sangre (principal componente de los glóbulos rojos, que le da el color característico) que transporta O_2 desde los pulmones hasta los tejidos, y el CO_2 desde los tejidos hasta los pulmones. Los pulmones eliminan el CO_2 y participan en la regulación de pH de la sangre.

La hemoglobina es una proteína con cuatro subunidades, con un grupo hemo en cada una de ellas.

INTRODUCCIÓN

LOS GLOBULOS ROJOS

Al degradarse los glóbulos rojos acaban en el bazo y se separa la hemoglobina en: grupo **hemo** y **globina**.

→La globina se rompe en aminoácidos que se utilizan para sintetizar nuevas proteínas.

→ Del grupo hemo se separa el Fe, se produce su metabolismo y nuevos glóbulos rojos. La parte que queda del hemo sin Fe se convierte en **biliverdina** que se convierte en **bilirrubina no conjugada (insoluble)**.

LA BILIRRUBINA: METABOLISMO.

La **bilirrubina no conjugada** es muy poco soluble así que viaja por la sangre unida a la **albúmina**→

- Una vez que llega al hígado, la bilirrubina es captada y se une al ácido glucurónico (80%) + acido sulfúrico + otras moléculas, haciéndose así más soluble.→ **bilirrubina conjugada.**
- Se dirige hacia el intestino y las bacterias intestinales la metabolizan y la transforman en **urobilinógeno**, que da a las heces el típico color marrón, al transformarse en **estercobilina**.
- Una parte del urobilinógeno (hidrosoluble) se reabsorbe hacia la sangre y se elimina por los riñones a la orina (**urobilina** le da color).

POR QUÉ SUBEN LOS NIVELES DE BILIRRUBINA

VALORES NORMALES

- **Bilirrubina directa o conjugada**→ 0 a 0,3 mg/dl
- **Bilirrubina total** (conjugada y no conjugada)→0,3 a 1,2 mg/dl. Cuando supera 2 mg/dl la piel se torna de un color amarillento (**Ictericia**).

Un incremento en la bilirrubina (hiperbilirrubinemia) puede darse en:

- **Bilirrubina no conjugada**, por anemia hemolítica, síndrome Gilbert y síndrome Crigler-Najjar
- **Bilirrubina conjugada**: Hepatitis aguda y obstrucción biliar.

HIPERBILIRRUBINEMIA NO CONJUGADA (PREHEPÁTICA)

- **Anemia hemolítica**: es un conjunto de trastornos hemolíticos donde disminuye la cantidad de glóbulos rojos, se destruyen antes de tiempo y no realizan su función.

- **Síndrome de Gilbert**: es una patología hereditaria donde la persona tiene una deficiencia parcial de la enzima glucuroniltransferasa. No presenta síntomas y aparece como una ictericia leve, que aumenta en situaciones de estrés. No necesita ser tratada

- **Síndrome de Crigler-Najjar:** es muy poco frecuente. Existe deficiencia total (letal) o parcial en la enzima glucuroniltransferasa. Puede causar daño cerebral infantil.

HIPERBILIRRUBINEMIA CONJUGADA (HEPÁTICA)

Está causada por problema en el hígado o vía biliar y no puede excretar suficiente bilirrubina.

- **Hepatitis aguda**: viral o por otras causas puede dañar los hepatocitos.

- **Obstrucción biliar**: si hay obstrucción (cálculos o tumor) puede haber hiperbilirrubinemia conjugada. También sube la fosfatasa alcalina y otras.

  Cirrosis hepática, Colestasis, Síndrome de Dubin-Johnson y Síndrome de Rotor (estos dos últimos poco frecuentes, hereditarios y benignos).

SÍNTOMAS

El principal síntoma de una bilirrubina alta es la **ictericia**: Piel y ojos de color amarillo, que hace sospechar un problema en el hígado, páncreas o vesícula.

- ❑ Heces pálidas
- ❑ Orina oscura
- ❑ Otros

Gran parte de los recién nacidos suelen tener bilirrubina alta, sobre todo cuando el parto ha sido prematuro.

DIAGNÓSTICO

Medida de bilirrubina en sangre.

TRATAMIENTO

Fortalecer el hígado, porque muchas de sus causas vienen por trastornos hepáticos.

Si es debido a obstrucción de la vesícula biliar se suele operar quirúrgicamente.

Otros motivos: por medicamentos.

La ictericia leve no suele requerir tratamiento en adultos.

En recién nacidos se suele resolver con terapia de luz UV.

BIBLIOGRAFÍA

- www.psicologiaymente.net/clinica/bilirrubina-alta
- www.bilirrubina.org
- www.cun.es/enfermedades-tratamientos/pruebas-diagnosticas/bilirrubina

TEMA 6. BRONQUIOLITIS

EVA TÉLLEZ MÁRQUEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- FACTORES DE RIESGOS.
- CLÍNICA.
- DIAGNÓSTICO.
- COMPLICACIONES.
- TRATAMENTO.
- BIBLIOGRAFÍA.

1.INTRODUCCIÓN

La Bronquiolitis es la infección respiratoria aguda de vías respiratorias inferiores más frecuente en menores de 2 años. El agente causal más frecuente es el virus respiratorio sincitial (VRS). Es típicamente estacional, con un pico de máxima incidencia entre los meses de noviembre y febrero. Representa la primera causa de hospitalización en los lactantes en países desarrollados.

El período de incubación oscila de varios días a una semana, en función de la infección que la provoque .

La bronquiolitis suele durar alrededor de 12 días.

2.FACTORES DE RIESGOS

- Edad < 6 meses.
- Asistencia a guarderías.
- Falta de alimentación materna.
- Madre Fumadora, Tabaquismo pasivo.
- Presencia de hermanos mayores con infección respiratorias agudas.
- Prematurez.
- Displasia broncopulmonar.
- Enfermedad cardiaca congénita.
- Enfermedades respiratorias crónicas, como fibrosis quística.
- Inmunodeficiencias.
- Enfermedades neurológicas y metabólicas.
- Hacinamiento.

3.CLÍNICA

-Taquipnea.

-Retracción intercostal y xifoidea.

-Disociación toraco-abdominal.

-Aleteo nasal.

-Rinitis.

-Fiebre.

-Tos.

-Vómitos después de los episodios de tos.

-Rechazo de la alimentación.

-Deshidratación.

-Irritabilidad y apneas en lactantes pequeños, junto con sibilancias y/o subcrepitantes en la auscultación.

-Cianosis.

4.DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la bronquiolitis es fundamentalmente clínico, basado en la anamnesis y en la exploración física. Para tener un diagnóstico concluyente se realizan los siguientes estudios:

-Rayos X de tórax: que generalmente infiltrados peribronquiales o atelectasias.

-Saturación de Oxigeno: es el mejor predictor de la gravedad del episodio respiratorio.

-Gases arteriales: alteración ácido-básica.

-Cultivo de secreción nasofaríngea: es valiosa para sustentar el diagnóstico y definir qué agente causa la enfermedad.

El diagnostico de la bronquiolitis debe ser diferenciado de otras patologías infecciosas (como laringitis y neumonía) y no infecciosas (como asma, reflujo gastroesofágico y cuerpo extraño).

5.COMPLICACIONES

- Insuficiencia Respiratoria Aguda.
- Neumonías.
- Crisis apnea.
- Atelectasias.
- Deshidratación.
- Hiperreactividad bronquial.
- Edema pulmonar no cardiogénico.
- Neumotórax.
- Enfisema Subcutáneo.

6.TRATAMIENTO

→ CUIDADOS GENERALES:

-Control de constantes y temperatura.

-Vigilancia de las tomas.

-Posición semiincorporada.

-Lavados nasales cuando precise.

-Pulsioximetría: según precise.

-Proporcionar un ambiente húmedo, limpio, tranquilo .

-Monitorización en las primeras 24-48h en menores de 1 mes.

-Vigilancia de las tomas.

-Tomar medidas para evitar la propagación: lo más importante es el lavado de manos.

→ CUIDADOS ESPECIFICOS:

-Administrar Oxígeno suplementario, Los niños con dificultad respiratoria grave y/o cianosis y/o SpO2 , 92% deben recibir oxígeno suplementario.

-Fisioterapia Respiratoria.

-Medidas Antitérmicas

-Apuración de secreciones: antes de las tomas, antes de cada tratamiento inhalado y cuando se objetiven signos de obstrucción de la vía respiratoria alta (ruidos de secreciones y aumento del distrés).

-Valorar el estado de hidratación y la capacidad para tomar líquidos. Recomendar la ingesta de alimentos en pequeñas cantidades y con mayor frecuencia. La alimentación por sonda nasogástrica puede ser una opción en los niños en riesgo de deshidratación o con dificultad respiratoria progresiva.

- Aerosolterapia: El suero salino al 3% nebulizado en los pacientes ingresados con bronquiolitis aguda, nebulizado solo o con broncodilatadores, en dosis repetidas, es un tratamiento útil.

- En los niños más graves, se recomienda canalizar una vía e hidratar por vía endovenosa.

- Disminuir la ansiedad de los padres y de los niños con información, facilitando la permanencia de ambos juntos y la participación de los padres en los cuidados.

- Sólo se debe administrar tratamiento antibiótico en niños con indicación específica de coexistencia de infección bacteriana.

7.BIBLIOGRAFÍA

-Thomas K. McInerny, AAP American Academy of Pediatrics; Tratado de Pediatría. ed. Medical Panamericana; 2011.

-José Manuel García Puga, Javier Sánchez Ruiz-Cabello; Manual de Pediatría en Atención Primaria para Residentes, 2 Vols.; Ed. Adhara S.L.; 2009.

-Luna Aljama, José; Luna Aljama, María Elena; Serrano Carmona, José Luis Bronquiolitis en el niño; Revista Medica Electrónica PortalesMedicos.com; Citado 3 Junio 2018; Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista- medica/bronquiolitis-infancia/

-M.ª Luz García García, Javier Korta Murua, Alicia Callejón Callejón; Asociacion Nacional de Pediatría; Bronquiolitis aguda viral. Protoc diagn ter pediatr. 2017;1:85-102, 2º Edicion; Disponible en http: //www.aeped.es/documentos/protocolos-neumología.

-M. Simó Nebot, G. Claret Teruel, C. Luaces Cubells, M.D. Estrada Sabadell, J. Pou Fernández; Guía de práctica clínica sobre la bronquiolitis aguda: recomendaciones para la práctica clínica; Anales de Pediatría Vol. 73 Nº4 Octubre 2010 páginas 159-228.

-Richard Baquero Rodríguez, Arturo Granadillo Fuentes; Guía práctica clínica: bronquiolitis; Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2009; 25, (1): 135-149.

TEMA 7. CALCIO, FÓSFORO Y VITAMINA D EN EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE HUESOS EN LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA

MARÍA DEL CARMEN CODINA ALMANSA

PATRICIA AVELLANEDA CODINA

JOSÉ CÉSPEDES GUTIÉRREZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. MÉTODO
4. RESULTADOS
    4.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
    4.2 EL CALCIO
    4.3 EL FÓSFORO
    4.4 LA VITAMINA D
    4.5 EJEMPLO DE MENÚ PARA PACIENTES CON PROBLEMAS ÓSEOS
5. CONCLUSIÓN / DISCUCIÓN
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Si bien es cierto que las personas viven más tiempo y mejor, este envejecimiento demográfico va asociado a múltiples enfermedades colaterales, siendo aquellas relacionadas con los huesos las más comunes, lo que impide que puedan disfrutar de una calidad de vida bien merecida y, por consiguiente, repercute en un incremento sustancial en el gasto de la sanidad.

Dado que a fecha de hoy sigue sin haber ningún tratamiento para curar esta enfermedad, el principal pilar para mantener un correcto estado de salud pasa por la alimentación. Elemento con un papel vitan tanto en la prevención como en el tratamiento.

Así pues, distintos estudios ya han permitido consolidar el calcio, el fósforo y la vitamina D como evidencias científicas, cuyos beneficios son considerables para tratar los problemas de huesos.

Estas evidencias han permitido albergar ciertas esperanzas a las personas que padecen problemas de huesos, ya que han puesto de manifiesto la relación directa que prevalece entre estos tres nutrientes y la enfermedad. Sus carencias no dejan lugar a dudas: “Las deficiencias nutricionales repercutirán en disfunción celular, y algunas de estas disfunciones tendrán como expresión clínica trastornos de mineralización ósea.” (González et al., 2000).

Teniendo en cuenta estos datos, resulta imprescindible formar adecuadamente a todos/as aquellos/as profesionales con alguna intervención en el proceso alimentario hospitalario, siendo los/las de la restauración hospitalaria el colectivo generalmente más olvidado, a pesar de ser los/las primeros/as ejecutores/as de los alimentos.

2. OBJETIVOS

- Revisar el conocimiento del conjunto de profesionales sobre la importancia del tratamiento nutricional en pacientes con problemas óseos.
- Determinar los beneficios asociados a una correcta aplicación del calcio, fósforo y vitamina D en la dieta de estos/as pacientes.
- Describir los alimentos que deben integrarse mayoritariamente en las dietas suministradas.
- Recordar la necesaria cooperación de todas las administraciones sanitarias para promover una divulgación máxima de una enfermedad silenciosa pero devastadora.

3. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una investigación exhaustiva de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron de Ciencias de la Salud: MEDLINE a través del motor de búsqueda CUIDEN y Bibliotecas electrónicas: SciELO. Se revisaron diversos artículos científicos en Google Académico con los descriptores “huesos”, “problemas”, “restauración hospitalaria”, “nutrientes”, “alimentación”, “dietas”.

Además se consultaron numerosos libros y revistas sobre el tema disponibles de manera gratuita en diferentes páginas de Internet.

4. RESULTADOS

4.1 Revisión bibliográfica

Los resultados de la investigación han sido bastante fructíferos globalmente, y destaca que la alimentación tiene tanta relevancia como los análisis fisiológicos de la enfermedad, algo que contrasta con la mayoría de las enfermedades, en las que los estudios clínicos y farmacológicos son muy superior a los alimenticios, a pesar del papel tan fundamental que juega la alimentación en cada una de ellas.

Dos grandes estudios han analizado exhaustivamente los beneficios del calcio, fósforo y vitamina D en la enfermedad que nos ocupa (Enrique y cols., 2007; Ezquerra, 2006; Quesada y Sosa, 2011), lo que ha influenciado indudablemente algunas fundaciones en su publicación de guías (IOF, 2015).

4.2 El calcio

El calcio representa el 40% de la composición mineral de los huesos, sea cual sea la edad. Sus beneficios altamente contrastados ayudan al crecimiento y el desarrollo, algo ya muy conocido, pero también favorecen la mineralización, indispensable para mantener los huesos en estado correcto a lo largo de la vida.

Se ha determinado que para conseguir ingerir alrededor de 1.200 mg diarios de calcio, es necesario que al menos el 40% del calcio sea absorbido.

Los principales alimentos que poseen un alto contenido en calcio son: los productos lácteos y derivados, las verduras crucíferas (brócoli, repollo), el tofú, el pescado cuyos huesos sean comestibles (sardinas en lata, salmón), las leches de soja y arroz.

4.3 El fósforo

El fósforo representa el 60% restante de la composición mineral de los huesos. Además de su función capital en la mineralización, constituye un soporte para el ADN y ARN, facilita la transmisión del mensaje al sistema endocrino y controla la síntesis de la vitamina D en los riñones. Aquí también su ingesta diaria debe oscilar cerca de los 1.200 mg, aunque esta cantidad puede variar ligeramente según características de sexo, edad, peso, etc.

Los principales alimentos con alto contenido en fósforo son: yema de huevo, queso curado, semillas de girasol, sardinas en aceite, salmón, atún o chocolate.

La relación calcio / fósforo es esencial para abordar en cualquier momento la alimentación en los problemas óseos.

4.3 La vitamina D

La vitamina D permite que los nutrientes sean absorbidos dentro del intestino y que se depositen adecuadamente en los huesos. Esta vitamina se aporta al organismo en su inmensa proporción gracias a la exposición al sol (90%), quedando la parte menor reservada a la alimentación propiamente dicha. Su insuficiencia puede reducir en un 15% la absorción del calcio, y hasta un 60% la de fósforo.

Dada la poca movilidad que presentan tantas personas mayores, se antoja imprescindible contar con recursos que posibiliten el acceso a lugares soleados.

Los principales alimentos con alto contenido en vitamina D son: el pescado (caballa, atún, salmón), el huevo y las setas; el suplemento vitamínico con más fósforo es el aceite de higado de bacalao.

4.4 Ejemplo de menú para pacientes con problemas óseos

Desayuno	- Una taza de leche entera con chocolate - Una tostada de pan con atún
Media mañana	- Un panecillo con queso curado y 3-4 nueces
Almuerzo	- Crema de setas - Salmón al horno con brócoli (con aceite de hígado de bacalao) - Unos higos secos
Merienda	- Una taza de leche de soja y unas semillas de girasol
Cena	- Sardinillas en aceite - Pechuga de pavo con huevos rotos - Tofú con miel
Antes de acostarse	- Una taza de leche de arroz

Fuente: elaboración propia

5. CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN

- Todos los centros hospitalarios deben poner en marcha programas destinados a mejorar el estado nutricional de los/las pacientes que padecen problemas de huesos. El primer paso es formar correctamente a todo el personal que intervenga en el proceso alimentario hospitalario, para que no haya equivocaciones acerca de las conductas alimenticias que requieren cada uno/a, expandiendo una atención al/a la paciente de mayor calidad.
- Puesto que la alimentación tiene un rol determinante en el tratamiento de la enfermedad, es esencial ofrecer una gran variedad de alimentos, utilizando en cada una de las comidas los diferentes grupos alimenticios, lo que permitirá averiguar las preferencias del/de la paciente y tomar las medidas oportunas para favorecer su adherencia a la dieta.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Enrique López J y Cols. Osteoporosis: alimentación, calcio, vitamina D y ejercicio físico. Gac Med (Carac). 2007; 115 (4): 286-291.
- Ezquerra R. Dieta y osteoporosis. End Nutr. 2006; 53 (5): 296-299.
- González Aceves D y Cols. Valoración nutricional en el tratamiento osteoporótico. Rev Hosp Juar (Mex). 2000; 67 (1): 23-25.
- IOF (International Osteoporosis Foundation). Alimentación sana, huesos sanos. Nyon: autor; 2015.
- Quesada Gómez JM, Sosa Henríquez S. Nutrición y osteoporosis: calcio y vitamina D. Rev Ost Met Min. 2011; 3 (4): 165-182.

TEMA 8. ORDENACIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

CARMEN GARCÍA VELÁZQUEZ

ÍNDICE

• 1.1.- ORDENACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

•1.2.-ORDENACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA ATECIÓN ESPECIALIZADA

•1.2.1.-UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

•1.2.2.-UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL

•1.2.3.- UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

•1.2.4.-UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL

•1.2.5.-HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL

•1.2.6.-COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE SALUD MENTAL

*1.3.- UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL
*1.3.1.-OBJETIVOS
*1.3.2.- CARACTERÍSTICAS Y OCMPOSICIÓN
*1.3.3.-FUNCIONES

1.2.- ORDENACIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La ordenación administrativa y funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz se regula en el Decreto 77/2008, de 4 de marzo .

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) atiende los problemas de salud mental de la población andaluza en la red de atención primaria, en los dispositivos especializados de salud mental y en los servicios de urgencias.
Los centros de Salud de atención primaria son el primer nivel de atención, y solo cuando la persona precisa de un apoyo más especializado es derivada a los servicios de salud mental. En este caso, los profesionales de medicina

de familia gestionarán el acceso a la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) que corresponda a la persona atendida.

Según determina el artículo 3 del Decreto 77/2008, las funciones de los centros de atención primaria, con relación a las personas con problemas de salud mental, son las siguientes:

Las funciones de los centros de atención primaria, en relación con las personas con problemas de salud mental, son las siguientes:

1.- Establecer el primer contacto con las citadas personas.

2.-Realizar la valoración y definición de las estrategias de intervención, teniendo en cuenta el enfoque de género.

3.-Prestar atención sanitaria en los casos que no requieran atención especializada.

4.-Realizar la derivación de las citadas personas al nivel especializado de atención a la salud mental, en los casos que sea necesario.

5.-Identificar la necesidad de poyo social, facilitando el acceso a los servicios comunitarios.
6.-Colaborar con los dispositivos de atención especializada a la salud mental en el seguimiento de personas con trastorno mental grave.

En Andalucía, la atención a las personas con enfermedad mental se realiza a través de una red de dispositivos sanitarios y de apoyo social, de base y orientación comunitaria. Tras el proceso de reforma psiquiátrica, la necesidad de organizar la atención a la salud mental en distintos niveles, diversificando así la oferta frente a la institución única, dio como resultado el modelo que se muestra en el siguiente gráfico.

La parte de imagen con el identificador de relación rId2 no se encontró en el archivo.

EBAP: Equipo básico de atención primaria; USMC: Unidad de salud mental comunitaria; UHSM: unidad de hospitalización de salud mental; USMI-J: unidad de salud mental infanto-juvenil; URSM: unidad de rehabilitación de salud mental; HDSM: hospital de dia de salud mental; CTSM: Comunidad terapéutica de salud mental; UTS: unidad de trabajo social; FAISEM: fundación pública andaluza para la integración social de personas con enfermedad mental.

1.2.- ORDENACIÓN DE SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

La atención especializada a la salud mental se regula en el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

La atención especializada a las personas con problemas de salud mental se organiza, en el SAS, a través de los siguientes dispositivos asistenciales (art.4):
-Unidad de salud mental comunitaria
-Unidad de hospitalizacion de salud mental.
-Unidad de salud mental infanto-juvenil.
-Unidad de rehabilitación de salud mental
-Hospital de día de salud mental.
-Comunidad terapéutica de salud mental.

Estos dispositivos asistenciales se integran en las áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria correspondientes. En ellos prestan servicios equipos de carácter multidisciplinar que podrán estar integrados por personas que desarrollen las siguientes profesiones (art.11):
-Psiquiatría.
-Psicología clínica
Enfermería.

-Terapia ocupacional.
-Auxiliar de Enfermería.
-Trabajo Social.
-Monitor ocupacional.
-Otro personal estatutario de gestión y servicios.

La Dirección gerencia del hospital o gerencia del área de gestión sanitaria establecerá los mecanismos más adecuados para garantizar la participación de las personas que desempeñen las direcciones de las unidades de gestión clínica y sus correspondientes coordinaciones de cuidadeos de enfermería en la organización de la actividad asistencial, formación continuada, investigación y gestión de recursos; asegurando la participación d ellos profesionales en el seno de la unidad de gestión clínica, especialmente en la elaboración de la propuesta de objetivos anuales y consecución de los mismos, además de la transparencia en la evaluación de los resultados (art. 23)

1.2.1.- UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Son los dispositivos básicos de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención y con los que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental. Prestan una atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.

Las funciones de la unidad de salud mental comunitaria (USMC) son :
1.-Prestar atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.
2.-Desarrollar programas de atención comunitaria que integren actividades de carácter preventivo y de promoción de la salud, asistenciales, de cuidados y de rehabilitación y de apoyo a la integración social, en coordinación con

Aquellos recursos que contribuyan a la mejor atención de estos pacientes.

3.-Garantizar la continuidad asistencial y de cuidados con otros dispositivos asistenciales.

4.-Apoyar y asesorar a los centros de atención primaria en la atención a los problemas de salud mental de la población asignada, mediante la realización de actividades de formación, interconsultas y otras.

5.-Coordinación de derivación de pacientes al resto de dispositivos de salud mental, cuando las necesidades de los mismos así lo requieran.

6.-Proponer la derivación de pacientes a otro centro o servicio vinculado con el servicio andaluz de salud mediante convenio o concierto.

1.2.2.- UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL

Esta unidad (UHSM) atiende las necesidades de hospitalización en salud mental de la población, prestando una atención especializada en régimen de hospitalización completa y de corta estancia.
Las funciones de la unidad de hospitalización de salud mental son:
1.-Prestar la atención especializada y el apoyo asistencial necesario, en régimen de hospitalización completa y de corta estancia.
2.-Dar el alta a pacientes en la unidad de hospitalización, e informar de la misma a la correspondiente unidad de salud mental comunitaria, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de los cuidados de enfermería.
3.-Atender a pacientes ingresados en otros servicios del hospital que lo precises.

4.- Participar en el desarrollo de programas de atención a pacientes con alto riesgo de hospitalización, coordinándose con las unidades de salud mental comunitaria y otros dispositivos asistenciales de salud mental de su ámbito de influencia.

1.2.3.- UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Éstas unidades (USMI-J) prestan una atención especializada, tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización completa o parcial, a la población infantil y adolescente menor de edad, deriva desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.
Las funciones de la unidad de salud mental infanto-juvenil son:
1.- Prestar la atención especializada a la salud mental, en régimen ambulatorio y de hospitalización completa o parcial, a la población infantil y adolescente menor de edad con

Trastornos mental, derivada desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.
2.- Prestar apoyo asistencial a requerimiento de otros dispositivos asistenciales de salud mental
3.-Desarrollar programas asistenciales específicos para la atención a las necesidades planteadas por las unidades de salud mental comunitaria, o la generada por las instituciones públicas competentes en materia de atención y protección de menores.
4.-Asegurar la continuidad asistencial y de cuidados, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario, con independencia de que el ingreso de la persona menor de edad se produzca en la propia unidad, o en otros servicios de hospitalización del área hospitalaria.
5.-Apoyar y asesorar el resto de los dispositivos asistenciales de salud mental en su ámbito de influencia, en el desarrollo de programas de atención a la salud mental de la población infantil y adolescente.

1.1.4.- UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL

Éstas unidades (URSM) tienen por objeto la recuperación de habilidades sociales y la reinsersión social y laboral, en régimen ambulatorio, de pacientes con trastornos mental grave, derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.

Las funciones son las siguientes:

1.-Prestar atención especializada, mediante el desarrollo de programas específicos de rehabilitación, a pacientes derivados de las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.

2.-Dar el alta al paciente de la unidad de rehabilitación de salud mental e informar de la misma a la unidad de salud mental comunitaria de referencia, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados.

3.-Apoyar y asesorar el resto de los dispositivos asistenciales de salud mental en su ámbito de influencia, en

el desarrollo de programas de rehabilitación para personas con trastornos mentales.
4.- Colaborar, mediante una actuación coordinada, con los organismos e instituciones públicas con competencia en materia de servicios sociales, para la reinserción social de enfermos mentales.

1.2.5.- HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL

(HDSM) Son dispositivos asistenciales de salud mental, configurados como recursos intermedios entre las unidades de salud mental comunitaria y las unidades de hospitalización de salud mental. Prestan una atención especializada en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.
Las funciones del hospital de día de salud mental son:
1.-Prestar atención especializada, en régimen de hospitali-

zación diurna, a pacientes derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia, mediante el desarrollo de programas individualizados de atención.

2.-Dar el alta al paciente del hospital de día de salud mental e informar de la misma a la unidad de salud mental comunitaria de referencia, al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados. Si se considera conveniente la derivación a otros dispositivos asistenciales de salud mental, se realizará en coordinación con la unidad de salud mental comunitaria.

3.-Realizar las correspondientes interconsultas cuando el hospital de dia de salud mental se encuentre ubicado en un centro hospitalario que carezca de unidad de hospitalización de salud mental.

4.-Participar en el desarrollo de programas comunitarios de atención a pacientes de alto riesgo o con trastorno mental grave, que se desarrollen por las unidades de salud mental

encargados de desarrollar los programas mencionados.

1.2.6.- COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE SALUD MENTAL

(CTSM) Son dispositivos asistenciales de salud mental dirigidos al tratamiento intensivo de pacientes con trastornos mental grave, derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia, que requieren una atención sanitaria especializada de salud mental, en régimen de hospitalización completa o parcial, de media estancia.

Las funciones d ella comunidad terapéutica de salud mental son:

1.-Prestar atención especializada a pacientes con trastornos mental grave derivados desde las unidades de salud mental comunitaria.

2.-Dar el alta al paciente de la comunidad terapéutica e informar de la misma a la unidad de salud menta comunitaria de referencia, al objeto de garantizar la

continuidad asistencial y de cuidados.
3.-Participar en el desarrollo de programas comunitarios de atención a pacientes de alto riesgo o pacientes afectados por trastornos mentales graves, que se desarrollen por las unidades de salud mental comunitaria u otros dispositivos asistenciales de salud mental encargados de desarrollar los programas mencionados.
4.-Desarrollar programas de atención residencial parcial en aquellos casos que sean precisos.

2.2.-UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL

La unidad de gestión clínica de salud mental es la estructura organizativa responsable de la atención especializada a la salud mental del área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente.

Los objetivos de la UGCSM son:
-El desarrollo de la actividad asistencial.
-La promoción dela salud
-La prevención de la enfermedad
-Los cuidados de enfermería.
-La rehabilitación.
-El apoyo a la integración social de las personas con problemas de salud mental.
La UGC e salud mental actúa con criterios de autonomía organizativa, de corresponsabilidad en la gestión d ellos recursos, de buena práctica clínica y de cooperación intersectorial.

BIBLIOGRAFÍA:

JUNTAANDALUCIA.ES/DOCUMENTOS

ASAENEC.ORG/LIBRO-DE-BUENAS-PRACTICAS-EN-SALUD-MENTAL

TEMA 9. REVISIÓN DEL NIÑO SANO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

MARIA ISABEL MARTINEZ GUEMES

INDICE

1. Captación de la población.
2. Detección precoz de enfermedades congénitas .
3. Detección precoz hipotiroidismo.
4. Fenilcetonuria.
5. Fibrosis quística.
6. Hiperplasia suprarrenal completa.
7. Síndrome de muerte súbita del lactante .
8. Screening Metabólico.
9. Detección de sordera.
10. Controles de salud de la infancia y la adolescencia.

1.Captar a la población infantil de 0 a 14 años

Realizar controles de salud a la población infantil, según las actividades establecidas para cada grupo de edad con una periodicidad establecida.

1.Prevenir la muerte súbita niño menor de un año mientras duerme.

2. Detectar precozmente metabolopatías Congénitas .

3. Fomentar la lactancia materna durante el primer semestre de vida del niño

4. Vacunar correctamente a la población infantil de acuerdo al calendario vigente en la Comunidad Autónoma .

4. Promover la incorporación de conocimientos, actitudes y hábitos positivos para la salud infantil en padres/madres, niñas/os y educadores .

5. Identificar población infantil con factores de riesgo social, con indicadores de maltrato y realizar el seguimiento de su situación de salud

6. Detectar precozmente problemas de salud mental

2.Detección precoz de enfermedades congénitas

Entre las 48 y 72 horas de vida

- Metabólicas:
  - hipotiroidismo
  - fenilcetonuria
- Genéticas:
  - fibrosis quística
  - hiperplasia suprarrenal congénita.
- Se solicitan 2 muestras:
  - a los nacidos con peso inferior a 1.500 gr
  - patología del tiroides de la madre y/o padre
  - muestra insuficiente
- Esta segunda toma de muestra sanguínea se hace a los 15 días de vida

3.hipotiroidismo

- Existe un déficit de hormona tiroidea.
- Es una de las causas más frecuentes de retraso del crecimiento, mental profundo y alteraciones esqueléticas.
- El aspecto físico de los Rn con hipotiroidismo es normal.
- Iniciar tratamiento precozmente, demostrado ser muy eficaz.

4.Fenilcetonuria

- Lo produce un déficit de proteína llamada Fenilalanina-hidroxilasa.
- Sin tratamiento sufren graves problemas cómo retraso mental, convulsiones, eczema y alteraciones de pigmentación de la piel.
- Aquellos que reciben tratamiento precoz ,mediante dieta adecuada tienen un desarrollo neurológico normal.

5.Fibrosis Quística

- Es una enfermedad que afecta las glándulas secretoras del cuerpo, produce un moco muy espeso y pegajoso que tapona los pulmones y el aparato digestivo.
- Las personas afectadas van a presentar dificultades respiratorias, infecciones pulmonares y desnutrición severa.
- Mediante diagnostico y tratamiento precoz mejora la calidad de vida.

6.HIPERPLASIA SUPRARENAL CONGENITA

- Alteración funcionamiento de las glándulas suprarrenales unas por defecto y otras por exceso cuyas consecuencias pueden ser muy graves como la deshidratación.

7.Síndrome de muerte súbita del lactante

-Es la muerte repentina e inexplicable de un niño menor de un año mientras duerme.

-Consejos para su prevención:

-Acostar al niño boca arriba (dormir boca abajo duplica el riesgo), excepto por contraindicación del pediatra.

-El colchón del bebé de ser rígido. Evita los edredones, almohadas o juguetes blandos en la cuna

-No le abrigues demasiado y evita el exceso de calor en la habitación.

-Evitar el tabaquismo pasivo .

-La lactancia materna reduce el riesgo

8.Screening Metabólico

-Técnica de recogida de la muestra de sangre: se realiza a partir de las 48 horas de vida del niño y antes de las 72 horas. No se debe retrasar porque es primordial el diagnostico y tratamiento precoz ,si fuera positivo.

-Evitar que el R. N. esté recién comido, posición vertical.

-Rodear el talón(calentar previamente) con la palma de la mano y el dedo índice.

-Puncionar con lanceta estéril en uno de los laterales del talón.

-Se deja que se forme espontáneamente la primera gota de sangre que se retira con una gasa estéril.

-Después rellenan los círculos del papel de filtro.

-La sangre debe recogerse de una vez, no añadiendo gotas sucesivas de sangre.

-Mantener una presión sobre la zona con gasa estéril.

-Los papeles de filtros rellenados de sangre se secarán al aire.

Fotoprotección y profilaxis de déficit de vit.D

-Evitar exposición solar prolongada (horas centrales).Niños > 1 año y adolescentes,10-15 minutos día exposición solar.

- Medidas físicas.
- Evitar cremas solares (< 6 meses)
- Suplemento de 400 UI7dia de vitamina D.

Accidentes Infantiles

- • Caídas • Quemaduras • Heridas por objetos punzantes o cortantes • Cuerpos extraños. Atragantamiento • Accidentes por electricidad • Accidentes por animales domésticos • Intoxicaciones • Accidentes de tráfico • Ahogamiento

PRUEBAS DETECCION SORDERA INFANTIL

- La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria(AEPap)resalta la importancia de realizar prueba de cribado neonatal para la detección precoz de hipoacusia congénita entre las 12 y 48 horas de nacer o en el primer mes de vida.
- Mediante diagnostico precoz se puede detectar hipoacusia antes de los 6 meses.

Detección sordera

- Existe dos pruebas :
- Las emisiones otoacústicas. Se coloca un adaptador en conducto auditivo del bebe, que emite unos sonidos y recoge las respuestas que se generan en una zona del oído interno llamada cóclea.
- 2.Potenciales auditivos evocados. Mediante unos sensores en el cuero cabelludo del bebe, que recogen la actividad eléctrica generada en oído y cerebro en respuesta a estímulos sonoros que se emiten mediante los auriculares.

Detección Sordera

1.De 0 a 3 meses :

¿Se sobresalta, parpadea, se detiene o se despierta ante un sonido fuerte e inesperado?

2.De 3 a 6 meses:

¿Dirige sus ojos hacia un sonido interesante, voz de la madre o sonajero?

3.De 6 a 12 meses:

¿Gira hacia mí cuando digo su nombre suavemente desde detrás?

4.De 12 a 15 meses:

¿Señala o mira objetos y personas familiares cuando se le nombran?

5.De 15 a 24 meses:

¿Comprende órdenes sencillas del tipo ¿dame...?

6.De 2 a 3 años:

¿Se le entienden las palabras que dice y contesta a preguntas sencillas?

Patrón cognitivo-perceptual

- Desarrollo psicomotor:
- – Test de Denver (hasta los 4-6años):
- • Motor fino
- • Motor grueso
- • Personal - Social
- • Lenguaje
- • Problema con la visión
- • Problema con la audición
- • Rendimiento escolar

10.Controles de salud en la infancia y en la adolescencia

1. Recién nacido y lactante: – Primeros días de vida tras el alta hospitalaria

2.15 días, 1 mes, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses y 24 meses

3.Preescolar: 3-4 años

4.Escolar: 6,8-9,11 y12 años

5.Adolescente: 13 -14 años

Calendario de revisiones pediátricas de 0 a 12 meses

1.Revisión del recién nacido.

Debe llevarse a cabo entre el quinto y el décimo día de vida.

A partir del quinto día del nacimiento, en el centro de salud, segunda prueba del talón.

2.Revisión de los 2 meses.

vacunas infantiles de cada comunidad autónoma.

3.Comprobar la evolución de los reflejos, la talla y el perímetro craneal del pequeño.

Revisiones durante los primeros años de vida del niño

- 2 a 5 años. Se incide especialmente en detectar problemas de desarrollo y defectos sensoriales, así como en la educación de hábitos básicos (sueño, higiene...).
- 6 a 14 años. Durante este periodo, se adquieren los hábitos definitivos de alimentación, higiene, conducta, sueño... Es importante trabajar con los padres el ambiente familiar.

Revisión de los 4 años

-Calendario de vacunas infantiles.

- Exploración física completa. Atención especial al desarrollo del lenguaje y defectos de pronunciación para derivar a un logopeda, si procede. Valoración del desarrollo psicomotor: baja escaleras alternativamente, dibuja una figura humana con dos o tres partes corporales, nombra uno o más colores, cuenta una historia o puede abrocharse la ropa.

- Consejos de alimentación.

- Salud bucodental. Se recomienda retirar definitivamente el chupete, si persiste el hábito, para prevenir maloclusiones dentales.

REVISIÓN DE LOS 6 AÑOS

- Calendario vacunal vigente.

- Exploración física completa con especial atención a la agudeza visual de cada ojo por separado mediante optotipos adecuados y test de visión estereoscópica, al aparato locomotor (huella plantar, miembros inferiores y columna), a los genitales (testes en bolsas, fimosis, sinequias vulvares y desarrollo puberal).

- Valoración del desarrollo psicomotor y del lenguaje: salta a la pata coja, dibuja una figura humana completa, tiene un lenguaje fluido, se viste y desviste solo.

- Consejos de alimentación, higiene, ejercicio prevención ejercicio…..

Revisión de los 8 años

- Exploración física general con especial atención a la tensión arterial, la auscultación cardiopulmonar y los pulsos periféricos.

- Consejos de alimentación basados en evitar ayunos prolongados, insistiendo en las comidas regulares y en la autonomía del acto de comer.

- Para evitar accidentes, se desaconsejan los deportes de riesgo y utilizar elementos de seguridad como cascos, rodilleras o espinilleras.

- Comenzar la educación sexual: las niñas deben estar informadas sobre la menstruación

Revisión de los 12 años

- calendario vacunal según cada comunidad autónoma.
- Exploración física general con especial atención al desarrollo puberal, el aparato locomotor, (huella plantar, miembros inferiores y columna), salud bucodental (caries, defectos del esmalte, maloclusión, traumatismos), agudeza visual y auditiva, y percentiles de peso y talla.
- Hábitos sociales. Grado de satisfacción en el colegio, valoración de factores de riesgo psicosocial (problemas familiares, abusos) y hábitos de consumo (tabaco, alcohol y otras drogas).
- Salud bucodental.
- Consejos para la familia y el adolescente dirigidos a establecer límites, aumentar la autoestima y reconocer los cambios fisiológicos de esta etapa.

Revisión de los 14 años

Revisión del calendario vacunal vigente.

- Exploración física general con especial atención al desarrollo puberal, el aparato locomotor, (huella plantar, miembros inferiores y columna), salud bucodental (caries, defectos del esmalte, maloclusión, traumatismos), agudeza visual y auditiva, y percentiles de peso y talla.

- Hábitos sociales. Grado de satisfacción en el colegio, valoración de factores de riesgo psicosocial (problemas familiares, abusos) y hábitos de consumo (tabaco, alcohol y otras drogas).

- Valorar el grado de madurez sexual y si procede la existencia de prácticas sexuales de riesgo, métodos anticonceptivos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Disponible en : http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil (visitado 14 de junio 2018)
- 2. Protocolo de salud Infantil. Atención al niño sano. Atención Primaria – Área 8.Comunidad de Madrid. ISBN: 84-689-3097-0
- 3.La Consulta de Enfermería Pediátrica en Atención Primaria. Guía resumen. Disponible en :
- https://www.enfermeriacantabria.com (visitado 14 de junio 2018)

TEMA 10. ALIMENTACIÓN EN EL EMBARAZO

TANIA REPRESA PASTOR

ÍNDICE

- GENERALIDADES
- CAMBIOS EN EL ESTADO NUTRICIONAL DURANTE EL EMBARAZO
- PROBLEMAS NUTRICIONALES Y DIGESTIVOS DURANTE EL EMBARAZO
- RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN LA MUJER EMBARAZADA

GENERALIDADES

El embarazo es uno de los períodos de más intenso crecimiento y desarrollo del ser humano. Es una etapa en la cual es fundamental una apropiada alimentación para el buen estado nutricional del feto y de la madre. Esta fase de la vida se caracteriza por:

- Aumento en los requerimientos de energía, proteínas y nutrientes, por lo que una alimentación adecuada es fundamental para el buen desarrollo del embarazo, tanto para el crecimiento del feto como para el mantenimiento del estado nutricional de la madre.

- Aumenta el peso materno debido al crecimiento de la placenta, el feto y los tejidos maternos.
- El metabolismo de la madre se adapta para poder aportarle la cantidad necesaria de energía, nutrientes y oxígeno al feto para su crecimiento.
- La placenta es un órgano que solo existe durante el embarazo y su función principal es el intercambio de nutrientes y oxígeno entre la madre y el feto. Además, produce hormonas que modifican el metabolismo de la madre y le permiten adaptarse al embarazo.
- Hay aumento del volumen sanguíneo circulante y aumento de la función del corazón para llevar suficiente cantidad de sangre y oxígeno a la placenta.
- Hay crecimiento de los órganos maternos.

.

- Hay aumento del apetito de la madre y también el consumo de alimentos.
- Mejora la percepción del sabor de las comidas por lo que la madre disfruta más de los alimentos que come.
- También hay cambios en el olfato lo que modifica la aceptación o rechazo de ciertos alimentos durante el embarazo.
- Aumenta la sed y el consumo de líquidos.
- Hay síntomas digestivos que pueden alterar el consumo de alimentos como náuseas, vómitos, acidez estomacal, reflujo y estreñimiento.
- Hay mayor movilización de grasas y nutrientes de las reservas de la madre hacia la placenta para aportárselos al feto para su crecimiento.

- Conforme aumenta el tamaño del útero disminuye la tolerancia al ejercicio y a las actividades físicas habituales de la rutina diaria.

- La duración de un embarazo normal se establece según el número de semanas de gestación. Lo normal es que el nacimiento se produzca entre las semanas 37-45 y se denomina en ese caso embarazo de término. Si el nacimiento se produce antes de la semana 37 se llama embarazo pretérmino y si es después de la semana 42 se llama embarazo postérmino.

CAMBIOS EN EL ESTADO NUTRICIONAL DURANTE EL EMBARAZO

GANANCIA DE PESO:

- Inicio del embarazo con bajo peso, peso normal o sobrepeso: Se recomienda un aumento máximo de 12 Kg.
- Inicio del embarazo con obesidad: Se recomienda un aumento de peso de 7Kg.
- En embarazos gemelares se recomienda un aumento de peso de entre 16 y 21 Kg.
- El aumento de peso materno se debe al aumento del tamaño del útero, la placenta, líquido amniótico, el feto, el aumento de líquidos y el aumento del tejido graso.

AUMENTO DEL REQUERIMIENTO DE ENERGÍA

- Se debe al aumento de la masa corporal materna sobre todo aumento de la reserva de grasa y al crecimiento de la placenta y el feto.
- Del mes 1 al 3 los requerimientos de energía se mantienen iguales a los previos al embarazo.
- Del mes 4 al 6 se requieren un promedio de 300 kcal adicionales por día.
- Del mes 7 al 9 se requieren un promedio de 400 kcal adicionales por día.

AUMENTO DEL REQUERIMIENTO DE PROTEÍNA

- El requerimiento de proteína aumenta principalmente para la formación de los tejidos fetales.
- Se requieren consumir de 25-30 gramos de proteína adicionales por día.

AUMENTO DEL REQUERIMIENTO DE VITAMINAS Y MINERALES

- Durante el embarazo aumentan los requerimientos de hierro, calcio, vitamina D, vitamina A, ácido fólico, vitamina B6, vitamina B12, zinc y flúor.

PROBLEMAS NUTRICIONALES Y DIGESTIVOS EN EL EMBARAZO

NÁUSEAS

- Es el síntoma digestivo mas frecuente, asociado o no a vómitos. Aparece entre la semana 5-6 y suele desaparecer sobre la semana 12. Puede verse agrabada por el consumo de alimentos irritantes, olores fuertes o suplementos que contengan hierro.
- Se deben evitar olores fuertes, así como alimentos que produzcan rechazo. Alimentos irritantes como frituras grasas o comida muy condimentada. Consumir líquidos y sólidos por separado. Acudir al centro de salud de referencia en caso de deshidratación o pérdida de peso.

VÓMITOS

- Aparecen entre la semana 5-6 y suelen desaparecer alrededor de la semana 12.

HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

- Es un cuadro de náuseas y vómitos más intensos y frecuentes que pueden producir deshidratación y pérdida de peso al inicio del embarazo.

PIROSIS O ACIDEZ GÁSTRICA

- Se produce por el paso del contenido ácido del estómago al esófago. La presión del útero sobre el estómago favorece este reflujo.
- Se deben consumir alimentos en porciones pequeñas cada 2-3 horas. Evitar alimentos irritantes como frituras , café, té, chocolate…Esperar al menos 2 horas después de las comidas para acostarse.

ESTREÑIMIENTO

- Se produce por una disminución del peristaltismo en el embarazo, desde leve hasta severo y puede producir hemorroides.

- Se recomienda aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra. Beber de 6 a 8 vasos de agua al día. Seguir horarios de comidas regulares y no usar laxantes.

SOBREPESO

- Ganancia de peso mayor de la esperada durante el embarazo.
- Se recomienda acudir a profesionales expertos en nutrición para asesoramiento.
- Realizar actividad física a diario si no hay contraindicaciones

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN LA MUJER EMBARAZADA

CARBOHIDRATOS

- Son la principal fuente de energía para el organismo.
- Deben constituir el 55-60% de la energía requerida.
- Verduras, frutas, panes de grano integral, cereales y pastas, arroz integral, legumbres secas, patatas al vapor o cocidas con su piel son carbohidratos complejos que aportan fibra y mejoran el estreñimiento.
- Los carbohidratos simples proporcionan muchas calorías y energía, pero no tienen mucho valor nutricional (pan blanco, el arroz común, las pastas, los cereales refinados, las galletas dulces, los pasteles y los azúcares).

- El consumo de carbohidratos complejos saludables en lugar de los simples ayuda a mantener bajos los niveles de azúcar en sangre y a conservar un peso saludable durante el embarazo.

PROTEÍNAS

- El 10 o 15% de la energía requerida en el día debe provenir de las proteínas, de esta cantidad, el 66% debe incluir proteínas de origen animal y el resto pueden ser de origen vegetal.
- Una alimentación variada y equilibrada permite cubrir de forma natural las necesidades proteicas (unos 0,8 g/Kg/día).

- Los alimentos que contienen proteínas animales son la carne, el pescado, los huevos, la leche y los productos lácteos.
- Los alimentos que contienen proteínas vegetales son los cereales (arroz, trigo, avena, cebada…) y las legumbres (soja, lentejas, habas, alubias…).
- Se las llama "incompletas", ya que no contienen todos los aminoácidos esenciales, al contrario que las proteínas animales.
- Así, las legumbres son pobres en metionina pero ricas en lisina. Con los cereales, sucede lo contrario. Si se asocian, ambas se complementan. La proporción correcta es de 2/3 de cereales y 1/3 de legumbres.

GRASAS

- Las grasas constituyen uno de los nutrientes esenciales durante el embarazo para el desarrollo del bebé.
- **Grasas saturadas en la embarazada**: consumidas en exceso aumentan el nivel de colesterol por lo que hay que limitar su consumo al máximo, pero nunca erradicarlo completamente.
- Están presentes en la mantequilla, crema de leche, tocino, chocolate o la grasa de la carne.
- Un exceso de grasas saturadas hará aumentar de peso rápidamente a la mujer embarazada.

- **Grasas insaturadas:** es importante el consumo de estas grasas durante el embarazo ya que protegen los vasos sanguíneos.
- Son de dos tipos: las grasas monoinsaturadas presente en el aceite de oliva y frutos secos y las grasas poliinsaturadas, que se encuentran en el pescado azul, margarinas vegetales 100 por ciento vegetales o el aceite de hígado de bacalao.
- Las grasas poliinsaturadas incluyen las de tipo omega3, un tipo de grasa que no puede fabricar el cuerpo humano y es conveniente que ingieras a través de la alimentación.
- El ácido omega3 es importante para el desarrollo cerebral y ocular del bebé.

VITAMINAS Y MINERALES

- El hierro se necesita en altas dosis, especialmente en las fases finales del embarazo. Es un mineral esencial para la formación de los hematíes de la sangre y no es probable que una mujer embarazada consuma bastante en una alimentación habitual. Incrementar el aporte de hierro es necesario no solo por las demandas fetales, sino también por el gran aumento que experimenta su volumen sanguíneo.

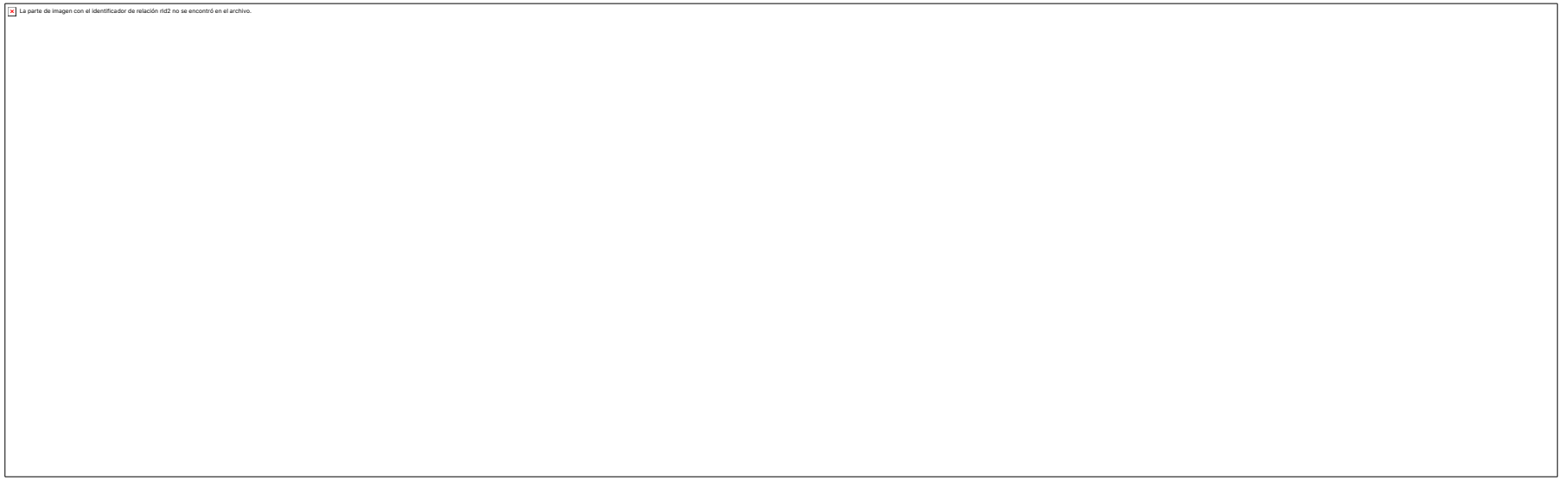
- Las mujeres embarazadas deben comer alimentos ricos en hierro para prevenir una deficiencia de hierro y evitar la anemia. Alimentos ricos en hierro son: espinaca, brócoli, fresas, carnes, granos enteros, frutos secos, legumbres.

- Los requisitos adicionales de hierro durante el embarazo no se pueden resolver solamente con la dieta y por ello es necesario habitualmente recurrir a suplementos.
- **Calcio:** La mujer embarazada requiere un 40% adicional de calcio al día.
- El calcio es esencial para mantener la integridad del hueso de la mujer y el desarrollo esquelético del feto.
- RDA para calcio es de 1200 mg, suficiente para proveer las necesidades maternales y fetales. Debe aumentar su ingesta de alimentos ricos en calcio, tales como productos lácteos, si no toman leche, ni otros lácteos deben tomar un suplemento de calcio .

- **Sodio:** Aunque el sodio no necesita ser limitado durante embarazo, sin embargo, se recomienda no realizar una ingesta excesiva. La mujer embarazada debe evitar los alimentos procesados o los denominados "chatarra" ya que son ricos en sodio. Demasiada sal puede conducir a la hipertensión, y el consumo de demasiado alimento salado puede favorecer el aumento del peso.
- **Folato (ácido folico o folacina**): El embarazo duplica las necesidades de una mujer embarazada en cuanto a folato.
- Es esencial para la síntesis de proteína, formación de nuevas células, y producción de sangre.
- Suficiente folato disminuye el riesgo de defectos del tubo neural, como espina bífida y anencefalia.

- La deficiencia grave de folato puede dar lugar a anemia megaloblástica, entidad en la que el corazón, el hígado y el bazo de la madre pueden aumentar tanto que llegue a amenazar la vida del feto.
- Alimentos ricos en folato son: huevos, verduras de intenso color verde, naranjas, legumbres, y germen del trigo.
- Aunque no hay un acuerdo general en la necesidad de suplementar folato para todas las mujeres embarazadas, sin embargo se recomiendan suplementos, sobre todo para las embarazadas que son fumadoras, bebedoras o vegetarianas.

- **Vitamina D:** La vitamina D es necesaria para la absorción de calcio y para el mantenimiento y desarrollo normal de sistema óseo tanto de la madre como del feto.
- Las mujeres con baja ingesta de vitamina D deben tomar leche fortificada, especialmente las que tienen exposición mínima a la luz del sol.
- La suplementación diaria debe ser de unos 10 mg.



ALGUNOS ALIMENTOS EN EL EMBARAZO

- **Alcohol :** La bebida alcohólica puede afectar al feto y originar el síndrome de alcohol fetal, un proceso que afecta al niño durante toda la vida. Por ello la mujer embarazada debe evitar tomar cualquier bebida alcohólica.
- **Cafeína:** La cafeína es un estimulante que se encuentra en café, té, chocolate, cacao, y colas. Consumido en altas cantidades, puede causar irritabilidad, nerviosismo e insomnio, así como niños de bajo-peso-de-nacimiento. Es también un diurético y por ello puede producir algún tipo de deshidratación. Es aconsejable que la madre embarazada evite o limite consumir cafeína durante el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ganén Prats, I; Aguilar Peláez, M; Martínez núñez, E; Cabrera Núñez, E; Rosales Sánchez, E. Nutrición durante el embarazo. Revista información científica.2007; 55(3)
2. Cox, J; Phelan, S. Nutrición durante el embarazo. Clínicas obstétricas y ginecológicas de Norteamérica.2008;35(3): 369-384
3. Cereceda Bujaico, M.P; Quintana Salinas, M.R. Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo. Rev. peru. Ginecol. Obstet. 2014;60(2)
4. Organización Mundial de la Salud. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA)[Internet Blog] [Consultado el día 13 de Junio de 2018]. Disponibleen:http://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/

TEMA 11. CUIDADOS ENFERMEROS EN EL CATETER EPICUTANEO EN NEONATOLOGIA

ANTONIO RUFINO BALSERA TREJO

ÍNDICE

1.INTRODUCCION
2.OBJETIVOS
3.VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL CATETER
4.MATERIAL
5.TECNICA
6.CUIDADOS ENFERMERIA
7.BIBLIOGRAFIA

1.INTRODUCCION

El cateter percutaneo es una tecnica invasiva realizada por la enfermera, partiendo de un acceso periferico llegamos a una ubicación central permitiendo tratamientos prolongados.
Es de facil colocacion y de menor numero de complicaciones.
El cateter suele ser de silastic o poliuretano de pequeño calibre.

2.OBJETIVOS

El objetivo es mantener tratamientos intravenosos prolongados infundiendo todo tipo de fármacos y soluciones hiperosmolares o irritantes (citostaticos).

Está indicado en neonatos que requieran un ayuno prolongado con terapia intravenosa, administración de drogas vasoactivas (dopamina, dobutamina etc) asi como insulina fentanilo. Tambien para admnistracion de nutricion parenteral de aminoacidos y lipidos. Tambien esta indicada si no hay posibidad de canalizar via umbilical,

3.VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL CATETER

VENTAJAS

-Es menos asgresivo para el neonato
-el material permita mayor durabilidad
-menor riesgo de infecciones por menor puerta de entrada
-disminucion de costes y dias de hospitalización
-No necesita anestesia en su colocacion, no deja cicatriz
-Permite llegar a vasos de gran calibre, de esta forma es menos agrevisa para el endotelio
-Diminuye el tiempo separacion madre-hijo y realizacion del metodo madre canguro

DESVENTAJAS

-Posiblidad de sangrado y daño de organos adyacentes

-No se puede medir la presion venosa central (PVC) ni se pueden trasfundir hemoderivados

-No se pueden extrael de el muestras sanguineas.

-Riesgo de rotura de cateter

4.MATERIAL

Mesa auxiliar, bata esteril, guantes esteriles, gorro, mascarilla,clorhexidina 2%, gasas, campo esteril fenestrado, compresas, jeringa de 5cc, caterter epicutaneo (de 2 french o mas pequeño con aguna de 24G), pinza sin dientes, aposito adesivo trasparente

5.TECNICA

Se realizara entre dos personas, evaluar la posibiliad de sedar si va a realizar movimientos bruscos.

Medir la distancia entre el sitio e puncion a la posición central (vena cava superior) asi permiter cuantificar cuanto hay que meter el cateter.

La enfemera vestiral bata, mascarillas, gorro y se colocara los guantes de forma esteril. Se abre un campo esteril, se colocara resto de material esteril. Purgar el cateter con solucion salina con jeringa de 5cc.

Se realizara limpieza de la zona de punción, se colocara el campo esteril fenestrado en la zona seleccionada y se realizara una segunda antisepsia

Se colocara compresor esteril si fuese necesario, una vez puncionada la vena, verificada con el sangrado, se retira el compresor y se introduce el cateter con la pinza hasta la medida seleccionada.

Se retira con sumo cuidado la aguja desconectando de la terminal desmontable. Se conecta de nuevo y se prueba retorno de aspirado con jeringa y lavando otra vez.

Se limpia zona de punción, se coloca una gasa, y se cubre con apostio trasparente. Se puede hacer un pequeño rulo con la parte sobrante y se fija con el conector.

Colocar fecha, antes de comenzar infusión cateter se deber realizar radiografia

6.CUIDADOS DE ENFERMERIA

-Realizar administración de medicamentos en forma lenta para evitar bolos e infusión

-Vigilar que se mantenga una perfusión continua de líquidos y prevenir la obstrucción, lavar el catéter antes y después de administrar fármacos para evitar residuos.

-Nunca dejar el catéter dentro de la aurícula

-Evitar que se produzca entrada aire en la guía del suero.

-Utilizar bombas de presión

-verificar tolerancia del niño al procedimiento, controlar sitio de punción, verificar sitio y registro del catéter

-realizar cura limpia y aséptica cambio de apósito cada 7 días.

7.BIBLIOGRAFIA

- Sasidharan P, Billman G. Cardiac arrest in an extremely low birtth weight infant: complication of percutaneous central venous catheter hyperalimentation. J Perinatal 1996; 16:123-6.
- Esque Ruiz M, Álvarez E. Microcatéteres percutáneos: experiencia en un centro de patología neonatal. Anal Esp Pediatr1987;27:261-4.
- Sitges-Serra, Linares J. Catheter sepsis: the clue is the hub. Surgery 1985;97:355-7.

- Shaw JLC. Parenteral nutrition in the management of sick low birth weight infants. Pediatr Clin North Am 1973;20:333-58.
- Neubaver AP. Percuneous central iv in the neonate: experience with 535 silastic catheter in newborns. J Parenter Nutrit1995;19:151-5.
- Chathas MK, Paton JB; Fisher DE. Percutaneous central venous catheterization: three years experience in a neonatal intensive care unit. Am J Dis Child 1990;144:1246-50.

TEMA 12. PREVENCION DEL ESTREÑIMIENTO CON INTERVENCIONES NO FARMACOLOGICAS EN PACIENTES ONCOLOGICOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO PALIATIVO

PALOMA MEDINA DE DIOS

ÍNDICE

1.- INTRODUCCION.-
2.- OBJETIVOS.-
3.- MATERIAL Y METODOS.
4.- RESULTADOS
5.- CONCLUSIONES.-
6.- BIBLIOGRAFIA.-

1.- INTRODUCCION.-

El estreñimiento supone el síndrome de disfunción intestinal más frecuente en los pacientes con cáncer y sometidos a terapias con citostáticos y opiáceos. Es más frecuente en mujeres (en una proporción 3:1) y afecta a un 40% de pacientes con enfermedad avanzada, aumentando esta incidencia al 90% de pacientes bajo tratamiento analgésico con opiáceos. Es habitual que los pacientes que reciben tratamiento paliativo presenten estreñimiento, debido al uso de medicamentos como los opiáceos para aliviar el dolor, a factores alimentarios y de movilidad, así como a factores relacionados con la propia enfermedad. El estreñimiento lo presentan la mayoría de los pacientes a medida que avanza la enfermedad, es decir, es un síntoma constante en el enfermo con cáncer avanzado.

El estreñimiento se define como la emisión infrecuente de heces, normalmente menos de tres veces por semana, anormalmente duras y secas y que el individuo tiene dificultad para expulsar. Esta definición se tiene que aplicar a cada individuo según sus hábitos intestinales previos. Es un síntoma algo subjetivo. El estreñimiento puede ser más duradero o crónico, puede deberse a una dieta con poca cantidad de fibra, ingesta de poco líquido, el sedentarismo, el mismo abuso de laxantes, embarazo o edad avanzada.

Un cuadro de estreñimiento no tratado de forma adecuada puede provocar distintas complicaciones en la evolución clínica del paciente, empeorando su estado de salud independientemente de la clínica del tumor y disminuyendo su calidad de vida que debe ser nuestro objetivo fundamental.

2.OBJETIVOS.-

Basándonos en nuestra experiencia para poder solucionar este problema es necesario:

1. Todos los profesionales deberán tener un conocimiento amplio sobre el tema (causas, complicaciones, fisiopatología). De esta manera nos concienciemos de su importancia e incidencia sobre el bienestar físico del paciente y es imprescindible unificar criterios de actuación.
2. Elaborar un protocolo de actuación en el estreñimiento del paciente oncológico, consensuado con el equipo médico de la unidad.
3. Mediante estas medidas no farmacológicas, conseguir que el paciente paliativo mantenga su patrón intestinal, evitándose medidas rectales mediante dieta, ejercicio y se realizará una revisión del tratamiento médico.

4. Es importante detectar precozmente el síntoma y la educación del paciente y su cuidador principal sobre las complicaciones del estreñimiento, el tratamiento con laxantes orales y cuando solicitar ayuda a su equipo de asistencia sanitaria con relación a este problema.

5. Los pacientes deberán ingerir alimentos con abundante fibra y residuo.

3.MATERIAL Y METODOS. CUIDADOS DE ENFERMERIA

Ofreciendo cuidados y consejos de enfermería:

1. Dieta: Intentar que los pacientes aumenten la ingesta de líquidos, especialmente agua, ya que favorece un bolo fecal más blando. Cualquier líquido en principio es útil aunque es preferible agua, infusiones o sopas, ya que su contenido hídrico es mayor que en zumos o leche. El uso de hidratación parenteral no está justificado en caso de estreñimiento. Aumentar el consumo de fibra alimentaria (cereales integrales, hortalizas, verduras, frutas y legumbres).
2. Control de otros síntomas Pacientes con dolor a la movilización pueden inhibir el deseo de defecar para evitar el dolor. Una anorexia severa con oligofagia puede provocar en el paciente una defecación escasa y dolorosa.

•

4. Movilización Debe estimularse de forma acorde a las posibilidades del paciente, ya que ello incrementa el peristaltismo. Ofrecer nuestra disponibilidad, de modo que pueda pedir ayuda cuando lo precise. Enseñar técnica de masaje abdominal para favorecer la evacuación. Ejercicio físico acorde a las posibilidades del paciente.

5. Aspectos ambientales La defecación es considerada un acto íntimo, ello exige privacidad. Es muy importante la postura adecuada y la comodidad sobre todo en el paciente encamado. Tanto en domicilio como en el hospital la existencia de barreras arquitectónicas son factores condicionantes y añadidos al estreñimiento.

4.RESULTADOS.-

1. **Intervenciones no farmacológicas:** Se han evaluado una gran variedad de abordajes no farmacológicos al estreñimiento, incluyendo masaje, ejercicio y bioretroalimentación. Estudios pequeños han evaluado la eficacia del masaje abdominal solo o en combinación con ejercicio en personas estreñidas, pero actualmente hay poca evidencia que sustente su uso. El ejercicio es un elemento común de programas de manejo intestinal, y una falta de actividad física es un factor en el desarrollo del estreñimiento en algunas personas, pero aún queda por demostrar su eficacia como intervención para prevenir o tratar el estreñimiento.

2. Basándonos en nuestra experiencia, la implicación de todo el personal que se ocupa del cuidado de estos pacientes ha conseguido disminuir la incidencia de la impactación fecal. Se ha aumentado el número de pacientes tratados precozmente con laxantes orales y se ha disminuido el uso de medidas rectales para resolver un cuadro de estreñimiento activo. También actualmente hay una revisión más continuada del tratamiento oral con laxantes entre la enfermera, auxiliar de enfermería y el médico responsables del paciente.

3. Los pacientes y sus cuidadores deben conocer las causas del estreñimiento, sus complicaciones y detectar precozmente la aparición del problema comunicándoselo al personal de enfermería responsable de su cuidado o al médico responsable de su tratamiento.

4. Una gran variedad de productos se han recomendado o incluido en programas de manejo intestinal para la prevención del estreñimiento incluyendo pan, salvado, lentejas, aloe vera, agua mineral y frutos como ciruelas o ruibarbo. Se recomienda un aumento de la ingestión de líquidos como método para prevenir el estreñimiento. También se ha evaluado el aumento de la ingestión de líquidos junto con otros productos, pero no se ha evaluado de forma individual, por lo tanto su eficacia aún no está demostrada. El aumento de la ingestión de fibra dietética también es una estrategia recomendada de prevención, pero sin la adecuada ingestión de líquidos puede aumentar la probabilidad de la impactación fecal en ancianos con poca movilidad.

5.CONCLUSIONES.-

- **Prevención del Estreñimiento:** El estreñimiento es el resultado de muchos factores y por lo tanto se recomienda un enfoque multidisciplinar para su prevención y manejo. Debería señalarse que las intervenciones descritas a continuación se emplean tanto en la prevención como en el manejo del estreñimiento. La evaluación de la persona será necesaria para determinar las necesidades individuales. La investigación existente con relación a la prevención del estreñimiento es limitada, por lo tanto esta discusión representa la opinión de los expertos (nivel IV).

- Educación del paciente. Un aspecto importante de la prevención y manejo del estreñimiento es asegurarse de que la persona tiene un buen conocimiento de qué factores aumentan su riesgo y qué puede hacerse para minimizar el mismo. La información proporcionada debería abarcar:
  - El impacto de la dieta y de la ingestión de líquidos sobre el estreñimiento;
  - El papel del ejercicio en el desarrollo del estreñimiento;
- Hábitos de aseo adecuados;
  - Efectos secundarios a los fármacos utilizados para el estreñimiento.

- Dieta e ingestión de líquidos La dieta juega un papel importante en el desarrollo del estreñimiento. Las intervenciones relacionadas con la dieta que influyen en su desarrollo incluyen:
  - animar a la persona a seguir una dieta rica en fibra.
  - asegurarse de ingerir una cantidad de líquidos adecuada cada día, por ejemplo 6 - 8 bebidas cada día, y la opinión de expertos sugiere que los líquidos claros son mejores que el café o el té.
  - si se aumenta la fibra dietética, puede ser necesario aumentar también la ingestión de líquidos para prevenir la impactación fecal.
  - si las opciones de comida rica en fibra no son adecuadas el Suplemento de Ciruela puede ser beneficioso

- Ejercicio Físico. La falta de ejercicio regular se cita comúnmente como factor de riesgo para el desarrollo del estreñimiento, por lo tanto el ejercicio debería formar parte de cualquier cambio en el estilo de vida orientado a prevenir su desarrollo. por medio de animar a una actividad regular dentro de las posibilidades de la persona.
- Hábitos intestinales efectivos Algunos hábitos de aseo pueden contribuir al desarrollo del estreñimiento y, así, puede recomendarse el entrenamiento intestinal:
    - aprovechar el reflejo gastrocólico (ir al baño después de las comidas).
    - ir al baño a la misma hora cada día (por ejemplo por las mañanas);
    - asegurarse de que el aseo posee la altura adecuada, y utilizar elevadores o un taburete si es necesario;

- si se requiere, animar a la persona a sentarse con ambos pies apoyados en el suelo o sobre un taburete, inclinándose hacia adelante ligeramente de forma que el abdomen quede separado del cuerpo, y se relajen los músculos del suelo pélvico, ya que esto ayudará a minimizar la necesidad de ejercer presión. Instalaciones de aseo Muchos factores del entorno pueden, en parte, contribuir al desarrollo del estreñimiento y se pueden realizar modificaciones que ayuden a su prevención. Esto puede incluir:
  - Intimidad a la hora de ir al aseo.
  - Inodoro a la altura adecuada.
  - Ayuda con la movilidad según se requiera.
  - Facilidades para llamar en caso de que se necesite ayuda para acceder al aseo.
  - Medidas de confort según las necesidades individuales.

6.BIBLIOGRAFÍA.-

Libros:

1. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de Soporte del paciente con Cáncer. M González Barón. 2ª Edición.
2. Porta J, Gómez-Batista X, Tuca A. Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal. Madrid: Aran; 2004.119-128.
3. Camps Herrero C, Cornellá Torrent J, Casas Fernández A, González Barón M, Sanz-Ortiz J, Valentín V. Manual SEON de Cuidados Continuos. 2004. 5:147-151.
4. Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford UK: Oxford University Press; 1999. 3-11.
5. Fallon MT, Hank GW. Morphine, constipation and performar states en advance cancer patients. Palliat Med 1999; 13(3):159-60.

6. Sykes NP. The relationship betwen opioid use and laxative use in terminally ill cancer patients. Palliat med 1998; 12(7):375-82.

7. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier España; 2005.

8. Johnson M, Mass M, Moorhead S. Proyecto de Resultados Iowa. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC). 3ª Ed. Madrid: Harcourt; 2005.

9. Macloskey JC, Bulechek GM. Proyecto de Intervenciones Iowa. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC). 4ª ed. Madrid: Harcourt; 2005.

- **Artículo de revistas:**
- Miles CL, Fellowes D, Goodman ML, Wilkinson S. Laxatives for the management of constipation in palliative care patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD003448. DOI: 10.1002/14651858.CD003448.pub2 .

- **Página WEB**

- **Bases de datos:**

TEMA 13. IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SUICIDIO CONSUMADO

GABRIEL GARCÍA ÁLVAREZ

ESTELA GARCÍA COYA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- MATERIAL Y MÉTODOS.
- RESULTADOS.
- CONCLUSIONES.
- BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de Salud Pública a nivel mundial.

Según la OMS, el número de suicidios anual es de unos 800.000 (una muerte cada 40 segundos) y por cada uno de ellos se cometen muchas más tentativas (se estima que hay, al menos, 20 intentos por cada suicidio consumado). Se trata de la segunda causa de muerte en el grupo de edad entre los 15 y los 29 años.

Según el INE, en España se suicidan 9 personas al día. Desde 2008, el suicidio es la principal causa de muerte externa en nuestro país. Asturias, junto a Galicia, encabeza la tasa de suicidio en España con un total de 13,9 suicidios por cada 100.000 habitantes (datos del año 2013).

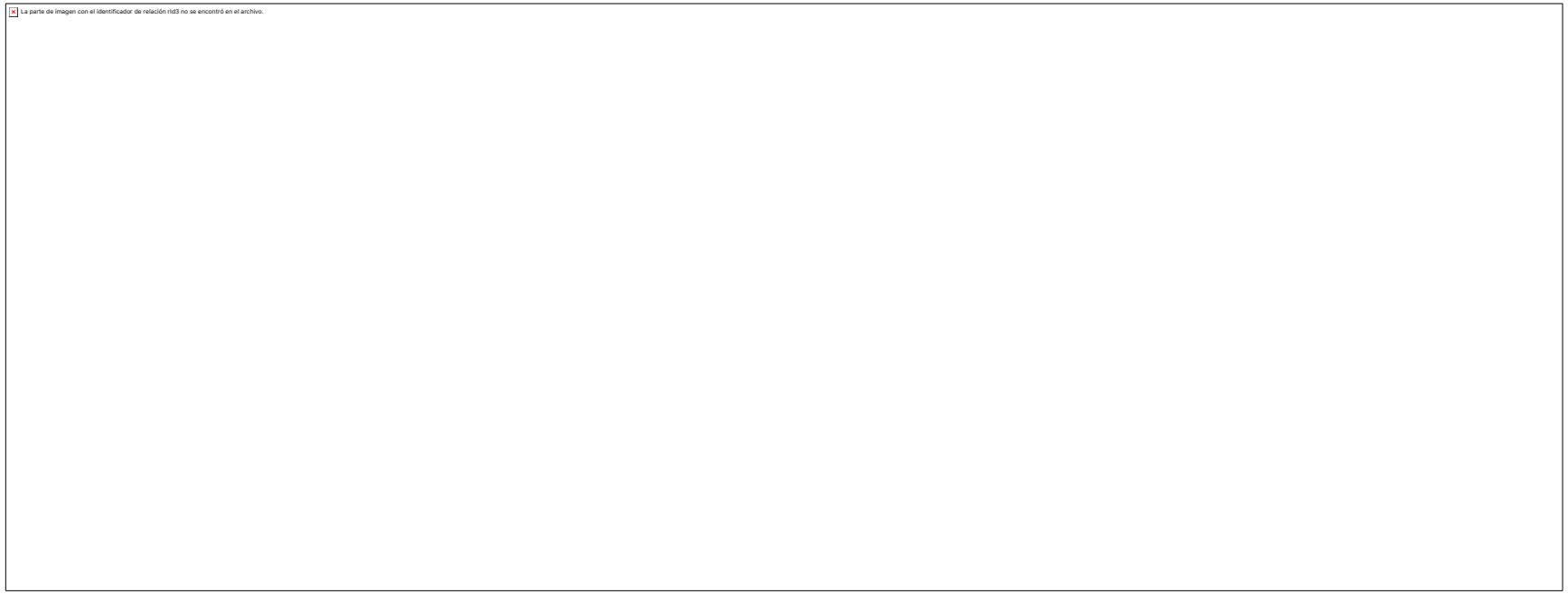
MATERIAL Y MÉTODOS

Dada la relevancia del suicidio en nuestra CC.AA. (Principado de Asturias), decidimos realizar un trabajo con el objetivo de identificar con que profesionales sanitarios tuvo lugar el último contacto en los casos de suicidio consumado. El área de trabajo se limitó al área sanitaria III (Avilés) del Principado de Asturias en un periodo de tiempo de cinco años.

Para todo ello, realizamos un estudio descriptivo, transversal, mediante el análisis de la historia clínica electrónica de los casos de suicidio consumado en el área sanitaria III del Principado de Asturias entre los años 2011-2016.

RESULTADOS

Se encontraron un total de 103 casos. El numero de casos por año sale reflejado en el gráfico inferior.



RESULTADOS

Algunas variables sociodemográficas eran las siguientes:

RESULTADOS

Entre los casos analizados, únicamente el 66,3% habían tenido contacto previo con Salud Mental y solo el 41,59% hacían seguimiento en la actualidad.

A la hora de revisar el último contacto sanitario:

- En el 70% de los casos había sido con el equipo de Atención Primaria
- En el 17,5% con algún profesional de Salud Mental.
- En un 12,5% de los casos con otros profesionales sanitarios.

RESULTADOS

Entre los casos analizados, únicamente el 66,3% habían tenido contacto previo con Salud Mental y solo el 41,59% hacían seguimiento en la actualidad.

A la hora de revisar el último contacto sanitario:

- En el 70% de los casos había sido con el equipo de Atención Primaria
- En el 17,5% con algún profesional de Salud Mental.
- En un 12,5% de los casos con otros profesionales sanitarios.

RESULTADOS

•Con respecto al tiempo transcurrido entre el último contacto y el suicidio consumado:

- El 50% de los casos habían contactado con su médico de atención primaria en los 30 días anteriores al evento, llegando a contactar hasta un 19,8% de los casos en los últimos 7 días.
- Un 30 % de los casos contactaron con algún profesional de atención primaria entre 1 y 3 meses antes.
- En el 20% restante el contacto fue superior a los 3 meses.

RESULTADOS

•Estas cifras contrastan con el tiempo transcurrido con respecto al último contacto con Salud Mental:

- El 50 % de los casos presentaban un tiempo transcurrido desde el último contacto superior a 3 meses.
- El 26,5% presentaba un tiempo transcurrido entre 1 y 3 meses.
- Únicamente el 23,5% presentaba un tiempo inferior a 30 días.

CONCLUSIONES

Entre los casos de suicidio consumado, hasta un tercio de los casos nunca llegó a contactar con ningún profesional de Salud Mental y menos de la mitad de los casos hacia un seguimiento activo.

En la mayoría de los casos, el último contacto sanitario fue con el equipo de Atención primaria. En casi un 20% de los casos, el tiempo de contacto fue inferior a 7 días.

Consideramos fundamental que los profesionales de Atención Primaria reciban una adecuada formación para prevenir y actuar sobre la conducta suicida pues en muchos casos son el último (y único) contacto de los pacientes con el sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Prevención del sucidio: un imperativo global. 2014. ISBN 978 92 4 256477 8.
- Base de datos del INE. Disponible en www.ine.es
- Luoma J.B., Martin C.E., Pearson J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. American Journal of Psychiatry, 159(6), 909-916.
- Harwood D.M.J., Hawton K., Hope T., Jacoby R. (2000). Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. International journal of geriatric psychiatry, 15(8), 736-743.
- Sáiz P.A. y Bobes J. (2014). Preveción del suicidio en España: una cuestión no resuelta. Revista de psiquiatría y salud mental, 7, 1-4.

TEMA 14. CUIDADOS ENFERMEROS EN LA ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA EN PEDIATRIA

ANTONIO RUFINO BALSERA TREJO

ÍNDICE

1.INTRODUCCION
2.OBJETIVOS
3.CLASIFICACION QUIMIOTERAPIA
4.ADMINISTRACION QUIMIOTERAPIA
5.CUIDADOS CATERER
6.BIBLIOGRAFIA

1.INTRODUCCION

Los fármacos citostáticos son sustancias citotóxicas que se utilizan en procesos oncológicos para causar un daño celular, que no es selectivo para las células tumorales, sino que afecta a todas las células del organismo, provocando efectos tóxicos adversos.

El cáncer es una enfermedad relativamente infrecuente en la infancia, con una incidencia aproximada de 1 por cada 7.000 niños en Estados Unidos, sin embargo sigue siendo la causa más frecuente de fallecimiento por enfermedad en el período comprendido entre el año y los 14 años de vida.

Alrededor de 1.100 niños enferman de cáncer cada año en España. Aunque poco frecuente, el cáncer infantil tiene gran impacto sobre las familias y es un importante problema de salud.

Los resultados asistenciales han progresado mucho, pero en los países desarrollados es la primera causa de muerte por enfermedad en la infancia. Los pacientes curados pueden tener secuelas de por vida. El cáncer infantil no puede ser prevenido, la lucha reside en la prematuridad del diagnostico y tratamiento.

2.OBJETIVOS

Describir la importancia y efectividad de un correcto manejo del tratamiento quimioterápico por parte del personal de enfermería y más concretamente de su administración.

Evitar las extravasaciones por citostáticos. Evaluar al paciente pediátrico frente a los efectos secundarios inmediatos y mediatos del tratamiento.

Conocer la técnica en la administración de la quimioterapia y evitar complicaciones.

3.CLASIFICACION DE LA QUIMIOTERAPIA

Agentes Alquilantes: alteran las proteínas y bloquean la función del ADN. Se administran IV. Los de uso más habituales son: Ciclofosfamida (Genoxal), Mecloretamina (Caryolisina), Melfalán, Tiotepa,...

- Antimetabolitos: inhiben la síntesis de bases nitrogenadas y del ADN, por bloqueo enzimático, se usan además de para el tratamiento de tumores, para el tratamiento de enfermedades autoinmunes y en caso de trasplantes para impedir el rechazo. Los de uso más habituales son: Metotrexate, Citarabina, 5- Fluoracilo. . Se pueden administrar por Vía IV, IM, y Oral.

- Antibióticos Antitumorales: actúan sobre el ADN/ARN inhibiendo su duplicación. Pertenecen a este grupo: Bleomicina, Adriamicina, Mitomicina,…
- Alcaloides de la Vinca: son muy tóxicos, no se deben manejar fuera del ambiente hospitalario. En este grupo los más usados son: Vincristina, Vinblastina, Etopósido, y Vindesina.
- Agentes varios: son un grupo de sustancias de difícil clasificación, como son los derivados del Platino: Cisplatino, Carboplatino, Asparaginasa.

4.ADMINISTRACION QUIMIOTERAPIA

Se considera CVC cuando el extremo distal del mismo se ubica en vena cava superior, vena cava inferior o cualquier zona de la anatomía cardiaca, siendo esta última localización permitida sólo para el catéter Swan-Ganz, que se situará en arteria pulmonar.

Según la duración de la cateterización, la Food and Drug Administration (FDA) considera catéteres de larga duración o permanentes los que tienen una duración mayor de 30 días.

Existen dos tipos de CVC implantables:

1.Los catéteres centrales tunelizados son aquellos insertados mediante técnica tunelizada percutánea, es decir, parte del catéter se sitúa entre la vena canalizada (cava superior) y la salida subcutánea y puede tener una, dos o tres luces. (Hickman®, Broviac®, Dacron®, etc).

Indicado en:

-niños menores de un año que deben recibir quimioterapia

-niños con leucemia mieloblástica aguda en inducción

-niños con quimioterapia intensa con alto riesgo de pancitopenia severa

2. Catéter de puerto subcutáneo es el que consta de un portal o cámara con una membrana de silicona autosellante, unido a un catéter tunelizado bajo la piel que se extiende hasta la vena cava superior (Port-a-Cath®, BardPort®, PowerPort®, Infuse-a-Port®, Medi-port etc).

5.CUIDADOS CATETER

- **Catéter de reciente implantación**

- Cura a las 24 h de la inserción, retirando los restos de sangrados, control de los puntos de sutura, de la zona de inserción, posibles sangrados activo…

- Los primeros días se recomienda cura con guantes y material estéril.

- Se limpiará con suero salino y antiséptico la zona y si el catéter no tiene restos de sangre, ni drenados, colocar apósito transparente y transpirable. Esto permite visualizar el punto de inserción y también la ducha del paciente sin riesgos. Si el catéter tiene drenaje hemático o purulento, utilizar gasa y apósito estéril.

- **Cuidados de catéteres con más de 10 días de implantación**

- Conviene quitar el apósito en la ducha, ya que al estar mojado se lesionará menos la piel. Después del secado con toalla limpia, se procederá a la desinfección de la zona del orificio de salida del catéter y desinfección del mismo catéter, desde la zona más cercana al orificio hasta los extremos. A continuación se procede a la sujeción y tapado con apósito estéril, variando cada día su posición para evitar lesiones en la piel. A veces hay que recurrir a placas de protección de la piel que contienen hidrocoloides y poner el apósito encima.

Siempre que se observe exudado alrededor del catéter o el paciente presente sudoración profusa, utilizar para la cura apósito de gasa.

- No cambiar los apósitos utilizados en CVC tunelizados o implantados más de una vez por semana (a menos que se ensucie o esté suelto), hasta que el punto de inserción haya cicatrizado.

- No utilizar ungüentos o cremas con antibiótico en el punto de inserción.

6.BIBLIOGRAFIA

- 1. Cajaraville G, Tamés M J. Guía de manejo de medicamentos citostáticos. San Sebastian: Pfizer Oncología; 2009.
- 2. García Félez MJ. Manejo de citostáticos/citotóxicos [monografía en Internet]*. Aragón: Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón; año [fecha consulta Marzo 2014]. Disponible en:
- 3. American Cancer Society. Principios de la Quimioterapia. 2013

- 4.García Cruz J, Martínez Hernández P, Rosas Parra Norma ML, Cabrera Z. Procesos seguros del manejo de la quimioterapia en hospitalización [monografía en Internet]*. México: Instituto nacional de pediatría de los Estados Unidos Mexicanos; 2012 [fecha consulta]. Disponible en: http://www.pediatria.gob.mx/diplo_quimio.pdf
- 5.Martínez MT, García F, Hernández MJ, Manzanera Saura JT, Garrigós JA. Los citostáticos. Enfermería global. 2012; 1:1-16
- 6.Subcomité de procedimientos y protocolos de Enfermería. Catéteres venosos centrales de larga duración. Madrid: Comunidad de Madrid, Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2014.

TEMA 15. VIGILA TU PIE DIABÉTICO. ESCUCHA A TU ENFERMERA

EVA Mª BLANCO LOPEZ

RAQUEL PARDO SALAMANCA

ISABEL GALLARDO GARCIA

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN
2 OBJETIVOS
3 MÉTODO
4 RESULTADOS
5 CONCLUSIONES
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad con gran prevalencia en la población.
El pie diabético es una grave complicación de la diabetes mellitus. Puede ser definido como “todas aquellas lesiones que las personas con diabetes presentan en los pies”. Aunque el consenso internacional define al pie diabético como la presencia de infección, úlcera o destrucción de los tejidos profundos relacionados con alteraciones de los vasos sanguíneos (Arteriopatía) y de los nervios (Neuropatía) que provoca: pérdida de sensibilidad, atrofia y dolor.
Los costes económicos ocasionados por está complicación para los sistemas sanitarios son enormes, así como las repercusiones sociales y emocionales que provoca, lo que hace imprescindible la puesta en marcha de sistemas activos de prevención primaria para esta patología.

2 OBJETIVOS

Concienciar a los pacientes diabéticos de que vigilar, explorar y cuidar sus pies son fundamentales para evitar complicaciones y a los profesionales de enfermería que deben incluir en su tarea diaria y en los planes de cuidados la exploración del pie diabético y educación sanitaria sobre cuidados.

3 MÉTODO

El presente estudio es el resultado obtenido tras una amplia revisión bibliográfica.
Los criterios de búsqueda han sido:
Palabras clave: Atención primaria, autocuidado, prevención, complicaciones.
Bases de datos consultadas: Pubmed, Scielo.
Resultado de la búsqueda: diez artículos, seleccionando los que se refieren a la prevención y cuidados del pie diabético en atención primaria.

4 RESULTADOS

-El diabético debe realizar diariamente una higiene y observación meticulosa de su pie, así como tener una serie de precauciones, para evitar la aparición de úlceras, necrosis y amputaciones.
-El conocimiento sobre cuidados con los pies entre individuos con diabetes mellitus contribuye para evitar futuras complicaciones.
-Estudios sobre la calidad de la atención a la salud muestran que los pies de las personas con diabetes no son examinados en la mayoría de las consultas en ambulatorios, situación que puede explicar parcialmente la falta de detección precoz de los problemas de los pies, neuropatías, micosis y problemas de isquemia.

-La educación sanitaria en el cuidado de los pies de los diabéticos, así como la cuantificación del riesgo son aspectos que el enfermero debe incorporar en los planes de cuidados de los pacientes diabéticos.

5 CONCLUSIONES

-Instauración de exploraciones periódicas y programas educativos específicos de cuidados en los pies de los diabéticos.
-Detección e identificación de los factores de riesgo asociados al pie diabético debería ser una prioridad para el profesional de enfermería que trabaje con pacientes diabéticos.
-Implantar un hábito diario de observación del pie.
-Estrategias preventivas
-La educación sistemática y continua sobre el cuidado con los pies podría contribuir a evitar complicaciones.
-Es necesario que los profesionales de salud, especialmente los enfermeros, adopten esas estrategias educativas en lo cotidiano de su trabajo para lograr mejor eficacia en el alcance de los objetivos de la educación para la salud y para promover estilos de vida sanos

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-González de la Torre, Héctor; Perdomo Pérez, Estrella; Quintana Lorenzo, Mª. Luana; Mosquera Fernández, Abián. Estratificación de riesgo en pie diabético Gerokomos, Dez 2010, Volume 21 Nº 4 Páginas 172 - 182
-Si tienes diabetes, cuida tus pies. Plan Integral de Diabetes de Andalucía. http://www.juntadeandalucia.es/salud
-Pérez Rodríguez, Mª del Carmen et al. Cuidado en los pies diabéticos antes y después de intervención educativa. Enferm. glob., Ene 2013, vol.12, no.29, p.43-52. ISSN 1695-6141

TEMA 16. PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

RICARD CONDE TORRES

MIGUEL ÁNGEL CARREIRO ALONSO

MARTÍN IGLESIAS VILANOVA

ÍNDICE

- Introducción
- Etiopatogenia
- Factores de riesgo
- Clasificación
- Prevención de las úlceras por presión
- Escala Norton
- Conclusiones
- Bibliografía

Introducción

- La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por pre- sión prolongada o fricción entre dos planos duros.
- Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada.
- Representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad.
- El manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.
- Representan una prevalencia poblacional del 0.11%; en pacientes mayores de 65 años: 0.44%; y en poblacion de atención domiciliaria: 8,51%.

Etiopatogenia

- La aparición de una úlcera por presión viene determinada por tres fuerzas:
  - Presión: Fuerza perpendicular a la piel que ejercida por la fuerza de gravedad del cuerpo provocando un aplastamiento tisular entre dos planos.
  - Fricción: Fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel produciendo roces que provocan destrucción de la dermis.
  - Cizallamiento: Es una combinación de las fuerzas de presión y fricción.

Factores de riesgo

- Lesiones cutáneas
- Deficiencias nutricionales
- Trastornos inmunológicos
- Alteración del estado de conciencia
- Trastornos en el transporte del oxígeno
- Déficits motores y sensoriales
- Incontinencia urinaria y fecal
- Presencia de sondas o drenajes
- Portadores de pañal
- Sobrecarga de trabajo del profesional

Clasificación

- Estadio I:Eritema cutáneo no blanqueable sin pérdida de la integridad cutánea.
- Estadio II:Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta epidermis, dermis o ambas.
- Estadio III:Pérdida total del grosor de la piel o necrosis del tejido subcutáneo pudiendo extenderse hasta la fascia subyacente pero sin atravesarla.
- Estadio IV: Pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular, óseo o de estructuras de sostén.

Prevención de las úlceras por presión

- La actividad enfermera principal frente a la aparición de úlceras debe ser la prevención. Por ello se han de tomar en consideración los siguientes aspectos:
  - Realizar una correcta valoración a todos los pacientes de riesgo mediante la utilización de escalas validadas como son la escala Braden y la escala Norton.
  - Realizar la valoración al ingreso y en cada cambio de situación que presente el paciente.
  - Observar con detenimiento la piel de forma diaria, especialmente las zonas de contacto y las prominencias óseas.

Prevención de las úlceras por presión

- Realizar una valoración nutricional del paciente y administrar suplementos nutricionales si fuese necesario.
- Mantener la piel del paciente limpia y seca. Utilizar jabones neutros y aclarar y secar minuciosamente.
- Utilización de ácidos grasos hiperoxigenados.
- Utilizar protectores de piel y dispositivos adecuados para sujección de sondas y drenajes.
- Realizar cambios posturales cada 2 horas.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas con la superfície y no masajear estas zonas en el momento de la higiene y/o la hidratación.

Prevención de las úlceras por presión

- Utilización de apósitos hidrocoloides para reducir la fuerza de fricción en zonas de riesgo.
- Utilizar cojines de gel para el paciente que permanece en sedestación.
- Utilizar colchones de aire de presión alternante para pacientes encamados con riesgo elevado.
- Evitar levantar el cabezal de la cama más de 30º.

Escala Norton

La parte de imagen con el identificador de relación rId2 no se encontró en el archivo.

Conclusiones

- Las úlceras por presión, hasta el 95% son prevenibles, por lo que la necesidad de prevención es el objetivo prioritario.
- La valoración inicial y en las diferentes etapas es primordial para evitar la aparición de las úlceras.
- Es beneficioso la formación al personal de enfermería, la implantación de instrumentos y la educación sanitaria a pacientes y familiares para el cuidado preventivo y tratamiento de las úlceras.

BIBLIOGRAFÍA

- Salazar, C. A., Duque, O. F., & Moreno, B. T. (2007). Úlceras por presión. *Gerontología SEdGy. Tratado de Geriatía para residentes. Madrid*, *217*.
- Pancorbo-Hidalgo, P. L., García-Fernández, F. P., Torra i Bou, J. E., Verdú Soriano, J., & Soldevilla-Agreda, J. J. (2014). Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4. º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*, *25*(4), 162-170
- Gallart, E., Fuentelsaz, C., Vivas, G., Garnacho, I., Font, L., & Arán, R. (2001). Estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en pacientes ingresados. *Enfermería clínica*, *11*(5), 179-183.

TEMA 17. ALIMENTACIÓN EN LA ETAPA DEL ENVEJECIMIENTO

MIGUEL ÁNGEL CARREIRO ALONSO
MARTÍN IGLESIAS VILANOVA
RICARD CONDE TORRES

ÍNDICE

- Introducción
- Objetivos
- Aspectos clave en la preparación de menús
- Conclusiones
- Bibliografía

Introducción

- En las últimas décadas ha aumentado significativamente la esperanza de vida al nacimiento en hombres y mujeres
- En el año 2013, la esperanza de vida en buena salud al nacer es ligeramente superior en los hombres (64,7 años) que en las mujeres (63,9 años).
- A los 65 años, los hombres tienen 9,7 años de esperanza de vida en buena salud frente a los 9,0 años de las mujeres.

Introducción

- Una buena alimentación durante toda la vida y, en especial, durante esta etapa puede influir en acelerar, retrasar o atenuar las alteraciones características del proceso de envejecimiento. No obstante, la complejidad del proceso de envejecimiento no debe limitarse a aspectos exclusivamente clínicos o nutricionales sino que debe integrar la interacción con los aspectos físicos, psíquicos y socioculturales de la persona mayor.

Objetivos

- Caracterizar a la población mayor de 65 años
- Conocer el proceso de envejecimiento del aparato digestivo
- Profundizar en las necesidades nutricionales del anciano
- Comprender el modelo de dieta por raciones

Aspectos clave en la preparación de menús

- La ingesta de alimentos se reparte en 5 tomas diarias y debe contener alimentos de todos los grupos recomendados.

- Es difícil cambiar los hábitos de las personas de edad avanzada y encontrar motivaciones para animarlas a continuar con ella.

- Es importante respetar los gustos y preferencias alimentarias y presentar la comida de manera atractiva.

- Se deben considerar también los recursos económicos y las dificultades culinarias.

Aspectos clave en la preparación de menús

- Dietas sencillas y de fácil preparación
- Los platos tendrán una presentación vistosa y agradable
- Es preferible el consumo de cantidades moderadas de agua mineral sin gas con las comidas, aunque se permite la ingesta de una pequeña cantidad de vino tinto (un vasito), si forma parte de las costumbres del anciano y no existe contraindicación

Aspectos clave en la preparación de menús

- Se debe moderar el consumo de café y de bebidas excitantes.
- El momento de la ingesta ante todo debe ser un acto de convivencia y relación social. Es importante que la degustación de los alimentos estén dentro de un marco de armonía.
- Se debe asegurar una buena disponibilidad de nutrientes, con preparaciones culinarias agradables y un marco físico acogedor, sin tensiones.

Aspectos clave en la preparación de menús

- Hay que consumir 3 raciones diarias de leche o derivados para hacer frente al consumo necesario de calcio.

- Los alimentos ricos en proteínas deben servirse como acompañamiento de la comida y como plato principal de la cena, acompañados de verduras u hortalizas y con una ración de glúcidos como guarnición.

- El pescado es el alimento proteico más aconsejado, por su menor poder calórico, por su mayor contenido en ácidos grasos de la serie omega 3 y por su mayor digestibilidad y fácil masticación

Conclusiones

- El envejecimiento tiene diferentes perspectivas perfectamente delimitadas.
- En las últimas décadas ha aumentado significativamente la esperanza de vida al nacimiento y la tendencia continúa al alza. Se debe potenciar desde Enfermería el envejecimiento activo de la población para optimizar los años libres de discapacidad
- La dieta debe ser individualizada a cada caso, teniendo en cuenta sus estilos de vida y potenciales patologías asociadas
- La dieta por raciones optimiza y facilita a medio plazo un correcto seguimiento de las cantidades. A corto plazo puede resultar abstracta y confusa

BIBLIOGRAFÍA

- Tortora GJ, Derrickson B. El aparato digestivo. Principios de anatomía y fisiología. 13º edición. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2013. 9786077743781. 901 - 955 p.
- Moragón Á, Gregorio P, Villajos N. Hidratación Y Salud. Soc Española Geriatr Y Gerontol. 2011;1.
- Biesalski HK, Grimm P. Nutrición: texto y atlas. 3rd ed. Biesalski HK. Madrid, Editorial Médica Panamericana; 2015. 380 p.
- Mujeres y hombres en España. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado, INE, Spain, 2014. 500 p.

TEMA 18. CODIFICACIÓN DE LA HIPERTENSION GESTACIONAL CON LA CIE -10-ES

MIRIAM OLIVER SEGURA

JUANA GOMEZ FERNANDEZ

ÍNDICE

- OBJETIVOS
- MATERIAL Y MÉTODO
- RESULTADOS
- CONCLUSION/ DISCUSIÓN
- BIBLIOGRAFIA

OBJETIVOS

La hipertensión gestacional también conocida como la hipertensión inducida por el embarazo, se caracteriza por el aumento de la presión arterial durante el embarazo. Se presenta en aproximadamente el 6% de los embarazos.
La hipertensión gestacional se diagnostica cuando los resultados de la presión arterial son superiores a 140/90 mm Hg.
El objetivo de este trabajo es la codificación de una gestante de 27 semanas que es ingresada por hipertensión gestacional y que no presenta proteinuria.

MATERIAL Y MÉTODO

- Se ha realizado una búsqueda sistemática y revisión bibliográfica en diferentes bases de datos con los siguientes descriptores: Hipertensión, Preeclampsia, Hipertensión gestacional y complicaciones en el embarazo.
- Manual de Codificación CIE-10-ES diagnósticos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- http://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html
- http://americanpregnancy.org/es/pregnancy-complications/pregnancy-induced-hypertension/
- https://es.wikipedia.org/wiki/Hipertensi%C3%B3n_gestacional

RESULTADOS

Las circunstancias y enfermedades relacionadas, o que complican o se agravan por el embarazo, parto o puerperio están clasificadas en el capítulo 15 de la CIE-10-ES Diagnósticos.
Los códigos que debemos utilizar, serán los siguientes:
O13.2 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa, segundo trimestre
Z3A.27 27 semanas de gestación
-Cuando una paciente es ingresada en el hospital por complicaciones del embarazo en un determinado trimestre y permanece en el hospital durante el trimestre siguiente, debe asignarse el código en base al trimestre en que se desarrolla el ingreso o contacto, y no en el que se produce el alta.

CONCLUSIÓN/ DISCUSIÓN

Al asignar códigos del capítulo 15, es importante asegurarse sobre si la afección ya existía antes o se ha desarrollado durante la gestación o como resultado del embarazo. El clínico debe especificarlos en el Informe de Alta para realizar una correcta codificación del episodio asistencial. Si el codificador no encuentra los datos necesarios en el Informe, deberá revisar la Historia Clínica de la paciente para conocer si la paciente ya tenía hipertensión antes del embarazo o cualquier otra condición que afecte a la codificación correcta. La CIE-10-ES ha aumentado su número de códigos y por tanto de diagnósticos con respecto a la CIE-9-MC, por lo que la hace más específica y esto hace que tengamos una codificación clínica más completa.

BIBLIOGRAFÍA

- Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. BMJ 2005 Mar 12;330(7491):565. Epub 2005 Mar 2. 3 Margulies M, Zin C, Margulies ND, Voto LS. Non-invasive ambulatory blood pressure control in normotensive pregnant women. Am J Hypertens 1989; 2:924–6. 4 Maynard SE, Min JY, Merchan J, Lim KH, Li J, Mondal S, et al. Excess placental soluble fms-like tyrosine kinase 1 (sFlt1) may contribute to endothelial dysfunction, hypertension, and proteinuria in preeclampsia. J Clin Invest 2003;111:649-58.
- Gant NF, Worley RJ. Hypertension in Pregnancy: Concepts and Management. Appleton-Century Crofts, 1982.

TEMA 19. CONSEJOS NUTRICIONALES Y DIETÉTICOS EN LAS PERSONAS CON ÚLCERAS EN EXTREMIDADES INFERIORES

CARMEN PILAR QUEVEDO DOMÍNGUEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CLASIFICACIÓN
3. TIPOS DE ÚLCERAS EN EEII
4. CONSEJOS NUTRICIONALES Y DIETÉTICOS
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Una úlcera cutánea se define como una solución de continuidad de la superficie epitelial, con escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea. Las úlceras en la extremidad inferior son lesiones ubicadas en una o ambas extremidades inferiores del cuerpo, que puede aparecer de manera espontánea o accidental, y cuya etiología pueda referenciarse a un proceso patológico sistémico o de la extremidad y que no cicatriza en el intervalo temporal esperado[1].

Las úlceras de piernas constituyen una patología importante en la práctica diaria de los profesionales de la salud y en todos los niveles de asistencia. La etiología de estas úlceras responde mayoritariamente a patologías derivadas de insuficiencia venosa, enfermedad arterial o diabetes; sin embargo existen úlceras que obedecen a causas menos frecuentes y cuyo conocimiento es imprescindible para poder instaurar un tratamiento adecuado.

En ocasiones nos encontramos con que la etiología de las úlceras de miembros inferiores no es fácil de identificar y su manejo en consecuencia se vuelve complejo. Otras veces nos encontramos ante úlceras tórpidas, de difícil cicatrización, aunque aparentemente sin motivo que lo justifique; es en estas situaciones cuando debemos de revisar de nuevo, toda la información clínica que nos ha llevado al diagnóstico y actualizar este en consecuencia, para si procede, aplicar un nuevo tratamiento[2].

Desde el punto de vista demográfico las úlceras de miembros inferiores constituyen un problema del adulto mayor y afectan principalmente a pacientes mayores de 60 años, destacándose que esta franja etaria es la que más ha aumentado en los países industrializados en los últimos años. Si bien esta patología tiene su pico de incidencia entre los 60 y 80 años, debemos considerar que el 22% de los pacientes tienen su primer episodio antes de los 40 años y 13% antes de los 30 años de edad.

La prevalencia de úlceras en la población, según los distintos estudios, oscila entre 0,06% y 1%, pudiendo alcanzar hasta 3% a 5% cuando se consideran solo pacientes añosos. En cuanto al sexo, algunos autores señalan un leve predominio en el sexo femenino (1,6:1, mujer /hombre), el cual aumenta con la edad por su mayor esperanza de vida[2].

Tanto la evidencia científica, como la práctica clínica demuestran que el principal condicionante para un buen tratamiento de las úlceras de extremidades inferiores, es la rapidez en el diagnóstico y actuación sobre las causas que las desencadenan; para ello es necesario realizar una completa anamnesis, exploración física, vascular y neurológica, así como acometer las exploraciones complementarias necesarias según la clínica (cultivos, bioquímica, biopsia, RX…). Debemos prestar especial atención a identificar y abordar todos los factores implicados en las úlceras de difícil cicatrización[3].

2. CLASIFICACIÓN

El grado de afectación y la estructura o composición tisular son referentes tanto a nivel diagnóstico, pronóstico y de orientación terapéutica, por lo que en la exploración inicial de la herida, así como en el curso evolutivo, es recomendable indicar el grado de afectación tisular según la siguiente clasificación:

- ***Grado I:*** La base de la úlcera se halla ocupada en su totalidad por tejido de granulación y son inexistentes el tejido necrótico y la fibrina. Afecta a epidermis y dermis.
- ***Grado II:*** La base de la úlcera se halla ocupada en más del 50% por tejido de granulación y en proporción inferior por fibrina, y es inexistente el tejido necrótico. Afecta a tejido celular subcutáneo o hipodermis.

• ***Grado III:*** La base de la úlcera presenta un tejido de granulación inferior al 50%; la fibrina, superior al 50% y es inexistente el tejido necrótico. Afecta a fascia y al músculo.
• ***Grado IV:*** El tejido necrótico ocupa más del 50% de la úlcera; la fibrina, menos del 50% y es inexistente el tejido de granulación. Afecta al hueso[1].

Por otro lado y por criterios de rigor científico y de eficiencia terapéutica, las úlceras de las extremidades inferiores deben ser referenciadas a una etiología única, y excepcionalmente cabe aceptar la confluencia de dos o más etiologías. Por ello el término de "úlcera de etiología mixta" se utilizará de forma restringida y cuando no sea posible establecer una causa única. La etiología venosa, isquémica y neuropática suponen el 95% de la totalidad de las UEI. El 5% restante lo constituye la etiología hipertensiva, arteritis, enfermedad hematológica, séptica, neoplásica, tóxica y metabólica[4].

3. TIPOS DE ÚLCERAS EN EEII

3.1 Úlcera de etiología venosa:

La úlcera venosa se define como la pérdida de la integridad cutánea debida a una incompetencia del sistema venoso. La lesión se localiza sobre piel dañada previamente por una dermatitis secundaria. Es la complicación más importante en la evolución de la insuficiencia venosa crónica. Las úlceras venosas representan el estadio más avanzado de esta entidad. Es la más prevalente de las UEI, entre 75 y 80%, la prevalencia es del 0,8 al 0,5% y la incidencia se sitúa entre 2 y 5 casos nuevos por mil personas y año[5].

El origen de una úlcera flebostática es la hipertensión venosa mantenida, bien por un fallo valvular o de la bomba muscular.

La hipertensión venosa se transmite a la microcirculación cutánea con alteración de la permeabilidad de la misma y extravasación de macromoléculas y hematíes causantes de la dermatitis ocre. Esta extravasación es el estímulo inicial inflamatorio con liberación de factores de crecimiento y citoquinas, que ocasionarán la activación, adhesión y final migración leucocitaria al intersticio. Estos leucocitos activados liberarán diversas sustancias lesionares, que unido a la disminución de la síntesis de colágeno ocasiona la atrofia blanca y alteración de la cicatrización[5].

Los factores de riesgo implicados son los siguientes:

- ***Edad:*** Mayor frecuencia a partir de los 40 años.
- ***Sexo:*** Mayor riesgo tromboembólico en mujeres.
- ***Tromboembolismo previo:*** Mayor riesgo de padecer nuevos.
- ***Paridad:*** Aumenta con el número de partos.
- ***Obesidad:*** Mayor peso dificulta el retorno venoso.
- ***Inmovilidad:*** Favorece el estasis venoso.
- ***Ocupación:*** Ortostatismo y sedestación prolongada[4].

El diagnóstico de las úlceras de etiología venosa se realizará en base a criterios clínicos que deberán ser confirmados mediante estudios hemodinámicos y excepcionalmente angiográficos.

El paciente con IVC puede presentar las siguientes manifestaciones clínicas:

- Sensación de pesadez y dolor en MMII.
- Calambres musculares.
- Edema.
- Hiperpigmentación cutánea.
- Eczema varicoso y prurito.

Todas ellas mejoran en la posición de decúbito y empeoran en bipedestación. Se recomienda establecer el diagnóstico clínico inicial en presencia de los siguientes signos y síntomas:

- ***Localización:*** Zona lateral interna del tercio distal de la pierna.
- ***Morfología:*** Redonda/ oval, irregular tamaño variable.

- ***Bordes:*** Excavados, mal delimitados, superficiales.
- ***Lecho ulceral:*** Predominio de tejido de granulación, altamente exudativo.
- ***Tejido periulceral:*** Con alteraciones cutáneas previas como dermatitis ocre, hiperqueratosis, atrofia blanca, hiperpigmentación.
- ***Expresión de dolor baja*** excepto en presencia de infección.
- ***Pulsos tibiales:*** Positivos.
- ***Índice tobillo/brazo (IT/B):*** Mayor a 0,75[5].

Por otra parte, deberemos tener dos aspectos fundamentales en cuenta en el tratamiento de la úlcera por estasis venoso:

- Su evolución tórpida e insidiosa por lo que su curación puede alargarse en el tiempo.
- Gran tendencia a recidiva sin las medidas de prevención adecuadas.

Junto al tratamiento local es necesario incidir en la detección y corrección de factores de riesgo y en la educación sanitaria orientada a mejorar la circulación de retorno[4].

3.2 Úlcera de etiología isquémica:

La úlcera isquémica se define como una lesión en la que aparece una pérdida de sustancia que afecta a la epidermis desde tejidos más profundos, cuyo origen es la isquemia arterial. La úlcera isquémica se sitúa siempre en el estadio final de la Isquemia Crítica de la Extremidad (ICE)[4]. Su prevalencia se sitúa entre un 8-11% en menores de 65 años y entorno al 2%, en mayores de 60 años. En cambio, la incidencia que hemos encontrado en los últimos años es aproximadamente de 220 nuevos casos por cada millón de habitantes al año[1].

En el 90% de los casos la causa de la úlcera en miembro inferior de etiología isquémica es la arterioesclerosis obliterante, que se caracteriza por la formación de placas de ateroma que obstruyen la luz arterial provocando una reducción del flujo sanguíneo en los tejidos distales del árbol arterial.

Se manifiesta por la presencia de parestesias y/o dolor de reposo en la extremidad, que se trata de un dolor intenso, urente, en la porción más distal de la extremidad, que aparece por la noche con el decúbito y con frecuencia al iniciar el sueño, momento en el que se produce una hipotensión relativa y que cede al dejar el pie en declive ya que favorece la perfusión. Una mayor caída de ésta llevará a una mayor vulnerabilidad de la piel ante pequeños traumatismos. Finalmente, si la caída en la perfusión es todavía mayor, se producirá trombosis distal a nivel de los lechos capilares, apareciendo lesiones necróticas, que pueden evolucionar hacia una gangrena seca, autolimitada o sobreinfectarse, apareciendo una gangrena húmeda[5].

En la fisiopatología de la úlcera isquémica deben considerarse los siguientes datos biológicos:

- Descenso a nivel crítico de la Presión Parcial de Oxígeno Tisular (PPTO2) en los tejidos distales.
- Formación de radicales libres y fenómeno de isquemia de reperfusión.
- Infarto tisular.

El desarrollo de la Arteriosclerosis Obliterante está íntimamente relacionado con los siguientes factores de riesgo:

- HTA
- Tabaquismo.
- Diabetes Mellitus.
- Hiperlipidemia.
- Estrés.
- Falta de ejercicio físico[1, 4].

En el diagnóstico de la úlcera isquémica los antecedentes clínicos, las características morfológicas de la úlcera y la exploración de los pulsos en las extremidades inferiores aportan una información prácticamente definitiva. Deberán considerarse por tanto los siguientes datos:

1. Antecedentes de Claudicación Intermitente en la extremidad: Dolor con el ejercicio físico que desaparece al cesar éste.

2. Dolor en reposo: Sobre todo nocturno que desaparece al colocar la extremidad en declive.

3. Pulsos tibiales débiles o ausentes. Ante un IT/B < 0,75 debe descartarse cualquier otra etiología que no sea la isquémica.

4. Características de la úlcera:

- **Localización:** Tercio inferior de la pierna sobre prominencias óseas, maléolo externo, cara lateral, talón y dedos del pie.
- **Lesión:** Úlceras múltiples y dolorosas, forma redondeada, bordes bien definidos y poco profundos, lecho ulceral atrófico, aspecto seco, predominio de tejido necrótico y/o fibrina.
- **Piel periulceral:** Coloración pálida y brillante o Ausencia de vello[1].

El tratamiento definitivo y único que ha acreditado efectividad en la resolución de la úlcera isquémica es la revascularización de la extremidad inferior afectada, para aumentar la perfusión tisular. En la actualidad los procedimientos que se realizan son técnicas quirúrgicas (bypass) o endovasculares (angioplastia con o sin stunt)[4].

3.3 Úlcera de pie diabético

Según *la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular*, el pie diabético se define como: "Una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática, inducida por la hiperglicemia mantenida, en la que, con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, se produce una lesión y/o úlcera en el pie"[4].

Se estima que 15% de los diabéticos van a presentar una úlcera de sus extremidades inferiores a lo largo de la enfermedad y el 85% de las amputaciones que se practican en diabéticos están precedidas por una úlcera. También se prevé que hasta el 15-25 % de los pacientes diabéticos presentarán una úlcera neuropática a lo largo de su vida, siendo el principal factor de riesgo de pérdida de extremidad en estos pacientes y la primera causa de amputación no traumática. Entre el 14 y 20% de los pacientes con una úlcera terminan sufriendo una amputación de la extremidad[1].

Los factores que intervienen en la producción de las lesiones en el pie diabético son:

- ***Neuropatía diabética:*** Tiene tres manifestaciones motora, sensitiva y autónoma. Suele ser progresiva, comienza con la pérdida de la sensibilidad a nivel periférico, de forma asintomática, por lo que, el paciente no es consciente de su padecimiento. El *calzado es el principal factor traumático*, los puntos de máxima presión se manifiestan en el 1º y 5º dedo, así como, en el dorso de los dedos medios cuando sufren una deformidad digital en garra o en martillo. La evolución continúa con la alteración estructural del pie debido a la neuropatía motora, que provoca un desbalance de la musculatura. Aparecen los dedos en martillo y el desplazamiento anterior de la almohadilla grasa plantar.

Estas deformidades ortopédicas condicionan la aparición de prominencias óseas que se comportan como puntos de hiperpresión en los que se producen callosidades o durezas y posteriormente una pérdida de continuidad de la piel dando lugar a la úlcera neuropática. La neuropatía autónoma disminuye la sudoración del pie y produce una piel seca y con intensa hiperqueratosis y grietas que constituyen puertas de entrada a la infección. La afectación de los nervios simpáticos, descrita frecuentemente como una "autosinpatectomía", ha sido implicada en el pie de Charcot[6].

- ***Enfermedad vascular periférica: macroangiopatía y microrangiopatía:*** La macroangiopatía diabética se caracteriza por lesiones arterioescleróticas en los distintos territorios arteriales con preferencia por las arterias situadas por debajo de la rodilla y por la femoral profunda; suelen respetar las arterias del pie, por tanto, podemos palpar en un diabético pulso poplíteo estando ausentes los distales. Otra característica es la calcicosis de la capa media o esclerosis de Mönckeberg que se manifiesta por el depósito de calcio en la capa media arterial. Este hallazgo no provoca lesiones estenosantes. La microangiopatía se caracteriza por un engrosamiento de la membrana basal de los capilares que podría dificultar la migración leucocitaria hacia el sitio de la infección y la respuesta hiperémica frente a la lesión[6].

Las úlceras de pie diabético se caracterizarán según si su etiología es neuropática, isquémica o neuroisquémica:

- ***Úlcera neuropática:*** Se localizan siempre en zonas de presión y roce. Las más frecuentes son bajo la cabeza de los metatarsianos, en el borde interno del primer dedo y en el dorso de los dedos medios. Se acompañan generalmente de hiperqueratosis. Presentan un fondo sonrosado que sangra con facilidad.
- ***Lesiones isquémicas:*** Se localizan tradicionalmente en las zonas periféricas del pie como puntas de los dedos, espacios interdigitales, zonas laterales del primer, quinto metatarsiano y perímetro del talón, a veces iniciándose como una fisura o grieta a este nivel, al contrario que las neuropáticas, éstas no tienen por qué encontrarse en zonas de roce o presión.
- ***Lesiones neuroisquémicas:*** Confluyen características neuropáticas como isquémicas[4].

3.4 Úlcera de etiología hipertensiva:

Lesiones de origen vascular, isquémicas, relacionadas con complicaciones vasculares de la hipertensión arterial sistémica. Se trata de una úlcera de la extremidad inferior de etiología hipertensiva cuando afecta a personas con historia clínica evolucionada de hipertensión arterial diastólica. No es una complicación habitual de la hipertensión, pero puede llegar a ser muy incapacitante. Fue descrita por primera vez por Fernando Martorell en 1945. Un año más tarde Faber y Hines, en Estados Unidos, confirmaron los signos clínicos; por ello, puede aparecer designada como “úlcera de Martorell” o “úlcera de Martorell-Faber”[4].

Es difícil aportar cifras exactas de prevalencia, pues los estudios son precarios y escasos. No obstante, se acepta que constituyen entre el 3 y 4% de todas las úlceras de la extremidad inferior. Destacan la mayor prevalencia en el sexo femenino respecto al masculino, en una proporción de 24 a 1, a partir de los 65-70 años. A este respecto, algunos autores hablan de una prevalencia del 15 al 18% en mujeres con evolución de HTA de más de 25 años. Es absolutamente excepcional que afecte a personas jóvenes[1].

Su base fisiopatológica es la afectación arteriolar reactiva a la hipertensión arterial de larga evolución. En la histopatología aparece hipertrofia uniforme de las arteriolas y su obstrucción por acúmulos de fibrina, con hipertrofia nuclear en las células del endotelio e hiperplasia basal[4].

Su singularidad clínica, morfológica y evolutiva nos permite diferenciarla del resto de las úlceras de la extremidad inferior:

- ***Localización:*** Cara lateral externa del tercio inferior de la extremidad suprameleolar.
- ***Morfología:*** Bordes planos, irregulares e hiperémicos.
- ***Lecho ulceral:*** Componente elevado de fibrina. Tejido periulceroso: indemne o con infartos cutáneos lacunares.
- ***Dolor:*** intenso, constante, punzante, en todas las posiciones y que se agrava en posición de decúbito. Pulsos tibiales positivos . I T/B > 0,75.

A menudo, se observan infartos cutáneos en la extremidad contralateral en la misma localización. Entre un 30 y un 50% de las pacientes desarrollan una úlcera en la extremidad contralateral en los 5 años siguientes al diagnóstico de la primera.

La presencia de estos signos y síntomas en una persona mayor de 55 años, con historia de HTA de más de 10 años de evolución, sugiere una orientación diagnóstica hacia este tipo de úlceras (valor predictivo positivo del 90-95%). Su patrón de cronicidad suele ser muy elevado, probablemente como consecuencia de la dificultad para aplicar cuidados locales apropiados debido al intenso dolor[4].

La úlcera de Martorell no tiene un tratamiento específico que haya demostrado eficacia, tanto en su rápida resolución como en evitar su recidiva. Se recomienda la indicación de la simpatectomía lumbar en aquellas úlceras de etiología hipertensiva en las que transcurridas 8 semanas del tratamiento local presenten una ratio de epitelización < 10% y/o su crecimiento en este periodo se sitúe en un 10% superior al área basal y/o no se haya conseguido una terapéutica efectiva sobre el dolor. El 80% de los pacientes sometidos a esta técnica reduce o elimina el dolor de forma inmediata. Su efectividad sobre el proceso de cicatrización de la úlcera es menos demostrable[4].

4. CONSEJOS NUTRICIONALES Y DIETÉTICOS

Muchas de las recomendaciones de ingesta de determinados nutrientes en pacientes con úlceras están basadas en el conocimiento de la fisiología y el metabolismo de éstos y su posible efecto sobre el proceso de cicatrización. Así, ya se ha mencionado la importante consideración que se da al estado nutricional en la prevención y tratamiento de las úlceras y heridas. Sin embargo, cuando prestamos atención a las intervenciones nutricionales, ya sea con la dieta o con algún nutriente específico, para prevenir y/o tratar las heridas, los estudios son escasos[7].

4.1 Recomendaciones según nutrientes, tipo de herida y patología de base:

Todo el proceso de cicatrización incurre en coste energético, de modo que el equilibrio energético general es el que dicta el resultado clínico. Una sub-alimentación prolongada comprometerá el sistema inmune, exacerbará la pérdida funcional y física del músculo y reducirá los niveles de proteínas viscerales; contribuyendo a un retraso en la cicatrización. Inversamente, un exceso de energía desembocará en problemas metabólicos de hiperglucemia, hipertriglicemia, esteatosis hepática e hipercapnia. El ***objetivo nutricional*** irá encaminado a permitir un modesto exceso de energía con el fin de restaurar la pérdida de tejidos, mientras se mantiene un correcto control glucémico[8].

La diabetes tipo 2 y el síndrome metabólico son situaciones comunes en las personas obesas. La hiperglucemia aumenta el riesgo de infección de las heridas y retrasa la cicatrización. Del mismo modo, se asocia con peores resultados clínicos, aumentando el riesgo de bacteriemia y fungemia local y sistémica. La hiperglucemia crónica, además, puede alterar el transporte de vitamina C al interior de las células, incluyendo leucocitos y fibroblastos e inhibe la formación de fibroblastos.

En cambio, un paciente con bajo peso requiere que se restaure su peso corporal y la grasa subcutánea para proporcional alivio a la presión ejercida a los tejidos subyacentes que están sobre prominencias óseas. En el caso de pacientes con sobrepeso y obesidad, el objetivo será el control del peso. El exceso de peso también aumenta el riesgo de úlceras por presión por una mayor presión sobre los tejidos y por la movilidad más reducida en estos pacientes.

Por lo tanto, los requerimientos de energía variarán con las características de cada persona, no obstante, algunas situaciones nos pondrán en alerta para tener en consideración necesidades aumentadas, por ejemplo: la severidad, el número y el tamaño de la herida, la edad, co-morbilidades asociadas y el nivel de actividad[7].

- ***Ingesta de Proteínas:*** La deficiencia de proteínas afecta negativamente a la cicatrización de heridas por "embotamiento" de la respuesta fibroblástica, la neo-angiogénesis, la síntesis de colágeno y los procesos de remodelación de la herida. Un balance negativo de nitrógeno es poco probable con heridas pequeñas y discretas, pero es motivo de preocupación en las heridas con altos volúmenes de exudado. Un objetivo mínimo de proteínas es de ***1-1,5 g/kg/día***. Un aporte proteico suficiente en la dieta optimiza la curación de heridas, aunque también disponer de éstas en exceso no alivia el catabolismo[7].

- ***Ingesta de ácidos grasos:*** Los ácidos grasos son un componente esencial de las membranas celulares y pueden influir en la reparación de tejidos y en la curación de las heridas a través de su potencial para influir en las vías inflamatorias. Los ácidos grasos omega-3 disminuyen la producción de citoquinas inflamatorias y los eicosaniodes por vías directas (por la sustitución de ácido araquidónico pro-inflamatorio como sustrato y por la inhibición de su metabolismo) y por medios indirectos (a través de la alteración de la expresión génica mediante un factor que influye en la activación de la transcripción)[7].

- ***Ingesta de líquidos:*** La perfusión adecuada del tejido de la herida es esencial para el suministro de fluidos y nutrientes y mantener las defensas inmunitarias. La deshidratación es un factor de riesgo importante para el desarrollo de las úlceras por presión. La piel se vuelve inelástica, frágil y más susceptible a la rotura. Los pacientes mayores debilitados son particularmente vulnerables a la deshidratación y, voluntariamente, pueden disminuir la ingesta de líquidos para controlar la incontinencia urinaria, lo que aumenta el riesgo de úlceras por presión, vasculares e isquémicas.
- ***Ingesta de micronutrientes:*** Los micronutrientes con capacidad de prevenir o atenuar el daño peroxidativo, normalmente producido por los radicales libres, potencialmente puede mejorar la cicatrización de heridas. Estos incluyen las vitaminas A, C y E, zinc, selenio y magnesio. La deficiencia de micronutrientes clave alterará los procesos normales de la cicatrización, pero se pueden corregir con suplementación.

- ***Vitamina A:*** Promueve la cicatrización por el aumento en la diferenciación de los fibroblastos, la síntesis de colágeno, aumento de las fuerzas de tensión en la herida y reducción de la infección[7].
- ***Vitamina C:*** Es un antioxidante, cofactor de enzimas y un reductor químico importante para la cicatrización de heridas. Es un cofactor esencial en la síntesis de colágeno y en el mantenimiento del sistema inmune. Es importante, incluso después de la cicatrización, ya que en esta fase las lesiones son más metabólicamente activas y las cicatrices pueden volver a romperse en estado de carencias de vitamina C, por lo que la dosis diaria no debería ser inferior a 1 gr.
- ***Vitamina E:*** Tiene tanto propiedades anti-inflamatorias como antioxidantes. Se considera beneficiosa en el control de la respuesta aguda a una lesión, y es esencial para la estabilidad de las grasas dentro de la membrana celular.

- ***Vitamina K:*** Se requiere como cofactor para los factores de la coagulación y se produce, normalmente, por las bacterias del intestino grueso. Si un paciente tiene alguna situación en la que la producción endógena se vea limitada, esto puede llevar a deficiencias, lo que puede derivar en sangrados no controlados y retrasos en la cicatrización[7].
- ***Zinc:*** Es un cofactor de muchos sistemas enzimáticos implicados en el metabolismo de los macronutrientes. La deficiencia de zinc está asociada con retraso en la cicatrización de heridas a través de la discapacidad en la proliferación de fibroblastos, la tasa de epitelización, y la síntesis de colágeno.
- ***Hierro:*** Es necesario para la hidroxilación de la prolina y la lisina en la síntesis de colágeno. La anemia severa puede retrasar la curación por varias vías: circulación periférica reducida y mala oxigenación de la herida, además, se produce una disminución de la acción bactericida de los leucocitos[7].

- ***Cobre:*** Es un importante nutriente para la cicatrización. Es un cofactor de muchas enzimas, incluyendo la lisil-oxidasa que está implicada en el enlace cruzado entre la elastina y el colágeno. Si se sospechan deficiencias, deberían confirmarse mediante análisis para no superar el nivel máximo permitido de 10.000 microgramos/día.
- ***El ácido alfa-lipoico (ALA):*** Se encuentra en pequeñas concentraciones en células vegetales y animales, en forma de su enantiómero R, como sustancia de origen natural. El ácido alfa-lipoico, revelado originariamente como factor de crecimiento, actúa fisiológicamente en medios de hidrófilos y lipófilos como coenzima de la descarboxilación oxidativa de ácidos alfa cetocarboxílicios. Además este ácido sirve para la regeneración de la vitamina C, vitamina E, glutatión y coenzima $Q10^{7}$.

5. CONCLUSIONES

El tratamiento de las úlceras debe ser integral, tratando las causas, el huésped y el macro y microambiente de la herida. Dentro de los elementos a considerar es el estado nutricional de los pacientes, detectando la desnutrición. En esas circunstancias hay que manejar adecuadamente a los pacientes y ver la necesidad de realizar apoyo nutricional.

Ante enfermedades crónicas, tratamientos inmunosupresores, estrés y malnutrición, los tiempos son mayores, ya que las etapas del proceso de curación no se suceden en forma sincronizada, con mayor duración de la fase inflamatoria.

La malnutrición contribuye al riesgo incrementado de desarrollo de úlceras, alteración en la curación, dehiscencia de la herida y susceptibilidad a la infección. El manejo apropiado debería integrar un adecuado control de la herida, intervención nutricional, ejercicio moderado y terapias para prevenir/tratar infecciones.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Verdú José, Marinel-lo Josep, Armans Esther, Carreño Pedro, March José R, Soldevilla Javier. Conferencia nacional de consenso sobre úlceras en la extremidad inferior. C.O.N.U.E.I: EdikaMed S.L.; 2009.

2. Otero González Gabriela, Agorio Norstrom Caroline, Martínez Asuaga Miguel. Úlceras de miembros inferiores. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes asistidos en la unidad de heridas crónicas del Hospital de Clínicas. Rev. Méd Urug. 2012; 28(3): 182-189.

3. Fornes Pujalte Begoña, Sierra Talamantes Concepción, Palomar Llatas Federico. Úlceras cutáneas en extremidades inferiores por enfermedades autoinmunes. Enfermería dermatológica. 2012; 17: 14-22.

4. Allué Gracia M.A, Ballabriga Escuer M.S, Clerencia Sierra M, Gállego Domeque L, García Espot A, Moya Porté M.T. Heridas Crónicas: Un abordaje Integral. Huesca: Colegio Oficial de Enfermería de Huesca; 2012.

5. Rodríguez Peralto J.L, Satz A, Ortiz P. Úlceras venosas y arteriales. En: Herrera Ceballos Enrique, Moreno Carazo Abelardo, Requena Caballero Luis, Rodríguez Peralto José, coordinadores. Dermatología: Correlación clínico-patológica. 1ª ed. Barcelona: Área Científica Menarini; 2007. p. 621-626.

6. Mompeán Olivia F. Pie diabético: Fisiopatología. En: Dr. Mompeán Olivia F, Dra. Manjón Collado M, coordinadores. Documentos Clínicos de Interés. Diagnóstico, tratamiento del pie diabético, úlceras por presión y úlceras venosas. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Osuna: Hospital Universitario Virgen Macarena y Área; 2003. p. 10-16.

7. Verdú J, Perdomo E. Nutrición y Heridas Crónicas. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 12. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño; 2011.

8. Verdú J, Perdomo E. Importancia de la nutrición en el proceso de cicatriación de las úlceras. Ácido alfalipoico. La opinión de los expertos 2010, 48:21-24.

TEMA 20. ¿ES LO MISMO EUTANASIA QUE SEDACIÓN PALIATIVA? UNA PERSPECTIVA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. PARTE I

CRISTINA TUDELA BLAYA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN
OBJETIVOS
MARCO TEÓTICO:
- **DEFINICIONES Y CONCEPTOS**
- **CONCEPTO DE EUTANASIA**
- **CONCEPTO DE SEDACIÓN PALIATIVA**
- **DISTINCIÓN ENTRE EUTANASIA Y SEDACIÓN PALIATIVA.**

BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

La distinción entre eutanasia y sedación paliativa, es una cuestión difícil de abordar, debido en gran medida al paralelismo existente en ambos casos. La distinción radica en tres puntos claves que más adelante detallaré, así como diferencias en las dosis de fármacos para llevar a cabo un procedimiento u otro.

El ordenamiento jurídico español, no contempla la eutanasia como un derecho, sin embargo, sí contempla la sedación paliativa como instrumento de los cuidados paliativos.

La línea que separa tales procedimientos, tanto a nivel material (dosis de fármacos), como ética y legalmente, es sin dudarlo controvertida.

La posición que deja a los profesionales sanitarios de incertidumbre, hace necesario que los Comités Éticos lleven a cabo la resolución de los casos.

La visión utilitarista que se está dando en la actualidad, como forma de ver el término de la vida, así como la pérdida de los valores éticos en la sociedad, pone los procedimientos sanitarios en cuestión, así como la vulneración de derechos fundamentales en algunos países.

En éste trabajo detallaremos cuales son las diferencias, así como la contemplación en el ordenamiento jurídico español. Y una breve mención del estado de la cuestión a nivel nacional e internacional.

Los profesionales sanitarios de los centros sanitarios de Atención Primaria abordan el significado de una manera que a continuación mostraremos en dicho trabajo.

OBJETIVOS

- Definir la eutanasia y la sedación paliativa por los organismos públicos pertinentes.
- Profundizar en la diferenciación que dan los diferentes autores al respecto, así como las diferentes dosis y fármacos que resultan de importancia para su diferenciación.
- Definir el principio de doble efecto y su relación con la eutanasia pasiva.
- Determinar la actuación de los profesionales sanitarios y los Comités éticos ante la presentación de dichos casos.

- Legislación nacional e internacional al respecto.
- Establecer los aspectos éticos de la sedación paliativa.
- La dignidad humana ante tales procedimientos.
- Se trata de un tema de interés en la actualidad, pues muchos profesionales sanitarios dudan sobre su actuación al respecto, por lo que supone una relevancia dicho tema.
- Establecer los criterios éticos y del conocimiento científico de los profesionales sanitarios de Atención Primaria.

MARCO TEÓRICO

Definiciones y conceptos.

Antes de establecer la diferencia entre eutanasia y sedación paliativa, es conveniente definir ambos conceptos para dar paso al objeto de dicho trabajo.

- Concepto de eutanasia.

- La eutanasia, según el Diccionario de la Real Academia Española[1], es la *"intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura".*

- Concepto de sedación paliativa.

Según el Comité de Ética de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) [2], se entiende por sedación paliativa:

"La administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficiente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima con su consentimiento explícito o delegado".

Dentro de la sedación paliativa, podemos encontrar un tipo específico de ésta, que es la sedación terminal.

Dichos conceptos se distinguen en que, la sedación terminal se utiliza exclusivamente en el periodo de agonía, y se administra de manera continua. Mientras que la sedación paliativa puede administrarse tanto de manera intermitente como continua.

- Diferencia entre eutanasia y sedación paliativa.

1. Intencionalidad, proceso y resultado.

La distinción principal entre eutanasia y sedación paliativa es la intencionalidad, el proceso y el resultado.

En cuanto a la intencionalidad, hace referencia a la intención o propósito que se consigue con tal procedimiento. En el caso de la sedación paliativa, la intención es aliviar el sufrimiento de un paciente frente a unos síntomas determinados por medio de la administración de ciertos fármacos sedantes.

Mientras que la intención de la eutanasia es provocar la muerte del paciente. Es la eliminación de la vida física.

En cuanto al proceso, éste es el punto más importante, pues establece la diferencia clara y precisa en lo que se diferencias los dos procedimientos.

En la sedación paliativa, la dosis y fármacos utilizados, se ajustan a la respuesta del paciente frente al sufrimiento, implicando una evolución del proceso de dicho tratamiento. Todo debe quedar registrado en la historia clínica.

En la eutanasia, las dosis y la combinación o no de los fármacos, implica una combinación letal, produciéndose una muerte rápida.

Y por último el resultado. En la sedación paliativa, el resultado o respuesta con éxito es que el sufrimiento haya desaparecido, o aliviado. En la eutanasia, el resultado esperado es la muerte[3].

Podemos considerar, por tanto, que los motivos por los que se diferencia la eutanasia y la sedación paliativa son éstos tres.

Sin embargo, no resulta tan evidente poder diferenciarlas, debido a que algunos estudios indican que el periodo que va desde la instauración de los fármacos en la sedación paliativa hasta la muerte del paciente, se acorta. Es decir, se acorta la vida del enfermo tras la administración de dichos fármacos.

No existen estudios concluyentes que demuestren que los fármacos en la sedación paliativa reduzcan o acorten la vida del paciente. Parece éticamente inmoral, hacer un experimento con el objetivo de demostrar tales efectos, si con ello provoca el sufrimiento y agonía de personas implicadas.

BIBLIOGRAFÍA

1.Diccionario de la Lengua Española. Real Academia de la Lengua. Edición vigesimotercera. Madrid. 2014.

2. Comité de Ética de la SECPAL. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos [Libro electrónico]. Madrid S.I: Diariomedico.com, 2002.

3. González Takieldin. M.A. MEDPAL, interdisciplina y domicilio. 2018. 29-31.

TEMA 21. ENFERMEDAD DEGENERATIVA ARTICULAR: ARTROSIS

MARÍA VIRTUDES LÓPEZ AYALA

CLAUDIA PATRICIA FORERO FORERO

LAURA CARMONA HERRERÍAS

ÍNDICE

-INTRODUCCIÓN
-CAUSAS
-SINTOMATOLOGÍA DE LA ARTROSIS
-DIAGNÓSTICO
-CUIDADOS DE ENFERMERÍA
-BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La artrosis es una enfermedad degenerativa articular con mayor repercusión en la capacidad funcional de las personas mayores, puede dañar la región lumbar, zona cervical, caderas, rodillas y dedos entre otras zonas.

Aparece principalmente a partir de los 40 años, algunas veces la sintomatología de la artrosis y del envejecimiento articular son similares.

Esta enfermedad también puede manifestarse en articulaciones afectadas por sobreuso dilatado, por la realización de ejercicios intensivos de deportes o actividades reiteradas con sobreesfuerzo articular, obesidad, infección o enfermedad reumática anterior.

La artrosis produce intensos dolores, rigidez y un profundo deterioro de la movilidad.

CAUSAS

La artrosis se inicia cuando se degenera el cartílago articular. La causa que provoca la artrosis se clasifica en dos tipos:

-Artrosis primaria: se caracteriza por un desgaste anormal y daño en el cartílago. No se conoce la causa exacta que lo origina, aunque se aprecia que aparece durante la vejez.

-Artrosis secundaria: este tipo aparece con más frecuencia y se produce por una rotura del cartílago, originada en causa concreta, independiente del proceso de envejecimiento.

CAUSAS

Este tipo de artrosis secundaria puede estar originada por; alteraciones bioquímicas del cartílago, carga excesiva en las articulaciones, lesión articular por un accidente, movimientos reiterativos, inflamación de la articulación, por herencia genética y también suele aparecer en la mujer en periodo de menopausia alrededor de los 50 años, aumenta el riesgo de la enfermedad, principalmente en zonas como rodillas, manos, caderas y columna vertebral.

SINTOMATOLOGÍA DE LA ARTROSIS

La artrosis provoca un grupo variado de síntomas. La peculiaridad de esta enfermedad hace que entre pacientes con los mismos hallazgos radiográficos uno no sienta secuelas y otros padezcan síntomas graves. Hasta que el paciente sufre sus consecuencias, este trastorno puede pasar desapercibido, debido a su inicio sutil y progresivo.

Los principales síntomas los componen el dolor, rigidez y calor articular, dificultad para moverse, crujidos articulares y deformidad. Una consecuencia más que un síntoma, es la incapacidad funcional en casos graves.

SINTOMATOLOGÍA DE LA ARTROSIS

Los indicios de la enfermedad van apareciendo de manera gradual, conforme esta avanza. El primer signo de artrosis lo genera el dolor, acompañado al movimiento y desapareciendo con el reposo, pero con el tiempo se instaura en la vida del afectado de forma continua y empeora con el ejercicio, después mantener las articulaciones en inactividad largo tiempo o en la misma posición puede surgir rigidez matutina o al iniciar un movimiento. También puede afectar el dolor a los músculos que rodean la articulación provocando una sensación de cansancio y debilidad. Estos efectos se pueden paliar en parte con un ejercicio moderado continuo y progresivo, combinado con la realización de masajes por un especialista.

DIAGNÓSTICO

Las primeras etapas de la artrosis pueden no percibirse hasta la aparición de síntomas, cuando surge el dolor generalmente espontáneo en las articulaciones se empieza a sospechar la presencia de artrosis.

- Estudios radiográficos: aumento de la densidad radiográfica del hueso subcondral, si se forman osteófitos alrededor de las articulaciones

- Estudios de laboratorio: los análisis de sangre se realizan para desechar causas de origen reumático como la artritis. El análisis de liquido sinovial ofrece las características del liquido articular de artrosis, informando si existe infección

DIAGNÓSTICO

- Pruebas reumáticas negativas: hay que descartar la posible existencia de otras enfermedades reumática: espondilitis anquilosante, espondiloartropatías, etc. Cuando se detecta artrosis en articulaciones no afectadas, se debe sospechar de otras causas etiológicas como; trastornos neoplásicos en hueso, alteraciones metabólicos y endocrinos.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La educación sanitaria es esencial para llevar el conocimiento por parte del individuo, las características de la enfermedad degenerativa, para que de esta manera se conciencie de la necesidad de tomar una serie de medidas dirigidas a conseguir un estado físico mejorable.

-Actividades diarias: debe aprender el paciente a sentarse adecuadamente, a cambiar a menudo de posición, cuidar su peso, a dormir, baños calientes para relajar la articulación, etc.

-Rehabilitación: para ello, hay que valorar la fase y la intensidad de las articulaciones tisulares , el número de articulaciones afectadas, el ritmo del dolor y también atendiendo al estilo de vida del enfermo.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Un reposo de 4-6 horas diarias resulta fundamental para rehidratar el cartílago junto con el ejercicio y uso cuidadoso de la articulación.

-Practica de ejercicios: la actividades física periódica ayuda de manera satisfactoria sobre los cartílagos articulares, manteniendolos sanos, con un grado adecuado de movilidad y también refuerza los tendones y músculos. No se recomienda ejercicios violentos e intensos, los ejercicios adecuados son los paseos, gimnasia suave, bicicleta, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

-Medidas dietéticas: se debe moderar el consumo de todos aquellos alimentos que hacen ganar peso (grasas de origen animal, sal, azúcar, bollería industrial...) para prevenir el sobrepeso y rebajar la carga sobre las articulaciones con artrosis.

Existen una serie de alimentos que favorecen a los pacientes con artrosis; zahahoría, verduras de hoja verde, apio crudo, jengibre, salmón, sardina.

-Otras medidas: la aplicación de frío y calor para aliviar el dolor. También la acupuntura suele tener buenos resultados.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

De manera general, se puede afirmar que no existe ningún tratamiento en la actualidad totalmente eficaz, siendo dirigidos a los cuidados de prevención y la contención del curso de la enfermedad. La eficacia de las medidas adoptadas depende del grado de incapacidad y alteración funcional provocada por la artrosis.

BIBLIOGRAFÍA

1.Osteoartritis de rodilla (Knee Osteoarthritis) - OrthoInfo - AAOS [Internet]. Orthoinfo.aaos.org. 2018 [cited 20 June 2018].

2.Marquez Arabia J.J et al. Artrosis y actividad física. Scielo. 2014;28(1).

3.Harrison. Enfermedad articular degenerativa. Principios de medicina interna.Vol 2. Interamericana, McGraw-Hill.

4.Brandt K, Dieppe P, Radin E. Etiopathogenesis of Osteoarthritis. Pubmed. 2018.

5. Lozano J.A. Sintomatología y tratamiento de la artrosis.Elservier. Vol. 22. Núm. 2. Febrero 200;22:75-82.

BIBLIOGRAFÍA

6. Sánchez Martín M.M. Artrosis. Etiopatogenia y tratamiento. Dialnet. 2 de Mayo de 2013. Valladolid; 50: 181-203.

7.Peña Arreola A. Papel de ejercicio físico en el paciente con artrosis.Dialnet. Rehabilitación: Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, Vol. 37, Nº. 6, 2003, págs. 307-322.

TEMA 22. TÉCNICA DE ESPIROMETRÍA

MARTÍN IGLESIAS VILANOVA

RICARD CONDE TORRES

MIGUEL ÁNGEL CARREIRO ALONSO

ÍNDICE

- Definición
- Importancia de la espirometría
- Indicaciones
- Contraindicaciones
- Procedimiento
- Bibliografía

IMPORTANCIA DE LA ESPIROMETRÍA…

Prueba diagnóstica prueba de la función pulmonar que mide los volúmenes y flujos respiratorios del paciente, esto es, la capacidad para acumular aire en los pulmones y la capacidad para moverlo.

Accesible y barata

Pueden ser:

Espirometría simple

Espirometría forzada

INDICACIONES

- Diagnóstico y seguimiento de pacientes con enfermedades respiratorias.
- Evaluación de respuestas terapéuticas
- Valoración preoperatoria
- Resolución de incapacidades laborales de origen respiratorio
- Valoración para el ejercicio físico
- Deshabituación tabáquica

CONTRAINDICACIONES

Absolutas

- Inestabilidad hemodinámica
- Embolismo pulmonar (hasta ACO correcta)
- Neumotórax reciente (2 semtras reexpansión)
- Hemoptisis aguda
- Infección respiratoria activa
- IAM reciente (7 días)
- Angina inestable
- Aneurisma de aorta torácica que ha crecido o >6cm
- HTIC
- Desprendimiento agudo de retina

CONTRAINDICACIONES

Relativas

- Niños menores de 5-6 años
- Pacientes confusos o demenciados
- Qx abdominal o torácica reciente.
- Qx cerebral, ocular u orl reciente
- Diarrea o vómitos agudos.
- Crisis HTA
- Problemas bucodentales o faciales que impidan o dificulten la sujeción de la boquilla

LO NECESARIO

- Una habitación específica
- Jeringa de calibración
- Medición antropométrica del paciente: Báscula y tallímetro
- Medición de las condiciones atmosféricas: Termómetro ambiental, barómetro e higrómetro.
- Silla para el paciente: Mejor con respaldo (espalda recta)
- Pinza nasal: evita que se escape el aire.
- Boquilla desechable o esterilizable: no deformable
- Espirómetro
- Broncodilatadores de acción corta (para llevar a cabo el test de broncodilatación)

PROCEDIMIENTO

- Introducir variables: antropométricas y ambientales, edad, sexo y factor étnico.
- Adoptar la postura correcta: Sentado, con la espalda recta, sin cruzar las piernas y sin ropas ajustadas, con pinza nasal que evite que se escape el aire, y sin otros elementos que obstruyan (dentaduras postizas). Se suele recomendar que el técnico mantenga una mano sobre el pecho del paciente, para que no adelante el cuerpo de manera inconsciente durante la espiración
- Llevar a cabo una inspiración máxima no forzada, con una pausa post–inspiración de duración mínima, no más de 1 – 2 segundos.

PROCEDIMIENTO

- Colocar la boquilla entre los labios, cerrándolos bien alrededor de ella.
- Realizar una espiración máxima forzada, que se prolongará hasta exhalar por completo de forma constante, durante un mínimo de 6 segundos.
- Desechar los resultados obtenidos de manera indebida (maniobra demasiado corta, detenida bruscamente, con tos o inhalaciones durante el transcurso de la espiración, etc.).
- Se concluye la prueba cuando se dispone de tres resultados válidos (curvas técnicamente satisfactorias) y dos reproducibles (la diferencia en el FEV1 y la FVC de las tres curvas es inferior al 5% o 100 ml, lo que sea mayor de los dos)

BIBLIOGRAFÍA

- Romero de Ávila Cabezón G, Gonzálvez Rey J, Rodríguez Estévez C, Timiraos Carrasco R, Molina Blanco A, Galego Riádigos I et al. Las 4 reglas de la espirometría. Cad Aten Primaria 2013; 20: 7-43.
- García-Río F, Calle M, Burgos F, Casan P, del Campo F, Galdiz J et al. Espirometría. Arch Bronconeumol 2013;49(9):388-401.

TEMA 23. EL ESTRÉS Y SUS EFECTOS EN EL EMBARAZO

MOISÉS ORTIZ ARRÉS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVO
- MÉTODO
- PALABRAS CLAVE
- RESUMEN
- DISCUSIÓN O CONCLUSIÓN
- REFERENCIAS

INTRODUCCIÓN

Durante el periodo prenatal los órganos y sistemas que se están formando en el feto son susceptibles de ser influenciados para organizarse y desorganizarse a través de los niveles hormonales y enzimáticos de la madre..

EL 10-20% de todas las embarazadas sufren estrés, depresión y/o ansiedad. Lo cuál conlleva un aumento del nivel de Cortisol en la madre que tendrá sus repercusiones en esta organización y maduración fetal.

Por la gravedad y complejidad de los pacientes con esta terapia, es necesario conocer las complicaciones que pueden surgir durante el tratamiento, ya que la manipulación de este sistema al tratarse de un sistema extracorpóreo que utiliza altas presiones, puede dar lugar a graves consecuencias.

Debido a esto, el personal de enfermería debe estar preparado para reconocerlas y tratarlas precozmente para la mejora de la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

OBJETIVO

Conocer las consecuencias neonatales que pueden tener los estados maternos ansioso-depresivos y/o estrés en el embarazo.

MÉTODO

Revisión bibliográfica y sistemática de artículos científicos en diferentes buscadores: SCIELO, Cochrane-Plus, Pubmed-MedLine, Cuiden, Google Académico.

Criterios de Inclusión: Idioma: Español e Inglés. . Búsqueda realizada en Mayo de 2018. Años de Búsqueda (2010-2018)

PALABRAS CLAVE

ESTRÉS; ANSIEDAD; EMBARAZO; CORTISOL;

RESUMEN

Los niveles de Cortisol son importante para la maduración y desarrollo normal del sistema nervioso central, durante la etapa fetal. El estrés, ansiedad y/o depresión en el embarazo, activan el sistema de estrés, elevando los niveles cortisol maternos, que pasan al feto.

El cortisol materno durante la gestación, van a predecir las respuestas fisiológicas y de comportamiento infantil al estrés.

Estudios fisiológicos han demostrado que existe relación entre el estrés y el parto prematuro, así como los episodios de violencia en el embarazo están asociados con bajo peso en el recién nacido, ya que altos niveles de cortisol inhiben el crecimiento uterino.

Desde el punto de vista fisiológico, esto se explica debido a que el estrés, la ansiedad y/o depresión en la madre pueden desencadenar unos cambios hormonales a nivel de los niveles de Cortisol, los cuales a su vez tienen una serie de consecuencias más que probadas como son:

- Contracciones uterinas
- Alteración y restricción temporal de oxígeno al feto.
- Alteración de la circulación placentaria.
- Alteraciones de la cifra tensional maternal.
- Alteración del ciclo circadiano maternal.
- Alteración de hábitos de alimentación maternal.
- Interferencia con la utilización calórica materno-fetal.
- Interferencia en la respuesta inmune fetal.

Además de todo lo anterior, a nivel personal, también estas alteraciones por estrés pueden desembocar en situaciones en una alteración del estado de ánimo de la madre que finalmente si no recibe y percibe el apoyo y tratamiento necesario puede desencadenar en un posterior Síndrome Depresivo Puerperal, el cuál también puede tener repercusiones sobre la evolución y desarrollo del recién nacido.

Todo esto se refleja en numerosos estudios, así como la relación existente entre la ansiedad, depresión y/o estrés durante el embarazo y la pre-eclampsia.

DISCUSIÓN O CONCLUSIÓN

Hay evidencia de que altos niveles de estrés psicosocial prenatal y el cortisol materno prenatal se asocian con comportamientos temerosos y reactivos en la descendencia, al verse alterada la regulación circadiana de los niveles de cortisol en el recién nacido.

Ya que la evidencia de la repercusión del estrés en el embarazo es notable. Es importante psico-educar educar a las gestantes.

Se les debe de explicar la importancia de llevar una vida tranquila y sana durante este periodo, ya que es fundamental el aspecto psicológico de la gestante.

REFERENCIAS

I. Pregnancy Outcomes after a Maternity Intervention for stressful emotions (PROMISES):study protocol for a randomised controlled trial. J L Meijer, C LH Bockting, Ch Beijers, T Verbeek, A D Stant, J Ormel, R P Stolk, P de Jonge, M G van Pampusa and H Burger. Trials 2011, 12:157
II. Prenatal Maternal Stress Programs Infant Stress Regulation. E P Davis, L M Glynn, F Waffarn, and A Curt, Sandman. J Child Psychol Psychiatry. 2011 February; 52(2): 119–129.
III. JADRESIC, Enrique. Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 2010, vol. 48, no 4, p. 269-278.

TEMA 24. BUEN MANEJO DE LOS INHALADORES POR PARTE DE ENFERMERÍA

ISABEL GALLARDO GARCIA

RAQUEL PARDO SALAMANCA

EVA MARIA BLANCO LOPEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. METODOLOGÍA
4. RESULTADOS
5. CONCLUSION
6. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCION

El uso de los inhaladores es una de las actividades diarias que la enfermería realiza. Es una de las vías de administración de fármacos; en forma de aerosol, incorporándose el medicamento al aire inspirado para llegar a las vías respiratorias. El personal de enfermería debe tener conocimientos de las técnicas y de los diferentes tipos de dispositivos de inhalación empleadas. Para ofrecer a los pacientes una mejora de la aplicación del medicamento.

2. OBJETIVO

El objetivo es saber el nivel de conocimientos tanto teóricos como prácticos que posee el personal de enfermería sobre los sistemas de inhalación.

3. METODOLOGIA

Se ha realizado una revisión bibliográfica con la búsqueda en base de datos como pubmed, medline, Cochrane Plus y IBECS acerca de los diferentes dispositivos inhaladores y su uso por parte del personal de enfermería. Consulta de artículos sobre educación de enfermería en relación al manejo de inhaladores, así como de las medidas de evaluación de la misma. Dichos estudios han sido elegidos entre los publicados desde el 2006 hasta la actualidad.

PALABRAS CLAVES: Tratamiento, enfermería, inhaladores.

4. RESULTADOS

Según los estudios revisados se ha comprobado que un 84,6% tenía conocimientos previos. Tras demostración práctica el 71,2% realizaban incorrectamente alguno de los pasos. Algunos de los errores que se cometen con más frecuencia, en el uso de los inhaladores han sido; no efectuar espiración lenta y profunda (18,2%); el no aguante de la respiración durante unos 10 segundos (19,4%), antes de la siguiente inhalación la no espera de unos 30 segundos (18,5%) y realización de varias pulsaciones (15.1%).

5. CONCLUSION

De los resultados obtenidos se deduce que la mayoría de los profesionales poseen conocimientos sobre inhaladores; pero al llevarlos a la práctica se cometen errores, los cuales se evitarían con la implementación y reforzamiento de los programas de formación continuada.

Es importante que el personal posea conocimientos adecuados, para poder instruir adecuadamente al paciente para la eficacia del tratamiento.

6. BIBLIOGRAFÍA

Díaz LJ, Cremades RMJ, Carrión VF, Maya M, Fontana SI, Cuevas CE. Valoración del manejo de los inhaladores por el personal de enfermería en un hospital de referencia. An Med Interna 2008; 25:113-116.

Área de asma de SEPAR, Área de enfermería de SEPAR y Departamento de asma ALAT. Consenso SEPAR-ALAT sobre terapia inhalada. Arch Bronconeumol. 2013; 49 (supl 1): 2-14.

Cedimcat.info.Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya[sede web]:
Uso correcto de los inhladores. Barcelona:cedimcat.info;2010 [actualizada en 2010].

Aec.es. Asociación española para la calidad [sede web]. Aec.es. Asociación
española para la calidad [sede web]: Diagrama causa-efecto.2011. Madrid: aec.es; 2011 [actualizada en 2013].

Grupo Español del Estudio Europeo del Asma. Estudio Europeo del Asma. Prevalencia de hiperreactividad bronquial y asma en adultos jóvenes de cincos áreas españolas. Med Clin (Barc) 1996; 106:761-767.

Plaza V, Bolívar I, Giner J, Llauger M.A, López-Viña A, Quintano J A et al. Opinión, conocimientos y grado de seguimiento referidos por los profesionales sanitarios españoles de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Proyecto GEMA-TEST. Arch Bronconeumol. 2008; 44: 245-51.

TEMA 25. LABIO LEPORINO Y FISURA PALATINA

SILVIA GUERRERO ROJAS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CAUSAS
- TRATAMIENTOS
- COMPLICACIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El labio leporino es una alteración congénita que puede presentarse aislada o conjuntamente con la fisura palatina.
El labio leporino suele deberse a una fusión incompleta de las prominencias maxilar y nasal media, mientras que la fisura palatina puede ser consecuencia de un defecto en la unión de las crestas palatinas.
El labio leporino puede presentarse de forma bilateral o unilateral, siendo un 50% más frecuente el lado izquierdo que en el lado derecho.
Cabe decir que las fisuras unilaterales que afectan al labio superior (80% aprox. de todos los casos) son más frecuentes que las que afectan al labio inferior.

La aparición conjunta de labio leporino con fisura palatina abarca aproximadamente el 50% de todos los casos de pacientes fisurados, siendo más frecuente en pacientes masculinos. Por el contrario, la fisura palatina sin afectación del labio es más recurrente en pacientes femeninos.

El paciente precisa un tratamiento multidisciplinario, contando con profesionales de pediatría, cirugía plástica, cirugía maxilofacial, otorrinolaringología, ortodoncia y odontología entre otros.

CAUSAS

Se pueden distinguir diversos motivos que provoquen esta malformación:

- *Factores genéticos*: afecta a un 40% de los casos de labio leporino, con o sin fisura palatina; en cambio, en los casos de fisura palatina aislada, se da en menos de un 20%. La trisomía del par 13, denominada “síndrome de Patau”, es otro factor a tener en cuenta.
- *Factores congénitos*
- *Factores ambientales*
- *Factores nutricionales*: por escasez o exceso de vitamina A o por deficiencia de riboflavina.

- Factores teratogénicos: anticonvulsivos, drogas, químicos, etc. Existe evidencia de algunas sustancias que provoquen fisuras labiopalatinas, tales como la fenitoina, los antagonistas del ácido fólico, los corticosteroides y el ácido retinoico. Para ello, deben estar presentes en el momento crítico del cierre del labio, alrededor de la sexta semana intrauterina.
- Estrés:
- Infecciones de la madre durante la gestación: como la rubeola.

El 50% de las fisuras palatinas aisladas se asocian con otras anomalías del desarrollo, como cardiopatía congénita, polidactilia-sindactilia, hidrocefalia, microcefalia, pie zambo, oreja supernumeraria, hipospadias, espina bífida e hipertelorismo.

TRATAMIENTOS

El tratamiento quirúrgico trata de restablecer la normalidad anatómica y fisiológica de estructuras nasales y orales, obteniendo unos resultados estéticos y funcionales sobresalientes.

La operación de labio leporino suele realizarse entre el primer y tercer mes de vida, mientras que el cierre de la fisura palatina se lleva a cabo entre los primeros 12 y 18 meses de vida.

COMPLICACIONES

Antes del tratamiento quirúrgico, la fisura palatina suele provocar dificultades al paciente para la ingesta de alimentos. Es muy frecuente la regurgitación del alimento a través de las fosas nasales.

Estos pacientes presentan frecuentemente, además de los problemas de deglución, otros trastornos de audición, habla, respiración, así como anomalías dentales (agenesias o dientes supernumerarios).

BIBLIOGRAFÍA

- Bailly-Baillière, C: Tratado elemental de patología y de clínica quirúrgicas. Vol. 2. Madrid. 1869.
- Gordon B. Avery, Mary Ann Fletcher: Neonatología: fisiopatología y manejo del recién nacido. Madrid. Ed. Médica Panamericana. 2001
- J. Philipp Sapp, Lewis R. Eversola, George P. Wysock: Patología oral y maxilofacial contemporánea. España. Ed. Elsevier. 2005
- Suárez Nieto, C. Tratado de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Tomo III. Madrid. Ed. Panamericana. 2008

TEMA 26. CISTOURETOGRAFÍA RETRÓGADA MICCINAL EN NIÑOS.

EZEQUIEL LUCAS LÓPEZ

ÍNDICE

- CISTOURETOGRAFÍA RETROGADA MICCINAL (CUM)
- PRÁCTICA EN NIÑOS
- JUSTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA
- REALIZACIÓN
- RADIACIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

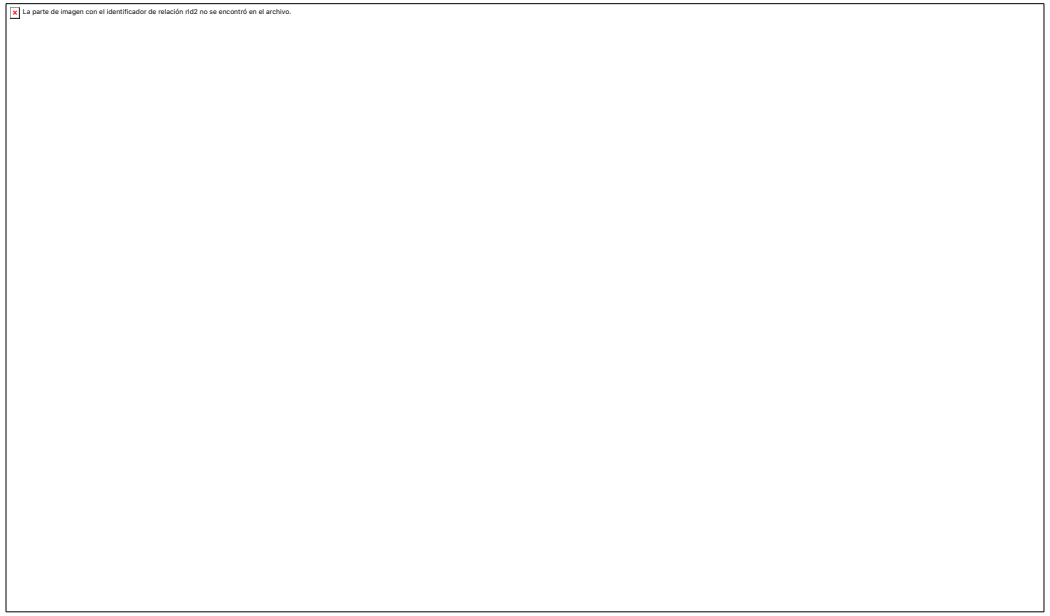
CISTOURETOGRAFÍA RETROGADA MICCINAL (CUM)

La CUM es un estudio radiológico que sirve para visualizar la vejiga y la uretra, así como caracterizarlas, evaluar su funcionamiento, diagnosticar malformaciones, irregularidades de la pared vesical y alteraciones en la micción, así como descartar la existencia de Reflujo Vesico-ureteral (RVU).

Cabe referir que respecto de la práctica diaria en los hospitales, si bien seria indispensable que un radiólogo conduzca el estudio, para tomar las decisiones, y realizar las consecuentes incidencias radiológicas, en función de la patología presente, el gran volumen de pacientes determina que la CUMs sean repartidas de la manera más práctica posible entre los radiólogos del departamento y los técnicos.

PRÁCTICA EN NIÑOS

cuando el niño/a orina mediante un medio de contraste radio-opaco hidrosoluble. Dentro de las exploraciones complejas en pediatría, una de las más habituales es la CUM, lo que representa aproximadamente entre un 30- 50% de todas las exploraciones con escopia llevadas a cabo en pediatría.



JUSTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA

La justificación de su práctica son en infecciones atípicas y recurrentes en niños menores de 6 meses, además de infecciones atípicas y recurrentes entre niños entre 6 meses y tres años cuando hay dilatación ureteral vista en una ecografía previa, flujo miccional pobre, historia familiar de reflujo, fallo renal no explicado, hidronefrosis, y controles post-operatorios entre otros (CHRISPIN & GORDON, 1980).

REALIZACIÓN

Para realizar este procedimiento se introduce una sonda con crema urológica anestésica en la vejiga a través de la uretra. Habitualmente se utiliza una sonda de alimentación (número 1 o número 2), que es flexible, de punta roma y calibre pequeño. Se inyecta contraste iodado hidrosoluble diluido en suero fisiológico mediante gravedad (por goteo), o mediante inyección por jeringa, a baja presión. Desde la fase de llenado, se controla mediante fluoroscopia pulsada (para minimizar el tiempo de exposición).

Se estudia al paciente en proyecciones decúbito dorsal y oblicuas; estas últimas con el objetivo de visualizar el contorno posterior de la vejiga y descartar pequeños RVU no visibles en la proyección antero-posterior. El estudio finaliza cuando el paciente orina acostado en la camilla del equipo radiológico para que la micción se realice bajo control de fluoroscopia para diagnosticar posibles RVU (SWISCHUK, 2005).

Se utiliza el menor campo de radiación posible (la máxima colimación del haz) que permita ver completamente el aparato urinario. Esto se consigue si el niño se encuentra tranquilo e inmóvil. Los movimientos continuos obligan a abrir los colimadores, aumentando el área irradiada para que no dejar fuera de la imagen ningún sector del aparato urinario (SWISCHUK, 2005).

RADIACIÓN

Respecto de la dosis de radiación que recibirá el paciente, objeto de nuestra investigación, habrá que tener en cuenta si el paciente está inquieto y no colabora, probablemente se extienda el tiempo de fluoroscopia y se deba aumentar el área irradiada del paciente, e incluso, repetir alguna radiografía que no posea la definición requerida para el diagnóstico, debido al movimiento (borrosidad cinética). Si el paciente se encuentra muy nervioso puede existir una demora en el comienzo de la micción que aumenta el tiempo de fluoroscopia. Cabe subrayar que debido al elevado número de variables que intervienen en la realización del procedimiento, y teniendo en cuenta que es necesario minimizar todo lo posible la irradiación del niño, no siempre se puede realizar un estudio estándar.

BIBLIOGRAFÍA

• **CHRISPIN AR, GORDON I (1980),** Diagnostic imaging of the kidney and urinary tract in children. Ed. Springer, New York.

• **SWISCHUK (2005)** Radiología en el niño y en el recién nacido. Ed. Marbán España

•**AZPATA, Á. L., & RODRÍGUEZ, C. M. (2016).** Radio protección y uso de contrastes en pediatría: qué, cómo y cuándo. Radiología, 58, 92-103.

• **VIVIER, P. H., DOLORES, M., LE CLOIREC, J., BLONDIAUX, E., BEURDELEY, M., LIARD, A., & DACHER, J. N. (2016).** Recomendaciones de buenas prácticas en urorradiología pediátrica. EMC-Urología, 48(1), 1-7.

TEMA 27. NUTRICIÓN EN EL PERIODO GESTACIONAL DESDE LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA

PATRICIA AVELLANEDA CODINA

MARÍA DEL CARMEN CODINA ALMANSA

JOSÉ CÉSPEDES GUTIÉRREZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. MÉTODO
4. RESULTADOS
    4.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
    4.2 LA ALIMENTACIÓN EN CADA TRIMESTRE
        4.2.1 EN EL PRIMER TRIMESTRE
        4.2.2 EN EL SEGUNDO TRIMESTRE
        4.2.3 EN EL TERCER TRIMESTRE
5. CONCLUSIÓN / DISCUCIÓN
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La nutrición de la mujer durante su periodo gestacional es determinante para que el futuro bebé nazca en las mejores condiciones. Esta afirmación, aunque evidente, está recogida en todos los trabajos que vierten sobre el tema: “La ingestión de alimentos en la embarazada es la vía de entrada de los alimentos al feto, por lo tanto, el estado nutricional de la mujer al comienzo y durante el embarazo es el requisito más importante.” (Pita y Cols., 2003).

La dieta y la alimentación que debe seguir una mujer embarazada no cuentan con un respaldo contrastado, dando lugar a resultados muy dispares y a una falta de consenso que sigue permaneciendo con los años (Irles y Cols., 2003).

En cualquier caso, un elemento no deja lugar a dudas: el peso y las necesidades nutricionales del feto están directamente relacionados con los de su madre.

Se ha demostrado que mujeres con una mala alimentación a lo largo del periodo gestacional han dado a luz de manera prematura o a bebés con bajo peso. Por esa razón resulta imprescindible insistir en la promoción de una alimentación como mínimo saludable sujeta a los diversos cambios hormonales y de dieta que protejan las salud de ambos, evitando riesgos de desnutrición que pongan en peligro sus vidas (Tijerina y Cols., 2014).

Por otra parte, será imperioso que la mujer reafirme sus reservas de energía con el fin de tener los recursos necesarios en caso de afrontar alguna de las etapas más difíciles de todo el proceso, un elemento que además deberá continuar después del parto, durante el periodo de lactancia (Escobedo y Lavado, 2015).

En realidad, la dieta que sigue una mujer embarazada no es tan diferente a aquella que se lleva a cabo fuera del periodo gestacional, pero sí es necesario completarla de manera apropiada, tal y como han querido resaltar algunos trabajos que han salido en defensa de las dudas al respecto que se habían emitido recientemente, principalmente gracias a los propios alimentos, siendo los que poseen más valor energético los más eficientes (Pacheco, 2014).

Algunos nutrientes han suscitado gran interés entre los/las investigadores/as, siendo el yodo uno de los preferidos, debido a la alta negligencia que siempre se le ha otorgado, a pesar de las consecuencias tan negativas que su ausencia puede acarrear en la función tiroidea de la madre y, por consiguiente, del bebé (Arena, 2004).

Con todo ello, es fundamental que el personal de restauración hospitalaria tenga los conocimientos básicos sobre un tema tan relevante en su actividad diaria.

2. OBJETIVOS

- Revisar el conocimiento del conjunto de profesionales de la restauración hospitalaria sobre la dieta y nutrición en las mujeres a lo largo del periodo gestacional.
- Describir nutrientes y alimentos asentados científicamente y determinar sus efectos y beneficios.
- Enumerar los nutrientes determinantes en cada uno de los trimestres del embarazo que deben prevalecer en la alimentación de estas mujeres.
- Recordar la imperiosa participación de las administraciones sanitarias en el aumento de gasto en inversión e investigación en sectores como al dietética y la nutrición, demasiado olvidadas a pesar de sus grandes contribuciones y avances en la mejora de la salud de las personas.

3. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una investigación exhaustiva de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron de Ciencias de la Salud: MEDLINE a través del motor de búsqueda CUIDEN y Bibliotecas electrónicas: SciELO. Se revisaron diversos artículos científicos en Google Académico con los descriptores “periodo gestacional”, “restauración hospitalaria”, “alimentación”, “embarazo”, “dietas”, “nutrición”.

Además se consultaron numerosos libros y revistas sobre el tema disponibles de manera gratuita en diferentes páginas de Internet.

4. RESULTADOS

4.1 Revisión bibliográfica

La bibliografía sobre el periodo gestacional en general es extremadamente exhaustiva, si bien es cierto que la nutrición y la dieta no cuentan con las misma relevancia que otros aspectos fisiológicos o simplemente médicos. Los artículos de revisión son inexistentes dentro del ámbito de la restauración hospitalaria, y se concentran en generalidades y teorías nutricionales que no se plasman en aplicaciones prácticas. Lo mismo ocurre con las diversas guías publicadas por asociaciones o administraciones públicas, que se conforman con ofrecer recomendaciones dietéticas estereotipadas y que carecen de actualización.

Un trabajo despunta: describiendo las necesidades nutricionales y las dietas del embarazo, teniendo en cuenta posibles enfermedades asociadas a la gestación, se convierte en un auténtico referente (Olmedo, 2015).

4.2 La alimentación en cada trimestre

4.2.1 En el primer trimestre

Desde el primer trimestre se deben introducir los alimentos que requiere obligatoriamente el feto a través de la placenta:

- Los ácidos grasos: ayudan a la formación del cerebro y de las membranas celulares.
- Las proteínas: fortalecen la estructura de los órganos.
- El hierro: impulsa la formación de los glóbulos rojos.
- Los azúcares: constituyen una inmensa fuente de energía.
- El calcio: sostiene la síntesis de los huesos.
- El ácido fólico: facilita la formación del tubo neural.
- El yodo: es otro componente esencia en el desarrollo cerebral.

4.2.2 En el segundo trimestre

Al principio del cuarto mes de gestación se han de incrementar sustancialmente las calorías diarias, algo que se conseguirá gracias a los nutrientes siguientes:

- Los carbohidratos: las pastas, el arroz y los cereales asegurarán la actividad muscular, la tensión arterial, el mantenimiento de la temperatura corporal y el correcto funcionamiento del aparato digestivo.

- Las proteínas, frutas y verduras: las carnes magras, los pescados azules, los frutos secos y el aceite de oliva serán las grandes fuentes de proteínas; las frutas y verduras aumentarán la ingesta de calorías saludables (en detrimento de aquellas vacías que generan una grasa inapropiada).

- El hierro: se debe aumentar su ingesta, ya que el bebé se está desarrollando por completo; para posibilitar su absorción, se combinará su ingesta con alimentos con alto contenido en vitamina C (principalmente cítricos).

4.2.3 En el tercer trimestre

En esta recta final, el aporte calórica de la dieta debe llegar hasta las 2.800 calorías diarias; la corteza cerebral, las conexiones celulares del cerebro, la consolidación de los nervios y la rápida transmisión de las señales hacen imperativo introducir nuevos alimentos:

- Los ácidos Omega 3: son de una ayuda primordial para preservar el estado cardiovascular de la madre y reducir los triglicéridos en sangre. También amparan el desarrollo del cerebro, retina y sistema nervioso del bebé. Los encontramos en caballas, sardinas, boquerones, (se evitarán los pescados grandes como el atún, el cazón, etc.), frutos secos (nueces, pipas de calabaza, etc.

- El calcio: su mayor ingesta (leche y derivados, coliflor, brócoli) protegerá el buen crecimiento y desarrollo óseo del bebé; se combinará con vitamina D para facilitar su absorción (exposición al sol).

5. CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN

- La alimentación de la mujer va cambiando progresivamente durante todo el periodo gestacional, debiéndose adaptar a las demandas de crecimiento del feto y futuro bebé. Una atención personalizada favorecerá la pronta recuperación de la madre después del parto. Así pues, el personal de restauración hospitalaria habrá de estar al corriente en todo momento de la evaluación nutricional de cada caso.

- Se tendrá que prestar especial atención en la elección de los alimentos así como en su calidad y cantidad. Es vital que los hábitos alimentarios tengan continuidad y que se vaya hacia una transversalidad de la dieta, más aún teniendo en cuenta los cambios constantes de conceptos y tendencias, lo que obliga a proporcionar una adecuada formación a todas las personas intervinientes en el proceso.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Arena Antosegui J. La importancia del yodo en la dieta de la mujer embarazada. Nutr Hosp. 2004; 19 (2): 121.
- Escobedo Toribio LL, Lavado Bello CM. Conocimiento y actitudes sobre requerimientos nutricionales durante el embarazo en gestantes del I trimestre – Hospital Belén de Trujillo. Trujillo: Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
- Irles Rocamora JA y Cols. Valor nutricional de la dieta en embarazadas sanas: resultados de una encuesta dietética en gestantes. Nutr Hosp. 2003; 18 (5): 248-252.
- Olmedo Requena MR. Patrón de dieta en la gestante y su relación con el peso del recién nacido. Granada: Facultad de Medicina; 2014.

- Pacheco Romero J. Nutrición en el embarazo y lactancia. Rev Per Gin Obstr. 2014; 60 (2): 141-146.
- Pita Rodríguez G y Cols. Ingesta de macronutrientes y vitaminas en embarazadas durante un año. Rev Cub Sal Pub. 2003; 29 (3): 220-227.
- Tijerina Sáenz A y Cols. Ingesta energética y de macronutrientes en mujeres embarazadas en el noreste de México. Arch Lat Nutr (ALAN). 2014; 64 (3): 174-181.

TEMA 28. INFLUENCIA DE LA DEMENCIA EN LA SEXUALIDAD DE LOS ANCIANOS

INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ

ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARLENE DEL VALLE FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**
- **CONDUCTAS SEXUALES INAPROPIADAS**
- **DIFERENCIAS ENTRE TIPOS DE DEMENCIA**
- **CONCLUSIÓN**
- **OPINIÓN PERSONAL**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente dos terceras partes de las personas que padecen una demencia van a manifestar una, o más, alteraciones conductuales en algún momento de la enfermedad.

Teniendo esto en cuenta, y que el hecho de padecer una demencia no implica la desaparición del deseo y las necesidades sexuales (Davies et al., 1992),es lógico pensar que, en algunos casos, estas alteraciones afecten al comportamiento sexual.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Definir la relación entre demencia y conductas sexualmente desinhibidas.
- Relacionar la enfermedad de Alzheimer con otro tipo de demencia en las conductas sexuales.

CONDUCTAS SEXUALES INAPROPIADAS

Clasificación según De Medeiros et al. (2008) de las conductas sexualmente inapropiadas, en la que distinguen entre dos conductas, una de búsqueda de intimidad sexual y otra de conductas sexualmente desinhibidas.

Las primeras harían referencia a conductas de cortejo o afectivas dirigidas hacia personas equivocadas, por ejemplo, intentar besar o tocar a una cuidadora tras confundirla con la propia pareja. Las segundas serían comportamientos impulsivos, indiscriminados e invasivos, marcados por la aparente pérdida de control.

DIFERENCIAS ENTRE TIPOS DE DEMENCIA

Según un estudio de De Medeiros et al. se detectó que los pacientes con Enfermedad de Alzheimer mostraron exclusivamente conductas de búsqueda de intimidad sexual, mientras que los que padecían una demencia de tipo vascular, frontotemporal o de Parkinson tendían a mostrar en mayor medida conductas sexualmente desinhibidas.

Ballard E. sostiene que “la confusión, la agitación, la angustia y el miedo que sienten por considerarse perdidos o sin control de su realidad, suele llevarlos a demandas de afecto. Aferrándose a los otros, tocándoles, besando o masturbándose en público puede significar un comportamiento más familiar y conocido, es decir, buscan seguridad y apoyo”.

CONCLUSIÓN

Desde el punto de vista asistencial debemos preguntarnos y cuestionarnos hasta qué punto la perdida de capacidades cognitivas debe llevarnos a limitar o censurar necesidades y deseos tan básicos en el ser humano como la propia sexualidad, quizás por desconocimiento o por perjuicios adquiridos.

Este tipo de alteraciones puede presentar muchas dificultades de manejo, con una repercusión directa en la sobrecarga del cuidador, tanto familiar como profesional. Haciéndose necesarios programas específicos de intervención para este tipo de problemas.

OPINIÓN PERSONAL

Debería existir más información y más estudios, para dar respuestas a este tema, que abarca al paciente, a la familia y al personal sanitario.

Consiguiendo que se pierda el miedo a hablar sobre sexualidad con un mayor conocimiento y claridad, de forma particular en pacientes con demencia que son los más vulnerables frente a situaciones de abusos y violencia.

BIBLIOGRAFÍA

- FABÀ, Josep; VILLAR, Feliciano. Demencia y comportamientos sexualmente inapropiados (CSI): Qué sabemos y qué necesitamos saber. Revista Kairós: Gerontología, 2011, vol. 14, p. 25-47.
- HERRERA, P., et al. Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad?. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 2003, vol. 68, no 2, p. 150-162.
- IACUB, Ricardo; RODRÍGUEZ, Rosa. El erotismo de las personas con demencias en las residencias para adultos mayores.
- CARRASCO, Manuel Martín. Trastornos de la conducta sexual en la enfermedad de Alzheimer.
- MUÑOZ, Patricia Pastor, et al. Abordaje sexológico del paciente con Alzheimer. Investigación en salud y envejecimiento Volumen II, 2015, p. 153.

TEMA 29. ALIMENTACIÓN FORZADA EN DEMENCIAS AVANZADAS

INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ

MARLENE DEL VALLE FERNÁNDEZ

ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **MALTRATO AL ANCIANO**
- **PROBLEMÁTICA DE LAS SONDAS**
- **INCONVENIENTES DE LAS SONDAS**
- **CONCLUSION**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

En los casos en que la persona no puede decidir por sí misma, se nos plantea un conflicto ético, médico y asistencial en cuanto a la alimentación e hidratación. Si está justifica la necesidad de continuar o suspender la alimentación forzada en pacientes ancianos que sufren de aguda demencia progresiva.

En nuestra sociedad culturalmente existe la idea de no dejar morir de inanición, alimentar se considera una obligación moral. El alimentar a aquel que no puede por sí mismo, se ve como una necesidad básica.

MALTRATO AL ANCIANO

Hablamos de maltrato a los ancianos con demencia cuando se ”castiga“ infligiéndoles unas contenciones mecánicas, teniéndoles con las manos atadas a la cama o a la silla para evitar que se arranquen la sonda de alimentación.

La OMS define el maltrato como el “Acto (único o reiterado) u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor que se produce en el seno de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”.

Una de las principales preguntas concernientes a este hecho es: “¿Qué clase de calidad de vida estamos proporcionando al usar métodos de alimentación forzada?”

PROBLEMÁTICA DE LAS SONDAS

El primer estudio empírico de SANDERS et al. demostró que la mortalidad fue elevada en pacientes con gastrostomía endoscópica percutánea. Se describe una mortalidad del 28% en los primeros 30 días tras su colocación.

Otros estudios como los de Meier, Kim y Skelly describen que, “tras 6 meses, el 50% de los pacientes con demencia sobrevivan, mientras que otros demuestran un 54% de mortalidad a 30 días en pacientes con demencia y tras un año del 70-90% “.

INCONVENIENTES DE LAS SONDAS

En el estudio de Loser C et al. en pacientes con demencia avanzada, no se ha mostrado eficaz en la prevención de neumonía por aspiración, ni ha conseguido prolongar la supervivencia o reducir el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Según TENO et al. señalo que los pacientes con sondas de alimentación tuvieron una mayor incidencia de úlceras por presión al estar inmovilizados.

CONCLUSIONES

Revisiones e investigaciones recientes ponen en evidencia esta problemática, donde se pone en manos de los familiares la decisión final de colocar una SNG cuando no existe documento de voluntades anticipadas.

Se debería de concienciar a las familias e instituciones de los riesgos y perjuicios que puede conllevar la colocación de una sonda de alimentación. La inserción de una sonda sólo agrava la agonía de estos pacientes.

La bibliografía revisada describe un aumento de la mortalidad en paciente portadores de SNG o PEG.

BIBLIOGRAFÍA

- Tabak, N. (1997). El fruto de la tecnología: debemos nosotros alimentar un paciente anciano a todo costo? Rev Lat Am Enfermagem, 5(2), 61-7.
- Loser, C., Aschl, G., Hebuterne, X., Mathus-Vliegen, E. M., Muscaritoli, M., Niv, Y., Skelly, R. H. (2005). ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition–percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Clin Nutr, 24(5), 848-61.
- Teno, J. M., Gozalo, P., Mitchell, S. L., Kuo, S., Fulton, A. T., & Mor, V. (2012). Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers. Archives of internal medicine, 172(9), 697-701.

- Meier, D. E., Ahronheim, J. C., Morris, J., Baskin-Lyons, S., & Morrison, R. S. (2001). High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: lack of benefit of tube feeding. Archives of Internal Medicine, 161(4), 594-599
- kim, Y. I. (2001). To feed or not to feed: tube feeding in patients with advanced dementia. Nutrition reviews, 59(3), 86-88
- Skelly, R. H. (2002). Are we using percutaneous endoscopic gastrostomy appropriately in the elderly?. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care, 5(1), 35-42.
- Sanders, D. S., Carter, M. J., D'silva, J., James, G., Bolton, R. P., & Bardhan, K. D. (2000). Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: a worse outcome in patients with dementia. The American journal of gastroenterology, 95(6), 1472-1475.

TEMA 30. FACTORES ASOCIADOS CON EL INTENTO DE SUICIDIO: REVISIÓN SISTEMÁTICA

BÁRBARA FATÁS CUEVAS
MARA ALONSO ALGARABEL
MARTA ARAGÜÉS GARDE
LAURA ARANDA RUBIO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. METODOLOGÍA
4.RESULTADOS
5.DISCUSIÓN
6.CONSLUSIÓN
7.BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Cada año, un millón de personas muere por suicidio en todo el mundo (1). El suicidio y los intentos del mismo son un grave problema de salud pública mundial. Las tasas de suicidio aumentan con la edad en la mayoría de los países occidentales. De acuerdo al informe de la Organización Mundial de la Salud (2014), una estimación 804,000 muertes por suicidio ocurrieron en todo el mundo en 2012, lo que representa una tasa de suicidio estandarizada por edad global anual de 11.4 por 100,000 personas, y hace que el suicidio sea la decimoquinta causa principal de muerte. Aunque existe cierta variabilidad entre países, las tasas de suicidio son más altas en personas de 70 años o más en casi todas las regiones del mundo (2, 3, 4).

Es importante definir aquí en concepto de “intento de suicidio” (IS) el cual se refiere a los actos realizados por personas que tienen la intención de acabar con su propia vida, pero que no resultan en muerte (5).

Además, los adultos mayores tienen más probabilidades de morir en su primer intento, en parte debido a la elección de métodos más letales (4). De hecho, el riesgo eventual de suicidio entre los que intentan suicidarse en la tercera edad es el más alto entre todos los grupos de edad.3 También es cierto que un intento de suicidio previo sigue siendo un fuerte factor de riesgo para la posterior muerte por suicidio entre adultos mayores (3,4).

El hecho de que el suicidio se asocie con factores de riesgo en múltiples ejes implica que, si somos capaces de reducir los factores de riesgo, podemos modificar la trayectoria de un individuo hacia la muerte.

Sin embargo, cada uno de estos factores por sí solo tiene un poder predictivo insuficiente para ser útil en la identificación de una persona en riesgo de suicidio (6).

Cabe destacar la diferencia entre factor de riesgo y factor protector. Los factores de riesgo son características que aumentan la probabilidad de comportamiento suicida. Algunos ejemplos son la edad, el sexo y la historia personal. Por ejemplo, las personas de 85 años en adelante tenían las segundas tasas más altas de intentos de suicidio; los hombres completan el suicidio a tasas más altas que las mujeres. Otras como dificultades de salud física (grado de molestias físicas y cualquier discapacidad en las actividades de la vida diaria [AVD] y actividades instrumentales de la vida diaria, enfermedades crónicas), historial traumático / psiquiátrico, historia de abuso de sustancias, trastorno psicológico actual (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizado) también se categorizan como factores de riesgo (2,7,8).

Los factores de protección incluyeron características psicosociales protectoras (resiliencia, propósito en la vida, gratitud, integración comunitaria, optimismo y curiosidad), conectividad social (apoyo social) , participación social (tiempo dedicado a visitar a familiares y amigos), religiosidad (es decir, asistencia a la iglesia, espiritualidad privada y religiosidad intrínseca), estilo de vida activo (tiempo dedicado al ejercicio, lectura, escritura y en la computadora), frecuencia del voluntariado y rasgos de personalidad (extraversión, escrupulosidad, estabilidad emocional, apertura a la experiencia y amabilidad) (2,7,8).

A medida que las personas envejecen, corren el riesgo de volverse más aisladas, debido a la falta conectividad social. Esta circunstancia conduce a la creencia de ser una carga para los demás y a patrones de pensamiento para que otros estén mejor si ellos estuvieran muertos (8).

La literatura sobre el suicidio a finales de la vida ha notado un aumento del riesgo con depresión, aislamiento social, enfermedad física, características demográficas de mayor edad, bajos ingresos y el sexo masculino (3,9).

Resulta importante mencionar en este apartado la Teoría Interpersonal del Suicidio la cual propone dos estados psicológicos que cuando se presentan simultáneamente conducen a pensamientos de suicidio. La falta de conexión social o "un sentido de pertenencia frustrado" es uno de estos; el otro se considera una carga, que puede surgir cuando una persona cree que otros estarían mejor si él o ella estuvieran muertos. La teoría propone que las experiencias subjetivas de pertenencia frustrada y la carga percibida son las principales razones por las que los individuos consideran el suicidio, y que todos los otros factores de riesgo para la ideación suicida operan a través de su influencia en la pertenencia frustrada y la carga percibida (4).

Por otro lado, los factores que alteran la supervivencia después de un intento de suicidio son: edad avanzada, enfermedad física y discapacidad, consecuencias físicas graves de un intento de suicidio anterior, vivir solo, antecedentes de una enfermedad psiquiátrica distinta de la depresión y trastornos de la memoria (3).

Con respecto al patrón de uso de los servicios de atención médica, la mayoría de los que intentan suicidarse con personas mayores tienen contacto con un proveedor de atención médica dentro de los 6 meses anteriores al intento (3).

Los estudios muestran que el número de suicidios continuará creciendo durante la próxima década, al igual que la población anciana.

Sin embargo, pocos estudios -nacionales o internacionales- han centrado su trabajo en las personas mayores en relación con el suicidio o intento de suicidio, demostrando que el suicidio es un fenómeno poco estudiado entre los individuos mayores, lo que resulta en una escasez de datos sobre este tema y obstaculiza su comprensión (10).

Es importante resaltar que los ancianos tienen tasas más altas de suicidio en la mayoría de los países.10 La prevención del suicidio en este grupo de edad es un desafío debido a la alta letalidad del comportamiento suicida de los adultos mayores; pocos sobreviven a su primer intento de hacerse daño (6).

Aunque las tasas de suicidio entre los adultos mayores, como en otros grupos, varían con el tiempo y el lugar, históricamente han estado entre las más altas de cualquier grupo de edad, particularmente para hombres mayores tanto en los Estados Unidos como a nivel mundial. En 2011, la primera ola de 75 millones de personas nacidas en los años 1946-1964 (la cohorte del "baby boom") alcanzó los 65 años de edad. Los demógrafos estiman que para 2030, más de 71millones de estadounidenses tendrán 65 años o más, o el 20% de la población (6).

Un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud descubrió que en 2015, en los EE. UU. hubo casi 8,000 muertes suicidas entre adultos de 65 años o mayores, que ascendieron a un estimado de $ 17 millones en costos médicos y $ 813 millones en costos de trabajo perdidos.

Dada la planificación avanzada y alta letalidad de intentos de suicidio (SA) entre adultos mayores, la prevención del suicidio y la identificación de factores de riesgo del mismo es especialmente importante en este grupo de edad (9,11).

2. OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es analizar sistemáticamente aquellos factores asociados con el intento de suicidio en personas mayores de 65 años.

3. METODOLOGÍA

Perfil de búsqueda

Se consultó la base de datos Medline a través de Pubmed y el periodo de búsqueda documental fue del 16 de Octubre al 30 de Noviembre de 2017. Para la realización de la búsqueda se partío de una pregunta estructurada según la metodología PICO, estableciendo como pregunta de investigación, ¿qué factores están asociados con el intento de suicidio en personas mayores de 65 años?.

Las palabras claves utilizadas fueron los descriptores MeSH "Suicide, Attempted", “Causality", “aged” y “aged, 80 and over”. Además se filtraron los estudios en Pubmed por idioma (inglés y español), año (últimos 5 años) y edad (mayores de 65 años).

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron aquellos artículos publicados en revistas científicas según el tipo de estudio (ensayos clínicos, estudios observaciones y revisiones sistemáticas), la muestra (ancianos o personas mayores de 65 años), la intervención (factores asociados con los intentos de suicidio), el año de publicación (2013-2017) y el idioma (español e inglés). Por otro lado, se excluyeron aquellos estudios centrados en la prevención del suicidio, la ideación suicida, el suicidio consumado, la demencia, los trastornos bipolares, la esquizofrenia y los estudios cuya muestra eran veteranos de guerra. También fueron excluidos los casos clínicos y las revisiones bibliográficas.

Selección de los estudios

En primer lugar, se realizaron dos búsquedas en Pubmed combinando los descriptores y con los límites de búsqueda comentados anteriormente, luego se revisaron los estudios de acuerdo al título y al resumen teniendo siempre en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Y finalmente se seleccionaron 24 artículos para una evaluación más detallada eliminando los que no cumplían alguno de los criterios de nuestro estudio (Tabla 1).12-16 Dejando un total de 19 artículos (Figura 1) (1,2,4-6,8-10,17-27)

La parte de imagen con el identificador de relación rId2 no se encontró en el archivo.

Tabla 1. Criterios de exclusión de la revisión sistemática sobre los factores asociados con el intento de suicidio en personas mayores de 65 años.

Criterios de exclusión	n	Artículos excluidos
Intervenciones	4	Raposo et al[12] (2014) Bryan et al[13] (2014) Kim et al[14] (2014) Ashrafioun et al[15] (2015)
Tipo de estudio	1	Gaillardou et al[16] (2014)

4. RESULTADOS

Una vez revisados todos los artículos seleccionados para la lectura a texto completo, finalmente nos quedamos con 19, cuyas hipótesis y objetivos nos permitían analizar las causas de los intentos de suicidio en nuestra población de estudio, personas mayores de 65 años. De estos 19 artículos, cuatro de ellos consistían en revisiones de la literatura previa y, los demás, artículos de investigación.

Estos artículos fueron analizados con una lectura más detallada, en la que se recogió información acerca de la población de estudio, los objetivos y los resultados, de cada uno de ellos. La información analizada en los artículos de estudios de investigación queda resumida en la Tabla 2, mientras que la analizada en las revisiones, la podemos observar en la Tabla 3.

Por último, una vez recogida toda la información, encontramos varias causas que podrían justificar los intentos de suicidio en mayores de 65 años. En la Tabla 4 se exponen las causas encontradas.

TABLA 2: Características y resultados de los estudios de investigación analizados.

AUTORES	AÑO	OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS
Ciulla et al. (10)	2013	Determinar la prevalencia de ideación suicida (IDS), de intentos de suicidio (IS) y de riesgo de suicidio, y su asociación con datos sociodemográficos y trastornos del estado de ánimo.	530 personas, seleccionadas al azar, > de 60, de Porto Alegre, Brasil.	FR: falta de ingresos o de actividad remunerada, la perdida de alguno de los hijos, situación de desempleo o jubilación, padecer depresión o trastorno del ánimo y bipolar.
Ojagbemi A et al. (17)	2013	Identificación temprana de las conductas suicidas en ancianos, para su prevención.	2149 nigerianos de Yoruba, > de 65 años procedentes del Estudio de Envejecimiento de Ibadan (ISA),	Relación lineal entre la residencia y el riesgo de IDS: mayor riesgo en áreas rurales y menor en las urbanas. Mayor tendencia al IS en aquellos que habían estado casados y ya no lo estaban, principalmente por viudedad. No aparece relación significativa con la edad, el sexo, el estado económico o el nivel de la educación.
Junsoo R et al. (1)	2015	Identificar factores que afectan la IDS y el IS entre ancianos c > 65 años, analizando las relaciones entre factores e IS.	49357 ancianos > de 65 años, encuestados previamente en el KCHS 2009 (Encuesta de Salud de la Comunidad Coreana).	FR: bajo ingreso económico familiar, vivir solo, no tener trabajo, ser fumador actual, no realizar ninguna actividad física, diagnóstico médico pasado de enfermedad grave, estado de salud auto-percibida bajo, puntuación alta de síntomas de depresión y IDS. La variable más relacionada con IS fue la depresión.
Betz ME et al. (18)	2016	Estimar la prevalencia de IS e IDS entre pacientes mayores, incluyendo diferencias por grupo de edad, sexo y etnia.	Adultos > 60 años con Evaluación de Seguridad del Departamento de Emergencia y Evaluación de Seguimiento.	FR: aislamiento social, pertenecías frustradas, sensación percibida de ser una carga para los demás, generalmente por necesidad de asistencia en las actividades de la vida diaria, además del duelo después de la pérdida de un cónyuge, múltiples enfermedades físicas y disminución de la salud.
Van Orden KA et al. (4)	2014	Conocer las razones declaradas de las causas de IS en adultos mayores hospitalizados, después de haber sufrido uno.	103 pacientes > de 70 años, hospitalizados en un servicio de emergencias en Suecia occidental.	FR: el deseo de huir, la pérdida de funcionamiento y autonomía, problemas psicológicos, somáticos y de dolor además de la pérdida de memoria o entendimiento, la carga percibida, problemas sociales, querer morir o dormir y no despertar, sin una razón especifica o falta de significado. Respecto a los problemas sociales, los más importantes fueron la sensación de no pertenecía y los conflictos familiares.
Choi NG et al. (19)	2015	Examinar las asociaciones entre la salud mental y los problemas de abuso de sustancias, entre los adultos mayores.	Historias clínicas de pacientes del servicio de emergencias, > de 65 años, de 950 hospitales divididos en 30 estados diferentes.	Las visitas relacionadas con los IS, se asociaban con trastornos mentales y, también, con mayores proporciones de trastornos por consumo de alcohol y por consumo de drogas.
Miret M. et al. (20)	2015	Estimar la prevalencia de suicidio en la población española analizando los factores sociales, demográficos, clínicos y económicos asociados con la IDS y los IS.	4583 participantes > de 18 años, con una edad media de 59,71 años.	Mayor prevalencia en mujeres, personas no casadas o aisladas así como, en personas jubiladas o discapacitadas. Existe relación entre la presencia de problemas financieros y la IDS. En todos los grupos de edad se observa relación con trastornos mentales.
De Beer WA et al. (21)	2015	Identificar la incidencia de autolesiones en las urgencias, determinar la naturaleza y los factores demográficos y clínicos asociados con dicho comportamiento.	> 65 años que acudieron al departamento de emergencias tras un episodio de autolesión entre el 1 de julio de 2010 y el 30 de junio de 2013.	La depresión (50%) resultó ser el diagnóstico psiquiátrico más común. El principal estresor resultó ser la enfermedad física, el dolor apareció también como una de las causas más numerosas de las autolesiones. Otras causas fueron: los desórdenes familiares, los problemas financieros, enfermedades terminales en familiares, separaciones o dificultades legales.
Joe S et al. (22)	2014	Determinar estimaciones de prevalencia y relación con el comportamiento de intentos de suicidio.	1,141 adultos, afroamericanos y caribeños negros, que tenían 55 años o más con datos procedentes de la Encuesta Nacional de vida Estadounidense.	La mala salud sería una causa de IDS en los adultos mayores de 65 años, así como el padecer un trastorno psiquiátrico, como ansiedad o trastornos del estado de ánimo. Los más propensos a tener IDS serían los solteros y aquellos con menos de 12 años de formación educativa.

Burón P. et al. (23)	2016	Determinar las causas de IS, si la prevalencia de estas varía según subgrupos y si el riesgo de repetición varía según los motivos informados.	Personas de 15 a 94 años., que habían sufrido un IS previamente y que se encontraban en el Departamento de Emergencias.	Las razones principales del IS fueron: conflictos interpersonales, problemas de salud mental, dificultades financieras, proceso de duelo o de enfermedad grave de alguien y, enfermedades físicas. En > de 65 años: problemas de salud mental, enfermedad física, conflictos interpersonales, muerte de una persona cercana o una enfermedad grave, dificultades financieras.
Kim M. et al. (24)	2013	Confirmar las diferencias de género en cuanto a los factores de riesgo asociados con los IS y examinar nuevos factores de riesgo.	> de 19 años, separados por grupo de edad que habían realizado previamente la Encuesta de salud comunitaria coreana.	Las tasas de suicidio disminuían conforme aumentaba la edad en ambos sexos. La depresión, tanto mayor como menor, resultó ser un importante predictor de suicidio en el grupo de edad más alto, y las enfermedades físicas también fueron un importante factor de riesgo en esta población.
Heise MJ (9)	2015	Aportar una mayor investigación psicométrica sobre la GSIS (Escala Geriátrica de Ideación Suicida) y sus subescalas, con el fin de mejorar la práctica en los IS y su prevención.	173 adultos mayores que residen en la comunidad de 65 a 93 años.	Las puntuaciones de los participantes mostraron en niveles moderados el funcionamiento cognitivo basal, el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, el apoyo social percibido y la percepción de la salud. Por otro lado, en niveles de moderado a bajo aparecen los síntomas depresivos severos, la desesperanza social, la soledad y el deterioro en actividades básicas la vida diaria, así como la IDS.
Kwon J et al. (25)	2012	Examinar los factores de riesgo para los IS y la IDS y proporcionar evidencia para la intervención de enfermería respecto al HRQol (Calidad de Vida relacionada con la Salud).	Adultos de 60 años o más, residentes en Corea.	En aquellos que creen tener depresión pero sin diagnóstico el IS y la IDS son mayores, así como el mayor número de enfermedades. Son factores de riesgo de IDS: ser mujer, mayor, con bajos ingresos, tener poco nivel de educación y no estar casada, y el estrés. De hecho, el estrés, sería uno de los factores principales para los IS.
Choi NG et al (26)	2016	Analizar la prevalencia y métodos de IS y de autolesión no suicida (ANS), determinar las características demográficas y clínicas y las diferencias en los resultados de los servicios de emergencias en ambos suicida.	Pacientes del servicio de emergencias, > de 50 años y con un diagnóstico de IS o de autolesión no suicida.	>65 años, las tasas más bajas de trastornos cognitivos se dieron en la ANS que en el IS. El sexo femenino, padecer múltiples lesiones, trastornos de ansiedad, y los trastornos por consumo de drogas, se asocian con mayores probabilidades de sufrir ANS.
Kim SH et al (2)	2015	Examinar la asociación entre el comportamiento suicida y las enfermedades crónicas, el dolor y las limitaciones funcionales.	Personas de 65 años en delante, con datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición de Corea (KNHANES).	Existe un mayor riesgo de IDS en limitaciones severas o moderadas en las actividades habituales y el dolor. La artritis y la insuficiencia renal se asociaron con un mayor riesgo de IS.

IS – Intento de suicidio, IDS – Ideación suicida, ANS – Autolesión no suicida, FR- factor de riesgo.

TABLA 3: Características y resultados de las revisiones de literatura analizadas.

AUTORES	AÑO	OBJETIVOS	RESULTADOS
Yeates Conwell, MD et al. (6)	2014	Describir las prioridades para la investigación y para la programación de la prevención, tanto a nivel individual, como en el sistema de servicios y en la comunidad.	La enfermedad afectiva sería el factor asociado con mayor riesgo para el IS. Seguida de las psicosis no afectivas, los trastornos de ansiedad y por consumo de sustancias. Existe relación con el suicidio tardío: rasgos de personalidad del neuroticismo, afrontamiento rígido, características ansiosas y obsesivas, enfermedades físicas, especialmente enfermedades malignas, enfermedades de los sistemas cardiovascular, pulmonar, gastrointestinal y del sistema nervioso central, dolor crónico, discordia familiar, aislamiento social y duelo.
Draper BM et al. (27)	2014	Examinar el comportamiento suicida en las etapas avanzadas de la vida.	FR: deterioro funcional, adversidad infantil, rasgos de personalidad, rasgos obsesivos, la demencia temprana o los trastornos cognitivos leves, pérdida de la conexión social, duelo reciente o problemas financieros, vivir solo y los medicamentos anticonvulsivos y sedantes o hipnóticos.
Ramirez J et al. (8)	2016	Analizar las explicaciones y las descripciones de las causas del suicidio desde una perspectiva neurobiológica y psicológica, así como el riesgo y los factores de protección entre grupos de alto riesgo.	FR: trastornos psiquiátricos, principalmente depresión, estrés, identidad social, estado financiero, conflictos familiares o problemas legales, problemas somáticos y de dolor, pérdida de la autonomía y la desesperanza.
De Sauza Minayo MC (5)	2015	Analizar el estado actual del conocimiento, los principales temas discutidos, la investigación, métodos aplicados y propuestas para la prevención del suicidio en personas mayores	FR: síntomas de depresión, asociados a enfermedades crónicas, insomnio y ausencia de familiares y amigos, perdida de la visión y la audición, enfermedades degenerativas y el estado mental frágil, conflictos familiares, dependencia física, alteraciones en la memoria y ansiedad.

5. DISCUSIÓN

La vejez, es un periodo de vida significativamente estresante con riesgo de comportamiento suicida debido a múltiples factores. Los cuales se detallan en el presente trabajo.

En esta etapa hay un mayor nivel de personas que sufren depresión debido a las múltiples pérdidas que se van sufriendo durante la vejez. Dicen los estudios que la depresión es uno de los predictores más importantes de suicidio en personas mayores, por la relación con otros factores de riesgo importantes tales como el aislamiento social, discapacidad, dependencia y enfermedad.

La parte de imagen con el identificador de relación rId2 no se encontró en el archivo.

En otros estudios, además de tener síntomas depresivos, se le suman las importantes relaciones con el intento de suicidio en personas mayores entre enfermedad física y discapacidad (1,2,5,21,23).

Se ha demostrado que la pérdida de la pareja (sobre todo en hombres) es un factor relacionado con un mayor riesgo de suicidio (24). Hay más intentos de suicido en población soltera, viuda o divorciada que en casados/as, esto podría relacionarse con la falta de apoyo social, el mayor aislamiento y la soledad de la persona mayor (17,24). Los eventos de la vida y otros factores que conducen al aislamiento social en los ancianos son importantes predictores de comportamiento suicida en esta población, como también se dice en otro estudio que las relaciones familiares y la cultura puede proteger contra el comportamiento suicida en ancianos, pero se necesita más estudios que investiguen más a fondo esta relación (9,17,21,24).

Otra causa relevante en los intentos de suicidio descubierta en el estudio es la pérdida de los hijos (10). Dicha pérdida es más frecuente en personas con una edad muy elevada, pudiendo explicar el riesgo de suicido en edades muy avanzadas y sus depresiones, sin relación con problemas sociales y con enfermedades degenerativas cerebrales. Por otro lado, se indica como factor de riesgo el sufrir trastornos de bipolaridad (10).

También, otros estudios explican que, según la literatura, los factores genéticos, los conflictos interpersonales y los eventos de vida asociados con un comportamiento suicida también son factores de riesgo en edades avanzadas (23, 24).

Las personas mayores sin ingresos y sin actividad remunerada tienen mayor riesgo de suicidio. Problemas económicos y bajos ingresos es uno de los principales factores suicidas en personas mayores.

Los efectos de la jubilación están relacionados con peor poder adquisitivo, pobreza, peor estatus social, problemas domésticos y no tener esperanza. Además, una significativa cantidad de mayores creen ser una carga para sus familias tras la jubilación (2,10,25).

Como factores de riesgo ante la idea de suicidio también constan: sufrir una salud pobre y enfermedades, desordenes psiquiátricos (trastornos de ansiedad y estrés postraumático), idea que también se defiende en otros estudios como el de Van Orden et al4, los cuales indican que los intentos de suicidio son más comúnmente atribuidos a problemas de escape, funcionamiento/autonomía y problemas psicológicos (depresión o ansiedad) (4,22,24).

Así pues, los trastornos depresivos menores y mayores son predictores significativos de suicidio en personas mayores. Enfermedad física grave (sobretodo cáncer, enfermedad de corazón) es también un predictor significativo en dicho colectivo (sobre todo en mujeres) (2,24). En cuanto hablamos de trastornos mentales, también se encuentran hallazgos muy relacionados con el consumo de sustancias como un factor de riesgo a tener en cuenta (5,19). Otro estudio que apoya la importancia de la presencia o ausencia de enfermedades, dice que hay una importante relación de intento de suicidio con la calidad de vida, dado que la calidad de vida está influenciada tanto por enfermedades físicas como mentales, los cuales son los principales factores de riesgo para la ideación suicida y los intentos de suicidio (25).

Otros comentan el fuerte vínculo el riesgo de suicidio en mayores y la percepción de éste en la pérdida del valor personal, social y la dificultad de mostrar emociones (9).

Otro factor de riesgo a tener en cuenta es el nivel educativo de los adultos mayores, ya que cuanto menor es el nivel, mayor riesgo de intento de suicidio. Esto afecta más a mujeres que a hombres según el estudio de Mina Kim (9,24,25).

Se demuestran en todos estudios la gran cantidad de factores que pueden influir a lo largo de la etapa de la vejez en los intentos de suicidio. Lo que explica que es un fenómeno multifactorial y la necesidad de intervenir en él multidisciplinariamente. Éstos señalan como factores de riesgo principales los problemas somáticos, la autonomía, problemática social y familiar, problemas psicológicos (estrés, depresión), ausencia de propósito en la vida y la desesperación sufrida (4,8,21,22,25).

Con tasas persistentemente altas de suicidio entre adultos mayores y el gran envejecimiento de la población que estamos viviendo, urge mejorar la identificación del riesgo de suicidio en dicho colectivo (18). Así pues, el reconocimiento precoz y el tratamiento de la depresión, así como un mejor manejo de las condiciones de salud crónicas, las limitaciones funcionales y los estresores sociales, pueden marcar la diferencia entre los adultos mayores al mejorar la calidad de vida y reducir la morbilidad y la mortalidad (18). Los esfuerzos de prevención del suicidio deberían incluir la provisión de oportunidades para la participación de los ancianos en actividades sociales y recreativas en sus comunidades (17).

Así pues, el suicidio en la vejez es complejo y dependiente de muchas variables.

Esta complejidad plantea desafíos para la prevención, pero también indica una amplia gama de vías posibles para intervenir que, en combinación y con el tiempo, se puede esperar que reduzca la tasa de suicidio en los adultos mayores (6). Pensamos que en futuros estudios se deberían examinar las características complejas de los comportamientos suicidas, incluidos los factores de riesgo asociados y los mecanismos subyacentes (2).

6. CONCLUSIÓN

El intento de suicidio en la vejez es un proceso complejo y que depende de muchas variables, los factores de riesgo más frecuentes relacionados con el intento de suicidio son la depresión, el aislamiento social, la discapacidad, dependencia y/o enfermedad, la viudedad, la pérdida de algún hijo, los trastornos psiquiátricos, los problemas económicos y el nivel educativo.

7. BIBLIOGRAFÍA

1.Junsoo R, Jorghean P, Jinsuk L, Hyemin J. Factor that affect suicidal attempt risk among Korean elderly adults: A path Analysis. Prev Med Public Health. 2014; 48:28-37.
2.King SH. Suicidal ideation and suicide attempts in older adults: influences of Chronic illness, funtional limitations and pain. Geriatric Nursing. 2015; 20:1-4.
3.Kim Y., Understanting the life experience o folder adults in Korea following a suicide attempt. Qualitative Health Research. 2014; 24:1391-1399.
4.Van Orden KA, Wiktorsson S, Duberstein P, Berg AI, Fässberg MM, Waern M. Reasons for attempts suicide in later life. Am J Geriatric Psychiatry. 2015; 23(5):536-544.

5.Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicide attempts among the elderly: a review of the literature. Cienc. Saude Colectiva. 2015; 20(6):1751-1762.

6.Yeates Conwell, MD. Suicide late in life: Challenges and priorities for prevention. Am J Prev Med. 2014; 47:244-250.

7.Fanning JR, Pietrzak Rh. Suicidality among older male veterans in the United Stated: Results from the national health and resilence in veteran study. Journal of Psychiatric Research. 2013; 47:1766-1775.

8.Ramirez J. Suicide: across the life span. Nursing clinics of North America. 2016; 51:275-286.

9.Heisel MJ, Flett GL. Investigating the psycometric propertiest of the geriatric suicide ideation scales (GSIS) among community-residing older adults. Aging & Mental Health. 2015; 20:208-221.

10.Ciulla L, Nogueira EL, Filho IGS, Tres GL, Engroff P, Ciulla V et al. Suicide risk in the elderly: Data from Brazillian public health care program. Journal of Affective Dissorders. 2014; 152-154:513-516.

11.Arias SA, Boudreaux ED, Segal DL, Miller I, Camargo CA, Betz ME. Disparities in treatment of older adults with suicide risk in the emergency department. J Am Geriatr Soc. 2017; 65:2272-2277.

12.Raposo S, El-Gabalawy R, Erickson J, Mackenzie CS, Sareen J. Associations between anxiety disorders, suicide ideation, and age in nationally representative samples of Canadian and American adults. Journal of Anxiety Disorders. 2014; 28:823-829.

13.Bryan CJ, Bryan AO, May AM, Klonsky ED. Trajectories of suicide ideation, nonsuicidal self-injury, and suicide attempts in a nonclinical simple of military personnel and veterans. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2015; 45(3):315-325.

14.Kim Y. Understanding the life experiences of older adults in Korea following a suicide attempt. Qualitative Health Research. 2014; 24(10):1391-1399.

15.Ashrafioun L, Pigeon WR, Conner KR, Leong SH, Oslin DW. Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among veterans in primary care referred for a mental heatlh evaluation. Journal of Affective Disorders. 2016; 189:344-350.

16.Gaillardou D, Matusevich D. Dolor crónico y tentativa de suicidio en la vejez a través de una narración de caso. VERTEX. 2014; 25(115):231-234.

17.Ojagbemi A, Oladeji B, Abiona T, Gureje O. Suicidal behaviour in old age - results from the Ibadan study of ageing. BMC Psychiatry. 2013; 13:1-7.

18.Betz ME, Arias SA, Segal DL, Miller I, Camargo CA, Boudreaux ED. Screening for Suicidal Thoughts and Behaviors among Older Patients Visiting the Emergency Department. J Am Geriatr Soc. 2016; 64(10):72-77.

19.Choi NG, DiNitto DM, Marti CN, Choi BY. Associations of Mental Health and Substance Use Disorders With Presenting Problems and Outcomes in Older Adults' Emergency Department Visits. Acad Emerg Med. 2015; 22(11):1316.

20.Miret M, Caballero F, Huerta-Ramirez R, Moneta M, Olaya B, Chatterji S, et al. Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. Journal of Affective Disorders. 2014; 163:1-9.

21.De Beer WA, Murtagh J, Cheung G. Late-life self-harm in the Waikato region. N Z Med J. 2015; 128(1426):75.

22.Joe S, Ford BC, Taylor RJ, Chatters LM. Prevalence of suicide ideation and attempts among Black Americans in later life. Transcultural Psychiatry. 2014; 51(2):190.

23.Burón P, Jimenez-Trevino L, Saiz PA, García-Portilla MP, Corcoran P, Carli V, et al. Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. Archives of Suicide Research. 2016; 20(1):45-58.

24.Kim M, Oh GJ, Lee YH. Gender-Specific Factors Associated with Suicide Attempts among the Community-Dwelling General Population with Suicidal Ideation: the 2013 Korean Community Health Survey. J Korean Med Sci. 2016; 31(12):2010.

25.Kwon J, Kim J. The Impact of Health-Related Quality of Life on Suicidal Ideation and Suicide Attempts among Korean Older Adults. J Gerontol Nurs. 2012; 38(11):48-59.

26. Choi NG, DiNitto DM, Marti CN, Choi BY. Nonsuicidal self-injury and suicide attempts among ED patients older than 50 years: comparison of risk factors and ED visit outcomes. Am J Emerg Med. 2016; 34(6):1016-1021.

27.Draper BM. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. Maturitas. 2014; 79(2):179-183.

TEMA 31. REVISIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBACTERINA EN EL TRASPLANTE AUTOLOGO DE M.O

MARIA PAULA CHAVEZ COLLAZOS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- REVISIÓN DEL TEMA

INTRODUCCIÓN

Analizamos 20 estudios relacionados con la profilaxis antibiótica en pacientes q han recibido un TPH autologó desde el año 2005 hasta el 2018.

Las infecciones como la mucositis son la causa más frecuente de morbimortalidad en los pacientes con trasplante hematopoyético. Entre sus causas principales están las complicaciones derivadas de los procedimientos como las transfusiones, el tiempo de estancia hospitalaria -que puede aumentar la colonización por bacterias nosocomiales multirresistentes - y la farmacología -como la aparición de neutropenia. Además, el riesgo de infección depende de la modalidad de trasplante, siendo mayor en un trasplante alogénico que en un trasplante autólogo..

REVISIÓN

La profilaxis antibacteriana es una medida preventiva que ha mostrado su beneficio en neutropenias prolongadas. Las fluoroquinolonas, por su magnífica tolerancia, preservación de la flora intestinal, buena tolerabilidad, menos coste que antibióticos endovenosos y reducción de la bacteremia en pacientes neutropénicos, son los antibióticos más usados en la profilaxis contra infecciones.

Basándose en dichas ventajas, las guías australiana, europea y la Sociedad Americana de Trasplante de médula ósea recomiendan considerar la profilaxis durante la neutropenia inducida por quimioterapia con periodos anticipados de al menos 7 días. Esta se inicia generalmente en el momento de la infusión de células y continúa hasta la recuperación de la neutropenia o la iniciación de terapia antibiótica por fiebre.

Muchos estudios han documentado la utilidad de la profilaxis con fluoroquinolonas y otros antibióticos endovenosos frecuentemente menos usados, para reducir las tasas de fiebre e infección en pacientes con neutropenia que han recibido un trasplante de médula ósea.

Hemos analizado diferentes estudios aleatorizados donde se comparan fluoroquinolonas con placebo evaluando las tasas de fiebre e infección en pacientes que han recibido altas dosis de quimioterapia seguido de trasplante autólogo.

Leibovici et al. encontraron una alta incidencia de infecciones causadas por *C. difficile* en relación a administración de fluoroquinolonas.

Omarani et al. demostraron que la tasa de resistencias a bacilos gramnegativos (BGN) se ha incrementado de forma significativa en la era de el uso de profilaxis en adultos sometidos a trasplante de médula ósea, por lo que se recomienda monitorizar la resistencia de fluoroquinolonas en la población de alto riesgo.

En otro estudio realizado por Therriault et al., *E. coli* fue resistente a fluoroquinolonas en el 96.5 % de muestras estudiadas en pacientes que recibieron profilaxis vs 10% de resistencias en pacientes que no recibieron profilaxis. Ern et al. describieron un 67% de *E. coli* resistentes a fluoroquinolonas en pacientes que recibieron profilaxis.

En el estudio realizado por M. Tabarrae et al. se analizaron los beneficios de la ciprofloxacino en la prevención de neutropenia febril en 72 pacientes (de los que 42 fueron tratados con placebo) con trasplante autólogo de médula ósea. Aunque la incidencia de la fiebre neutropénica fue similar (del 80%) en ambos grupos, se redujeron notablemente tanto la duración de la fiebre (1,7 días frente a 3,5) como el periodo de hospitalización (18.2 frente a 22.2). Además, en el grupo que recibió ciprofloxacino se demostró menor incidencia de bacteremias.

En el estudio de Bucaneve et al., 760 pacientes adultos hospitalizados con leucemia aguda, linfoma o tumores sólidos se aleatorizaron para recibir levofloxacino oral 500 mg diarios (384 pacientes) o placebo (376) desde el inicio de la quimioterapia hasta la resolución de la neutropenia.

Este estudio y otros tres estudios de Bucaneve et al. (7), Cullen, et al. y Alis et al. (8), han documentado los efectos beneficiosos de la profilaxis con fluoroquinolonas en la reducción de las tasas de fiebre e infección en pacientes con cáncer con neutropenia. En dos estudios diferentes por Gafter-Gvili A, et al y Leibovici, et al. se demostró que la mortalidad disminuye significativamnente.

Papaiakovou E, et al. Ali S, et al. Describieron que la profilaxis disminuye la incidencia de bacteremias sin afectar de forma significativa a la mortalidad por todas las causas comparado con no hacer profilaxis.

Los resultados de estos estudios nos indican que hay tasas más bajas de fiebre, bacteremia, disminución en la duración de la hospitalización y en algunos de estos se concluyó que la profilaxis disminuye la mortalidad. En otros la profilaxis con fluoroquinolonas disminuye significativamnete las bacteremias, pero la reducción en la mortalidad no fue estadísticamente significativa, pero sí fue menor en el grupo de profilaxis.

La mayoría de los estudios fueron realizados con levofloxacino vs placebo o ciprofloxacino vs placebo. Levofloxacino es la fluoroquinolona más usada para este fin. Ito et al. describieron que las fluoroquinolonas son equivalentes aunque se prefiere levofloxacino en situaciones en que haya incremento de riesgo de mucositis, por que en estos pacientes el riesgo de infección por *S. viridans* y *Streptococos*.

Copelan et al. compararon el resultado de la profilaxis con levofloxacino vs ciprofloxacino en pacientes que recibieron trasplante autólogo.

Hubo mayor numero de bacteremias en el grupo de ciprofloxacino en comparación con el grupo de levofloxacino ($p= 0.03$). Las bacteremias fueron causadas principalmente por bacterias grampositivas.

Vehreschild et al. estudiaron la profilaxis bacteriana con moxifloxcino en pacientes trasplantados, concluyendo que recibir profilaxis con moxifloxacino previene los episodios de sepsis grave y acorta los episodios febriles en pacientes que recibieron trasplante de médula ósea.

Solano et al. compararon realizar profilaxis con piper-tazo vs ciprofloxaacino. En el grupo de piperacilina la duración de la aparición de la fiebre fue menor, también fue menos la estancia hospitalaria. Por lo tanto, la profilaxis con piper-tazo es beneficiosa sin sumar toxicidad, pero aumenta los costes durante la hospitalización.

También se han probado combinaciones de antibióticos Ceftacidima más teicomicina y otros como TMP-SMX que no se usan en la practica habitual por que suman toxicidad y aumentan las resistencias bacterianas.

Bridgette et al. describieron un incremento de las infecciones por bacterias gramnegativas resistentes a fluoroquinolonas. También aumentaron las infecciones por *enterococcus* resistentes a vancomicina, en este estudio no se demostró aumento de infecciones por *C. difficile*.

Leibovici et al. encontraron una alta incidencia de infecciones causadas por *C. difficile* en relación a administración de fluoroquinolonas.

Omarani et al. demostraron que la tasa de resistencias a bacilos gramnegativos (BGN) se ha incrementado de forma significativa en la era de el uso de profilaxis en adultos sometidos a trasplante de médula ósea, por lo que se recomienda monitorizar la resistencia de fluoroquinolonas en la población de alto riesgo.

En otro estudio realizado por Therriault et al., *E. coli* fue resistente a fluoroquinolonas en el 96.5 % de muestras estudiadas en pacientes que recibieron profilaxis vs 10% de resistencias en pacientes que no recibieron profilaxis. Ern et al. describieron un 67% de *E. coli* resistentes a fluoroquinolonas en pacientes que recibieron profilaxis.

Leibovici et al. encontraron una alta incidencia de infecciones causadas por *C. difficile* en relación a administración de fluoroquinolonas.

Omarani et al. demostraron que la tasa de resistencias a bacilos gramnegativos (BGN) se ha incrementado de forma significativa en la era de el uso de profilaxis en adultos sometidos a trasplante de médula ósea, por lo que se recomienda monitorizar la resistencia de fluoroquinolonas en la población de alto riesgo.

En otro estudio realizado por Therriault et al., *E. coli* fue resistente a fluoroquinolonas en el 96.5 % de muestras estudiadas en pacientes que recibieron profilaxis vs 10% de resistencias en pacientes que no recibieron profilaxis. Ern et al. describieron un 67% de *E. coli* resistentes a fluoroquinolonas en pacientes que recibieron profilaxis.

Desde que se inició la profilaxis diferentes estudios mostraron que la tasa de resistencias a BGN se había incrementado de forma significativa, en los adultos sometidos a trasplante y que recibieron profilaxis con fluoroquinolonas, por lo tanto es muy importante valorar la epidemiología local para realizar un protocolo de actuación.

Aunque la profilaxis con fluoroquinolonas suponga un aumento de resistencias, durante la neutropenia puede tener un impacto en morbilidad y mortalidad relacionado con la infección. Monitorizar la tasa de bacterias gramnegativas es necesario para detectar la perdida de eficacia a las fluoroquinolonas.

Ahora hay evidencia convincente de que la profilaxis con antibióticos reduce la duración de la fiebre y la neutropenia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, Boeckh MJ, Ito JI, Mullen CA, et al. Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update by the infectious diseases society of America. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2011;52(4):e56-93.
2. Tomblyn M, Chiller T, Einsele H, Gress R, Sepkowitz K, Storek J, et al. Guidelines for Preventing Infectious Complications among Hematopoietic Cell Transplant Recipients: A Global Perspective. Biol Blood Marrow Transplant J Am Soc Blood Marrow Transplant. 2009;15(10):1143-238.
3. Viscoli C. Antibacterial prophylaxis in neutropenic patients. Int J Antimicrob Agents. 2007;30 Suppl 1:S60-65.
4. Hartmann JT, Haap M, Kopp H-G, Lipp H-P. Tyrosine kinase inhibitors - a review on pharmacology, metabolism and side effects. Curr Drug Metab. 2009;10(5):470-81.

5. Trudeau ME. Docetaxel: a review of its pharmacology and clinical activity. Can J Oncol. 1996;6(1):443-57.
6. Gyssens IC, Kern WV, Livermore DM. The role of antibiotic stewardship in limiting antibacterial resistance among hematology patients. Haematologica. 2013;98(12):1821-5.
7. Rovira M, Ruiz Camps I. Infecciones en el trasplante de progenitores hematopoyéticos. Enfermedades Infecc Microbiol Clínica. 2007;477-86.
8. Reuter S, Kern WV, Sigge A, Döhner H, Marre R, Kern P, et al. Impact of fluoroquinolone prophylaxis on reduced infection-related mortality among patients with neutropenia and hematologic malignancies. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2005;40(8):1087-93.
9. Balletto E, Mikulska M. Bacterial Infections in Hematopoietic Stem Cell Transplant Recipients. Mediterr J Hematol Infect Dis. 2015;7(1):e2015045.

10. Segal BH, Freifeld AG. Antibacterial prophylaxis in patients with neutropenia. J Natl Compr Cancer Netw JNCCN. 2007;5(2):235-42.
11. Bow EJ. Fluoroquinolones, antimicrobial resistance and neutropenic cancer patients. Curr Opin Infect Dis. 2011;24(6):545-53.
12. Averbuch D, Orasch C, Cordonnier C, Livermore DM, Mikulska M, Viscoli C, et al. European guidelines for empirical antibacterial therapy for febrile neutropenic patients in the era of growing resistance: summary of the 2011 4th European Conference on Infections in Leukemia. Haematologica. 2013;98(12):1826-35.
13.Gafter-Gvili A, Fraser A, Paul M, Leibovici L. Meta-analysis: antibiotic prophylaxis reduces mortality in neutropenic patients. Ann Intern Med. 2005;142(12 Pt 1):979-95.
.

15.Gafter-Gvili A, Fraser A, Paul M, Vidal L, Lawrie TA, van de Wetering MD, et al. Antibiotic prophylaxis for bacterial infections in afebrile neutropenic patients following chemotherapy. Cochrane Database Syst Rev. 2012;1:CD004386.
16.Miles-Jay A, Butler-Wu S, Rowhani-Rahbar A, Pergam SA. Incidence rate of fluoroquinolone resistant gram-negative rod bacteremia among allogeneic hematopoietic cell transplant patients during an era of levofloxacin prophylaxis. Biol Blood Marrow Transplant J Am Soc Blood Marrow Transplant. 2015;21(3):539-45.
17.Slavin MA, Lingaratnam S, Mileshkin L, Booth DL, Cain MJ, Ritchie DS, et al. Use of antibacterial prophylaxis for patients with neutropenia. Australian Consensus Guidelines 2011 Steering Committee. Intern Med J. 2011;41(1b):102-9.

18. Chong Y, Yakushiji H, Ito Y, Kamimura T. Clinical impact of fluoroquinolone prophylaxis in neutropenic patients with hematological malignancies. Int J Infect Dis. 2011;15(4):e277-81.
19. Bucaneve G, Micozzi A, Menichetti F, Martino P, Dionisi MS, Martinelli G, et al. Levofloxacin to Prevent Bacterial Infection in Patients with Cancer and Neutropenia. N Engl J Med. 2005;353(10):977-87.
20. Bucaneve G, Castagnola E, Viscoli C, Leibovici L, Menichetti F. Quinolone prophylaxis for bacterial infections in afebrile high risk neutropenic patients. Eur J Cancer Suppl. 2007;5(2):5-12.
21. Ito JI, Tegtmeier BR, O'Donnell MR. Antibacterial Prophylaxis in Patients with Cancer and Neutropenia. N Engl J Med. 2006;354(1):90-4.

TEMA 32. SONDA VESICAL DE LÁTEX VERSUS SONDA DE SILICONA

MARIA TERESA AZAHARES REYES

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- DIFERENCIAS ENTRE SONDA DE LATEX Y SONDA DE SILICONA .
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION

Los catéteres o sondas vesicales son dispositivos que se insertan en la vejiga, a través de la uretra, con el objetivo fundamental de drenar la orina, aunque existen otras indicaciones clínicas. Los catéteres urinarios están fabricados a base de polímeros naturales o sintéticos. Los más frecuentemente utilizados son el látex y la silicona. Conocer las diferencias entre las sondas vesicales de látex y las de silicona es importante para lograr un uso correcto de cada una de ellas.

Los catéteres urinarios están fabricados a base de polímeros naturales o sintéticos, de los cuales los más frecuentemente utilizados son el látex y la silicona pura.

El material del que están hechos los catéteres tiene cierta influencia en la facilidad con que las bacterias se adhieren al mismo, así como en la formación de incrustaciones

La complicación más frecuente es la infección y está relacionado fuertemente con la duración del sondaje. Ningún material está exento de estos problemas.

DIFERENCIAS ENTRE SONDA DE LÁTEX Y SONDA DE SILICONA

Sonda de látex

- ✓ Las sondas de látex son más baratas, blandas y maleables.
- ✓ Las bacterias se adhieren con más facilidad (excepto si están recubiertos de hidrogel-sales de plata o antibióticos).
- ✓ Se obstruyen más rápidamente, por la formación de incrustaciones.

- ✓ Pueden producir inflamación crónica de la mucosa, favoreciendo la formación de proteínas y sal alrededor de la pared externa de la sonda.
- ✓ Más incidencia de estenosis uretral.
- ✓ Sondajes de permanencia corta.
- ✓ Son más alergénicas (pueden provocar reacciones alérgicas o sensibilizar a los pacientes).

Sonda de silicona

- ✓ Tienen un precio más elevado, son semi rígidas.
- ✓ La adhesión de las bacterias es baja.
- ✓ Presentan menos incrustación y menos obstrucción, por su mayor calibre funcional y más biocompatibles.
- ✓ Producen menos reacción tisular.
- ✓ Menos frecuencia de estenosis ureteral.
- ✓ Son más resistentes y más adecuadas para sondaje prolongado.

CONCLUSIONES

Aunque la elección del tipo de sonda depende de la indicación clínica y la expectativa de duración de la misma, en muchos estudios se muestra un claro beneficio de la silicona sobre el látex, en la prevención o la reducción de las incrustaciones del catéter.

En la mayoría de los estudios se recomienda el uso de catéteres de silicona frente a los de látex, sobre todo para sondajes de larga duración.

Aunque ningún material está exento de adhesión de bacterias, a la silicona se fijan menos por ser más biocompatible, por lo que tienen menos incrustación, producen menos inflamación en la uretra y con ello el riesgo de infección y de estenosis disminuye.

Con independencia de la naturaleza química del material, cualquier bacteria o especie de *Cándida* es capaz de adherirse al mismo y constituir biopelículas.

Existen pocos estudios de alta evidencia que traten sobre este tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Infect Control Hosp Epidemiol. 2010 Apr;31(4):319-26
- Adult Urethral Catheterisation for Acute Care Settings. GL2015_016. GUIDELINE SUMMARY
- Guajardo J, García D, Pelegrí J. Drenajes y sondas. Libro de residente de urología. Madrid. Asociación Española de Urología. 2016

BIBLIOGRAFÍA

- Lam T, Omar M, Fisher E, Gillies K, MacLennan S. Tipos de sondas uretrales permanentes a corto plazo en adultos hospitalizados. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 9. Art. No.: CD004013. DOI: 10.1002/14651858.CD004013
- Schaeffer AJ. Placement and management of urinary bladder catheters in adults. En: Uptodate, post TW (ed) Uptodate Waltham MA 2016

TEMA 33. CONSECUENCIAS DE LA POLIMEDICACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

EVA ARRUFAT GASULLA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. RESULTADOS
3. CONCLUSIÓN
4. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCIÓN

Cada vez más la esperanza de vida va aumentando, lo que implica que la sociedad vaya envejeciendo y por lo tanto haya más personas que padezcan enfermedades crónicas, lo que conlleva la toma de diferentes medicamentos.

La polimedicación es una situación compleja, con muchas variables y causas, esto hace que entre los autores no haya consorcio con la definición de este concepto. Podemos definir la polimedicación desde dos puntos de vista: el cualitativo y el cuantitativo.

Desde el punto de vista cualitativo, se considera aquella situación, la cual el paciente sufre una o varias enfermedades y toma más fármacos de los clínicamente necesarios tanto sean prescritos por un profesional sanitario como de venta libre en farmacias. [1]

Desde el punto de vista cuantitativo, no parece haber consorcio entre los autores a la hora de establecer un límite de fármacos, como también a la hora de establecer un mínimo de tiempo, puesto que hay varios criterios[1,2]. Actualmente, la mayoría de autores establecen como límite 5 medicamentos al día. Así pues, desde el punto de vista cuantitativo, un paciente polimedicado seria aquel que con una o más enfermedades, consume diariamente de forma continuada, durante un mínimo de tres meses, cinco o más fármacos por cualquier vía (oral, inhalatoria, parenteral), bien sean prescritos por un profesional o adquiridos de venta libre en farmacias.[3]

La polimedicación cada vez más está presente en nuestra sociedad lo que supone un importante factor de riesgo de numerosos problemas. A mayor número de fármacos y complejidad terapéutica, menor grado de adherencia, y por lo tanto no se consigue la mejora clínica esperada. Esto suele solucionarse incrementando todavía más la medicación y entrando en un círculo vicioso que agrava la situación.[4]

En España, al 2012, la polifarmacia afectaba al 34,2% de las personas mayores que consumen fármacos a diario. Centrándonos en la ciudad de Barcelona, un 13% de la población, unas 30.000 personas, toman más de 10 medicamentos cada día. Un millar consumen más de 15 fármacos diarios y cerca de 500 pacientes superan los 20,2.[5]

Varios estudios relacionan la polimedicación con un mayor riesgo de lesiones por caídas, mayor morbilidad crónica, peor funcionalidad física y calidad de vida y autopercepción de la salud deterioradas. Incluso algunos estudios hablan que aumenta el riesgo de mortalidad. [3,4]

Por otro lado, los efectos secundarios relacionados con el fármaco son más frecuentes en las personas grandes que con los pacientes más jóvenes, debido al creciente número de medicamentos y los cambios fisiológicos que ocasiona el envejecimiento.[6]

Éste estudio parte de la hipótesis en la que las personas grandes que se polimedican se ven alteradas sus emociones, sentimientos, relaciones sociales y actividades de la vida diaria.

El objetivo general que se quiere conseguir con esta investigación es conocer cómo se ven influenciadas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de una persona mayor, jubilada, autónoma y polimedicada.

Para llevar a cabo ésta investigación he partido de un método inductivo fenomenológico, ya que se partió de una hipótesis y el estudio se centra en las vivencias y experiencias de las personas.

Primero, se realizó una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos, como Cuiden, Pubmed, Scielo, Google Académico; también incluyendo manuales clínicos y publicaciones científicas relacionados con el tema de los últimos 10 años.

El estudio se centró en tres entrevistas semiestructuradas, los criterios de inclusión fueron: tomar 5 o más medicamentos diferentes, tener más de 60 años y estar jubilado/a. ser autónomos para las actividades de la vida diaria, tener una Escala de Barthel con 95 o más (Dependencia leve), vivir en la provincia de Tarragona y seguir el tratamiento desde más de 1 año. Y también se realizó la escala de Barthel a cada una de las participantes.

2. RESULTADOS

Las 3 informantes eran mujeres donde superaban los 60 años de edad, estaban jubiladas y hace más de un año que tomaban más de 5 medicamentos diarios. La E1 tenía 73 años, la E2 78 años y la E3 81 años. Además, eran autónomas para las ABVD con un Barthel de 100, 95, 95, respectivamente.

En los aspectos generales, las participantes explicaron el inicio de la prescripción de los medicamentos, todas tres informantes coincidieron en que llego un momento en que les diagnosticaron una enfermedad y a raíz de allí tal y como iba avanzando pues les iban prescribiendo más fármacos diferentes, de manera que iba siendo una prescripción progresiva.

Respecto en los sentimientos y emociones, las participantes expresaron que al principio sintieron alivio y tranquilidad al ver que su calidad de vida mejoraba. Pero después se dieron cuenta que también comportaba una carga diaria y de seguir un horario para la toma. Según la E2 y la E3 afirmaron que su carácter/humor mejoró a partir de la toma de los medicamentos, ya que se sentían con más energía y vitalidad.

Para la gestión de los medicamentos, la informante con más edad, afirmó que cada vez más tenía dificultades a la hora de gestionar los medicamentos que le modifican por otros, lo que necesita ayuda de otra persona. Por parte de las informantes E1 y E2 afirmaron que no tenían ningún problema.

En las actividades básicas de la vida diaria, la informante más joven afirma que actualmente no padece ninguna afectación, en cambio las otras dos participantes más mayores refieren que a la hora del cuidado personal y en la movilidad tienen más dificultades. A la hora de andar, explican que no tienen la misma estabilidad que antes ni la misma agilidad y que tienen miedo de caerse. La E3 lo explicaba así: “(…) a la hora de andar me ha limitado mucho, desde hace dos años voy con bastón y desde que me tomo el tratamiento para el corazón me hincho más, sobre todo las piernas, los pies se me hinchan y ya no tengo esa estabilidad que tenía antes (...)” . En el caso de la E2, hace 2 años se cayó y des de entonces tiene más inseguridad de salir sola por la calle. Así lo explica: “(…) andar, pues des de que me caí pues tengo miedo y voy con un bastón para ir más segura (…)”.

Por otro lado, las informantes también relatan que otro principal problema y limitación que se encuentran en su día a día es a la hora de ducharse, ya que debido a su pérdida de movilidad se tuvieron que cambiar la bañera por una ducha. En los dos casos, E2 y E3, explica que se pusieron una ducha y tienen un taburete, una barandilla y una alfombra antideslizante así disminuyen los riesgos de caerse. Lo expresan de la siguiente manera:

- “E2 (…) ahora tengo una ducha con una baranda y con una esterilla para no resbalar y voy haciendo (…)”
- “E3 (...) cambiamos la bañera por la ducha porque yo no puedo levantar la pierna para entrar. Entonces en la ducha tengo un taburete y me asiento allí y pues poco a poco voy tirando.”

3. CONCLUSIÓN

Una vez realizada la revisión bibliográfica y las 3 entrevistas semiestructuradas, donde las informantes compartieron sus experiencias, emociones y sentimientos; podemos deducir que el hecho de tomarse más de 5 fármacos diferentes ocasiona más riesgos y efectos secundarios, lo que comporta afectación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Por otro lado, según las informantes, respecto a las emociones, sentimientos y relaciones sociales afirman que no notaron cambios ni ninguna afectación. Este tema no se ha podido contrastar con ninguna fuente bibliográfica, puesto que específicamente de este tema no se encontró ningún artículo que hablara de estos temas.

BIBLIOGRAFÍA

1. González, José Angel Alonso; Álvarez, José Ramón; Ávila, María Teresa Calleja; Urbano, Mercedes Calleja; Jiménez, Andoni Carrión; Prieto RLE. Guía de apoyo y consulta para el paciente polimedicado. 1ª Edición. 2014. 5-8 p.
2. Barroso, Villafaina; Moral G. Pacientes polimedicados frágiles , un reto para el sistema sanitario. Sist Nac Salud. 2011;35(4):114–23.

3. Gallardo F. Polimedicación y salud. Estrategias para la adecuación terapéutica. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunidad. 2011 [Consultado: 2015 Dec 12]. p. 1. Disponible: http://www.samfyc.es/index.php?option=com_content&view=article&id=384:polimedicacion-y-salud-estrategias-para-la-adecuacion-terapeutica&catid=34:listado-de-articulos&Itemid=74

4. da Silva-Gama ZA, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos : revisión sistemática Risk factors for falls in the elderly : Rev Saúde Pública. 2008;42(5):946–56.

5. Laporte, Joan Ramon; Llop, Roser; Bosch M. Actualització 2012 en farmacologia i terapèutica. Barcelona; 2012.

6. Gavilán E, Villafaina A, Jiménez L. Polimedicación en personas mayores. Amf. 2012.

7. Schoenenberger A, Exadaktylos A. Can geriatric approaches support the care of old patients in emergency departments? Swiss Med Wkly. 2014 Dec 4 [Consultado 2016 Mar 2]; Disponible: http://doi.emh.ch/smw.2014.14040

8. Frutos Bernal E, Martín Corral JC, Galindo Villardón P. Factores asociados a la polifarmacia en población anciana no institucionalizada. Análisis de la submuestra de la Encuesta Nacional de Salud 2006 para personas mayores de Castilla y León. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46(6):303–6.

TEMA 34. ÚLCERAS POR PRESIÓN

CARLOTA GURBINDO ALONSO

ÍNDICE

1. ¿QUÉ SON LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN?
2. FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO
3. CATEGORÍAS
4. PREVENCIÓN
5. TRATAMIENTO
6. BIBLIOGRAFIA

1. ¿QUÉ SON LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN?

- Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados..
- Los signos de advertencia de úlceras por presión son: Cambios inusuales en el color o la textura de la piel, hinchazón, drenaje similar al pus, una región de la piel que se siente más fría o cálida al tacto que otras y zonas sensibles

2. FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO

- **Edad:** A mayor edad, mayor riesgo.
- **Incontinencia:** La incontinencia se produce cuando usted no puede controlar cuando orina o tiene evacuaciones intestinales. La incontinencia causa que se le salga la orina o las heces.
- **Desnutrición y deshidratación:** La desnutrición significa que su cuerpo no está recibiendo suficientes calorías y nutrientes, como proteínas, grasas y agua. La desnutrición y la deshidratación pueden causar que su piel se lesione más fácilmente. Es posible que tenga menos tejido y grasa en las zonas huesudas del cuerpo. Menos tejido y grasa podría aumentar la presión sobre una zona huesuda.

- **Falta de movimiento:** Quedarse sentado en una silla o en la cama, la mayoría o todo el tiempo, ejerce presión sobre sus áreas huesudas. Un aumento de presión durante largos períodos de tiempo aumenta la posibilidad de contraer una úlcera por presión.
- **Entumecimiento:** El entumecimiento es cuando se ha disminuido o perdido la sensibilidad en una zona de su cuerpo. Su piel pudo haber sufrido daño sin que usted lo sepa.
- **Úlceras por presión anteriores:** Usted puede tener una mayor probabilidad de contraer una úlcera por presión, si alguna otra vez ha tenido una úlcera por presión.
- **Fumar:** Fumar es perjudicial para su cuerpo de muchas maneras. El tabaco aumenta las probabilidades de contraer una úlcera por presión.

3. CATEGORÍAS

- CATEGORIA I: **Eritema no blanqueante:** Piel intacta con eritema no blanqueante de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible. Otras características: El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría / Estadio I puede ser difícil de detectar.

- CATEGORIA II: **Úlcera de espesor parcial**: La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfácelos. También puede presentarse como una ampolla intacta o abierta/rota llena de suero o de suero sanguinolento. Otras características: Se presenta como una úlcera superficial brillante o seca sin esfácelos o hematomas.

- CATEGORIA III: **Pérdida total del grosor de la piel**: Pérdida completa del grosor del tejido. La grasa subcutánea puede resultar visible, pero los huesos, tendones o músculos no se encuentran expuestos. Pueden aparecer esfácelos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de las úlceras por presión de categoría/estadio III varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y las úlceras de categoría/estadio III pueden ser poco profundas. Por el contrario, las zonas con adiposidad significativa pueden desarrollar úlceras por presión de categoría/estadio III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

- CATEGORIA IV: **Pérdida total del espesor de los tejidos**:Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuestos. Pueden aparecer esfácelos o escaras. Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones. Otras características: La profundidad de la úlcera por presión de categoría/estadio IV varía según su localización en la anatomía del paciente. El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido subcutáneo (adiposo) y estas úlceras pueden ser poco profundas. Las úlceras de categoría/estadio IV pueden extenderse al músculo y/o a las estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo provocar la aparición de una osteomielitis u osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.

- NO ESTADIABLE: Pérdida del espesor total de los tejidos donde la base de la úlcera está completamente cubierta por esfacelos (amarillos, canela, grises, verdes o marrones) y/o escaras (canela, marrón o negro) en el lecho de la herida. Hasta que se hayan retirado suficientes esfacelos y/o la escara para exponer la base de la herida, la verdadera profundidad, y por tanto la categoría/estadio no se puede determinar. Una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación) en los talones sirve como "una cobertura natural (biológica) del cuerpo" y no debe ser eliminada.

4. PREVENCIÓN

- Cambios posturales frecuentes, cada dos horas y si está sentado recolocarlo cada hora.
- Cuidados para disminuir la humedad.
- Prevenir la fricción, el cizallamiento y el corte.
- Estimular la actividad y el movimiento del paciente.
- Las superficies de alivio de la presión disminuyen la incidencia de aparición de ulceras como almohadones, cojines y colchones antiescaras, de diferentes materiales y sistemas.
- Apósitos hidrocelulares, no adhesivos, de forma preventiva.
- Si el paciente tiene la piel seca, utilizar cremas hidratantes.
- No se aconseja hacer masaje sobre las prominencias óseas ejerciendo presión.

5. TRATAMIENTO

El cuidado local (y en ocasiones sistémico) de una UP incluye varios apartados; si bien, no siempre se realizan todos, ni se utilizan los mismos productos. Básicamente consta de: limpieza de la herida, desbridamiento, prevención y tratamiento de infecciones bacterianas y estimulación de la granulación y la epitelización.

- La limpieza de las lesiones debe realizarse empleando la mínima fuerza mecánica eficaz. Suele realizarse con una gasa empapada en suero fisiológico o bien irrigando la herida con suero a presión.
- Desbridamiento Su objetivo es la eliminación de tejido necrótico para impedir la proliferación bacteriana y favorecer la curación. Hay diferentes tipos de desbridamiento: enzimático, quirúrgico, mecánico y autolítico.

- Granulación y epitelización: Una vez que la UP está limpia, desbridada y desinfectada, debe mantenerse un ambiente húmedo adecuado para favorecer el proceso de granulación y cicatrización. Habitualmente, uno de los métodos más empleados consiste en la aplicación de apósitos simples (secos o impregnados), apósitos semipermeables de poliuretano o los hidrocoloides, dependiendo del tipo de UP. Aunque no existe un apósito ideal habrá que elegir el más idóneo, entre los numerosos productos disponibles en el mercado, en función de su composición y características y según el tipo de UP a tratar: Alginatos, poliuretanos, hidrocoloides, hidrofibras y hidrogeles

5. BIBLIOGRAFIA

- 1.Ulceras por presión[Internet]. Medline plus. Fecha de publicación: 20 Octubre de 2017. Disponible
- en:https://medlineplus.gov/pressuresores.html
- 2.Una úlcera por presión [Internet]. Allina Health.2018. Disponible en:https://www.allinahealth.org/mdex_sp/SD7761G.HTM
- 3.Sistema de clasificación de las úlceras por presión.[Internet]. Cambridge Media: Perth, Australia; 2014.Disponible en:https://www.ulceras.net/monografico/110/98/ulceras-por-presion-categorias.html
- 4. Dra. Montse Queralt.Medidas para prevenir las úlceras por presión.[Internet]. Disponible en:https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/enfermedades-mayores/medidas-preventivas-para-prevenir-las-ulceras-por-presion/

TEMA 35. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES EN LA ETAPA INFANTIL

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

ÍNDICE

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
3. OBJETIVOS
4. JUSTIFICACIÓN
5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ANTECEDENTES
6. ALGUNOS CAMPOS DE ACTUACIÓN EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD
7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
8. CONCLUSIONES
9. BIBLIOGRAFÍA

1. RESUMEN

Una buena Promoción y Educación para la Salud debe promover que las personas desarrollen hábitos saludables y eviten aquellos que perjudican su bienestar físico y mental.

La escuela debe convertirse en un agente promotor de salud, para ello debe incluir en su currículo de manera trasversal temas relativos a la salud, así como trabajar con la familia y colaborar con la comunidad en el desarrollo de estos temas.
En la etapa infantil es cuando se adquieren los principales hábitos de salud e higiene, por eso es necesario trabajar desde la infancia el desarrollo de hábitos saludables favoreciendo así la prevención de enfermedades.

En este trabajo se desarrollan algunos aspectos de la salud infantil: el control de esfínteres, el sueno, la alimentación y la actividad física.

Además, se ofrece una propuesta de Intervención educativa, a través de la literatura, para la enseñanza-aprendizaje de los hábitos saludables en relación con dichos aspectos.

Palabras clave: salud, infancia, promoción de la salud, educación para la salud, hábitos, prevención de la enfermedad, escuela saludable.

2. INTRODUCCIÓN

La salud es considerada en nuestra sociedad como un valor fundamental, sin embargo las conductas sanas, al igual que los comportamientos inadecuados, no son algo innato sino que pueden ser apoyados o modificados a través de la educación. Teniendo en cuenta que la etapa de educación infantil tiene un carácter preventivo y compensador, si actuamos desde la infancia podremos introducir los hábitos saludables deseados y corregir aquellas conductas equivocadas, evitando que los malos hábitos se incrementen.

Normalmente, los niños colaboraran con los adultos en las rutinas que tienen que ver con su descanso, su alimentación y el bienestar de su cuerpo; esta colaboración por parte de los niños es el punto de inicio para la introducción de hábitos que mejoren su salud.

El concepto de salud ha sido definido con más o menos acierto por diferentes personas u organismos. Según la OMS (1946): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. A partir de esta definición, la salud no solo es vista como ausencia de enfermedades, sino como un estado de completo bienestar, donde se incluye las áreas de salud mental y social, reconociendo el bienestar físico como un aspecto mas y no como lo mas importante.

La salud es, por lo tanto, primordial para el desarrollo de las personas y la higiene es fundamental para mantener la salud y prevenir posibles enfermedades.

La higiene es definida por la RAE como “la parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades”. Comprende todos los cuidados que necesita nuestro cuerpo para mantenerse en un estado saludable, estos cuidados mejoraran las funciones corporales y salvaguardaran al individuo de las agresiones del medio. La higiene es la mejor herramienta para mejorar nuestra salud a nivel individual y comunitario y un medio importante para la prevención de la enfermedad.

En cuanto a los hábitos, se entienden estos como comportamientos necesarios para que el niño tenga un desarrollo social normal y se pueda desenvolver en su entorno sin recurrir a la ayuda de las personas adultas. Con el aprendizaje de hábitos, el niño podrá cuidar de si mismo, aprender a cuidar su entorno y a todos los que le rodean. El maestro, a través de las rutinas escolares, que son momentos que el niño vive cada día, como la hora de la comida, la hora de levantarse, de ir al baño… conseguirá que el niño adquiera los hábitos deseados.

Las rutinas le dan al niño seguridad, pues puede anticipar lo que sucederá, además ayudan al niño a adquirir nociones de tiempo y espacio, aspectos fundamentales para la adquisición de los hábitos. Gracias a los hábitos los niños interiorizan los valores, las normas y las actitudes de su cultura, además la adquisición progresiva de hábitos favorece la autonomía personal y la autoestima del niño.

Los maestros, los padres, el personal sanitario y toda la comunidad tienen un papel fundamental en el cuidado de la salud infantil y en la adquisición de hábitos saludables, todos ellos deben actuar conjuntamente a través de interacciones adecuadas para crear comportamientos apropiados y corregir las conductas equivocadas en los mas pequeños.

Es evidente el papel que desempeña el colegio en la Promoción de la Salud si queremos que los niños crezcan sanos, como institución que atiende a toda la población durante los primeros años debe lograr un ambiente sano y seguro en sus aulas, por eso la necesidad de educar en el valor de la salud. “Los valores constituyen un conjunto de principios con los que nos identificamos y nos comprometemos como fuente de inspiración de nuestra manera de comportarnos.

Basándonos, mas o menos conscientemente en ellos, vamos formando la ideología y fundamentando la conducta.” (Sánchez Fernández, 2008, p.61).

En los centros educativos, la Educación para la Salud debe de ser una actividad permanente, a través del juego podemos conseguir que los niños lleguen a adquirir un estilo de vida saludable, pues en la salud esta la base de la vida. Actualmente la salud individual y colectiva es uno de los elementos fundamentales de nuestra sociedad, por eso la Educación para la Salud debe ser un eje principal de la educación integral de la persona.

3. OBJETIVOS

Con este trabajo nos proponemos los siguientes objetivos:

- Adquirir formación personal relativa a este tema.
- Aportar información y formación para padres, futuros maestros y toda la comunidad educativa.
- Poder aplicar en el aula los conocimientos que se presentan en este trabajo.
- Implicar a los padres en la formación de sus hijos a través de su participación en la propuesta de intervención educativa de este Trabajo.
- Iniciar a los niños en la adquisición de hábitos saludables (en relación con higiene, alimentación, sueño, actividad física,…) y concienciarles sobre la importancia de esos hábitos para su salud y bienestar.

4. JUSTIFICACIÓN

En la etapa de infantil se adquieren los principales hábitos de vida y el ámbito educativo proporciona un marco idóneo pues cuenta con profesionales con alta formación: los maestros.

La ausencia de hábitos de higiene es un problema importante por la transmisión de virus y gérmenes entre las personas. En los centros educativos los niños tienen muchas posibilidades de contraer infecciones debido a que conviven muchas personas en un sitio cerrado, esto hace que niños y maestros sufran con frecuencia catarros y gastroenteritis, así como conjuntivitis, pediculosis, infecciones de la piel y otro tipo de enfermedades; unos hábitos saludables y una higiene personal correcta nos ayudaran a prevenirlas.

Por otra parte, somos conscientes de la repercusión que tiene una alimentación sana en nuestra calidad de vida y su importancia en la etapa del crecimiento del niño. La proliferación de productos industriales y de la comida rápida hace que los buenos hábitos alimenticios se estén perdiendo, es necesario que los niños recuperen el gusto por los alimentos naturales y que comprendan las ventajas de una dieta equilibrada.

Desde el colegio se debe incentivar la importancia de una dieta sana, la necesidad de la actividad física y de unos correctos hábitos de sueno e higiene. Los niños deben aprender las medidas de higiene respecto a si mismos y a la higiene del ambiente, diferenciar los alimentos saludables de la alimentación industrial, como dulces y bollerías, y conocer la importancia de la actividad física para su salud.

Una educación integral no puede quedarse al margen de estos temas, sino que deben ser prioritarios en el currículo, lo que convierte a la escuela en una escuela saludable, entendida esta como aquella que posee un ambiente sano donde se aprende de manera saludable y solidaria con el medio. La escuela saludable “fija entre sus objetivos principales contribuir al desarrollo de la salud de su alumnado, incrementando sus habilidades y promoviendo actitudes y conductas que lo posibiliten”. (Gavidia Catalán, 2001, p.506).

Para fundamentar correctamente el presente trabajo se recurre a la normativa vigente de Educación: La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE); al Real Decreto 1630/2006, de 29 de diciembre (BOE 4 de enero de 2007), por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación Infantil.

Se pretende que los alumnos consigan algunos de los objetivos propuestos en el artículo 13 de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE):

a) Conocer su propio cuerpo y el de los otros, sus posibilidades de acción y aprender a respetar las diferencias.

c) Adquirir progresivamente autonomía en sus actividades habituales.

d) Desarrollar sus capacidades afectivas.

e) Relacionarse con los demás, adquirir progresivamente pautas elementales de convivencia y relación social, así como ejercitarse en la resolución pacífica de conflictos.

g) Iniciarse en habilidades de lecto-escritura.

· **Conocimiento de si mismo y autonomía personal:**

- Conocer y representar su cuerpo, sus elementos y algunas de sus funciones, descubriendo las posibilidades de acción y de expresión y coordinación y controlando cada vez con mayor precisión gestos y movimientos.
- Identificar los propios sentimientos, emociones, necesidades o preferencias y ser capaces de denominarlos, expresarlos y comunicarlos a los demás, identificando y respetando, también, los de los otros.
- Adecuar su comportamiento a las necesidades y requerimientos de los otros, desarrollando actitudes y hábitos de respeto, ayuda y colaboración, y evitando comportamientos de sumisión o dominio.
-Progresar en la adquisición de hábitos y actitudes relacionados con la seguridad, la higiene y el fortalecimiento de la salud, apreciando y disfrutando de las situaciones cotidianas de equilibrio y bienestar emocional.

- **Conocimiento del entorno:**

- Relacionarse con los demás, de forma cada vez mas equilibrada y satisfactoria, interiorizando progresivamente las pautas de comportamiento social y ajustando su conducta a ellas.

- **Lenguajes: comunicación y representación:**

- Expresar emociones, sentimientos, deseos e ideas mediante la lengua oral y a través de otros lenguajes, eligiendo el que mejor se ajuste a la intención y a la situación.

- En cuanto a los **contenidos, el área mas relacionada es la de *Conocimiento de sí mismo y*** *autonomía personal, mas concretamente en los contenidos del bloque : El cuerpo y la propia* imagen y en el bloque : El cuidado personal y la salud; ya que hace referencia a acciones y situaciones que favorecen la salud y generan bienestar, a la práctica de hábitos saludables, al gusto por un aspecto personal cuidado, a la aceptación de las normas de comportamiento establecidas durante las comidas, el descanso, los desplazamientos y la higiene etc.

5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ANTECEDENTES

La Educación para la Salud se ha incluido siempre en casi todos los centros educativos, pero no es hasta los anos 80 cuando surgen proyectos y programas relativos a la salud. La firma de un convenio de colaboración en 1989 entre los Ministerios de Educación y Sanidad abrió la puerta para llevar a cabo acciones conjuntas que han permitido grandes progresos.

No obstante, no es hasta la entrada de la LOGSE (Ley Orgánica de 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo) donde se incorporo la Educación para la Salud como un tema trasversal que debía estar presente en todas las áreas curriculares y que se desarrollaba a lo largo de todo el periodo escolar.

García, Saez y Escarbajal (2000) afirman lo siguiente con referencia a la Educación para la Salud con la reforma educativa de la LOGSE: De este modo se ha empezado a superar la difícil situación en la que se encontraba su práctica real, ya que siendo, como pensábamos, una necesidad socio-educativa que contaba en su haber con algunas experiencias practicas, permanecía relegada a acciones puntuales e inconexas, sujetas sobre todo a la voluntad e interés individual de algún miembro del colectivo de enseñantes mas que a una acción educativa del conjunto del mismo y menos aun, de la comunidad educativa.

La Educación para la Salud se convierte en una presencia obligada en los centros educativos, pues es incorporada oficialmente al marco educativo con la aplicación de la reforma educativa. García et al. (2000) se preguntan: .Por que hay que educar para la salud?

Y su respuesta es la siguiente:

Porque el mundo ha cambiado sustancialmente haciéndose cada vez mas complejo en su estructuración y funcionamiento y, en segundo lugar, porque también se ha modificado sustancialmente la propia construcción social de la salud. Hoy el principal enemigo de la salud de los seres humanos no son ya las epidemias, sino sus propios hábitos y comportamientos, es decir, sus formas de vida insanas.

Posteriormente la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) recoge entre sus principios la transmisión y puesta en practica de valores y entre sus fines el desarrollo de hábitos saludables, el ejercicio físico y el deporte.

En su 36 Asamblea, la Organización Mundial de la Salud (1983) definió el termino de Educación para la Salud como: "Cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individualmente y colectivamente para mantener su salud y busque ayuda cuando lo necesite".

La Educación para la Salud pretende, por lo tanto, aumentar el conocimiento de la población sobre la salud y desarrollar los hábitos que conducen a ella. Una buena Educación para la Salud facilita el aprendizaje tendente a conseguir cambios en los comportamientos erróneos para la salud y mantener los comportamientos positivos.

Los Ministerios de Educación y de Sanidad y Política Social (2009) afirman:

En el ámbito escolar, la Educación para la Salud pretende que el alumnado desarrolle hábitos y costumbres saludables, que los valores como uno de los aspectos básicos de la calidad de vida y que desestime aquellas pautas de comportamiento que impiden o dificultan la adquisición del bienestar físico y mental.

La Educación para la Salud en el medio escolar contribuye al desarrollo de la Promoción de la Salud de un modo importante. La Promoción de la Salud es un concepto mas amplio que el de Educación para la Salud, según la OMS la Promoción de la Salud es “el proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejoren su salud”. Para ello es fundamental instruir a las personas y a la comunidad a través del acceso a la información, del desarrollo de habilidades prácticas y de la elevación de la responsabilidad en las elecciones sobre la propia salud hacia hábitos de vida saludables.

Ambas tienen la finalidad de mejorar el acceso a la información y a todos los servicios que tienen que ver con la salud, con el propósito de que las personas mejoren su vida y su bienestar, y las dos han demostrado ser instrumentos esenciales para modificar las formas de vida y conseguir un equilibrio favorable.

Gavidia Catalan (2009) muestra su propuesta para llevar a cabo la Promoción y la Educación para la Salud en las escuelas, afirma que para ello se debe promover la transversalidad, generar actitudes y comportamientos y procurar que las acciones transciendan más allá del aula y del centro educativo tratando de convertir la escuela en un centro Promotor de Salud.

La escuela promotora de salud trata de integrar el centro educativo en la sociedad haciéndole partícipe de los problemas que le afectan, propiciando nuevas conductas y buscando soluciones a los problemas. La idea clave es la de actuar mas allá de la propia aula y en coordinación con otras instituciones.

En relación con los llamados determinantes de salud, en un estudio realizado en 1974 Lalonde 4 llego a la conclusión de que la salud de las personas viene determinada por cuatro variables:

- La biología humana: genética, envejecimiento.
- El ambiente: contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural. Se tiene en cuenta el aire, suelo, agua, virus, bacterias, parásitos u hongos, el ruido, radiaciones, vibraciones, la dependencia, violencia, estrés etc.
- Los estilos de vida: conductas sanas e insanas. Hace referencia a la alimentación, la actividad física, adicciones, actividad sexual, conductas temerarias etc.
- El sistema de asistencia sanitaria: tiene en cuenta el nivel de calidad, cobertura, acceso y gratuidad del sistema.

Según el informe Lalonde, los factores que tienen más influencia sobre la salud son los estilos de vida y el medio ambiente. Para lograr una buena salud es imprescindible que las cuatro variables estén en armonía.

Son numerosas las iniciativas que se están llevando a cabo con respecto a la alimentación, la actividad física y los hábitos saludables. Se destacan algunas de ellas:

► A nivel europeo surge la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) que nació en 1995 gracias a una idea de personas expertas en salud y en educación, de responsables políticos, investigadores y educadores, en el marco de encuentros entre la Oficina regional europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Comisión de la Unión Europea (CUE) y el Consejo de Europa (CE).

España forma parte de la REEPS desde el ano 1993, lo que implica que el Estado español tiene un compromiso de cooperación intersectorial entre las autoridades sanitarias y educativas.

Las escuelas que deseen participar en esta red deben hacer de su centro un lugar de promoción de la salud durante un periodo mínimo de tres anos. La dirección del proyecto en cada colegio estará en manos de una persona del equipo docente, la cual será la encargada de formar un equipo para poner en marcha el proyecto, su evaluación y orientación. Los centros educativos deberán tener en cuenta los objetivos y criterios que se les marquen para llevar a cabo los proyectos. Actualmente en la REEPS participan más de 40 países de la región europea de la OMS.

- También, la Comisión de las Comunidades Europeas (2005) estudia la manera de promover una mejor nutrición en la Unión Europea y pone en marcha iniciativas para fomentar la alimentación sana y la actividad física. Se inicia un proceso de consultas sobre determinadas cuestiones sobre salud en el que participen las instituciones europeas, los Estados miembros y la sociedad civil, con el fin de contribuir a la promoción de una dieta sana y de la actividad física.

Entre sus ámbitos de intervención está centrar la atención en niños y jóvenes. Esta Comisión sostiene que durante la infancia y la adolescencia se producen importantes elecciones en los hábitos de vida que predeterminan los problemas de salud en la edad adulta. Por esto la necesidad de orientar a los niños hacia comportamientos saludables siendo la escuela un medio privilegiado; a esta debe añadirse el esfuerzo de los medios de comunicación, los servicios sanitarios, la sociedad civil y los sectores industriales interesados.

► La OMS (1998) en su 51a asamblea aprueba la política *Salud para Todos en el Siglo XXI* que en la región europea se la conoce con el nombre de *Salud21. Salud para Todos en el siglo XXI. El principal objetivo es el de conseguir que todas las personas alcancen su potencial* de salud, y sus dos metas principales son: promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida y reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, así como el sufrimiento que originan.

Esta política se centra en 21 objetivos, tantos como el siglo en el que estamos, en su conjunto constituyen la esencia de la política regional; se describen de forma especifica las necesidades de la región europea y se sugieren las acciones para mejorar la situación.

Algunos de estos objetivos son: solidaridad para la salud en la región europea, equidad en la salud, la salud de los jóvenes, envejecer en buena salud, mejorar la salud mental, reducir las enfermedades transmisibles, un entorno físico sano y seguro etc. Se pretende mejorar la salud de todos aplicando las mejores estrategias que han surgido de la experiencia colectiva de Europa a lo largo de los últimos 15 años.

A nivel de España, los Ministerios de Educación y de Sanidad y Política Social (2009) en la guía *Ganar Salud en la Escuela nos ofrecen las herramientas para facilitar la introducción de* proyectos de Promoción y Educación para la Salud en los centros educativos de manera transversal, en relación con las áreas de la salud. Sostienen que:

El Proyecto Educativo de Centro es el marco adecuado que permitirá actuar con garantía de eficacia, dado que facilita la adopción, por toda la comunidad educativa, de modos y estilos saludables, en un ambiente favorable a la salud física, emocional y grupal, no solo mediante la instauración de contenidos curriculares adecuados, sino también a través del fomento de un entorno físico, psicosocial y relacional saludable y seguro.

- El Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) elabora la *Estrategia Naos para la nutrición,* actividad física y prevención de la obesidad. Su meta es fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la obesidad y, con ello, reducir la mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas.

Se trata de un conjunto de acciones dirigidas a toda la población pero su prioridad es la prevención de la obesidad, centrada en los niños y jóvenes cuyos hábitos alimentarios y de actividad física no están consolidados. Para conseguirlo establece unos objetivos principales y unos ámbitos de intervención: ámbito familiar y comunitario, ámbito escolar, ámbito empresarial y ámbito sanitario. Así, como las acciones para lograrlo en cada uno de los ámbitos.

En el ámbito escolar algunas de las acciones son:

- Promover la práctica de actividad física y deporte en el colegio.
- Cursos de formación del profesorado, materiales didácticos y orientaciones sobre alimentación y actividad física.
- Talleres o actividades extraescolares de cocina y gastronomía.
- Prohibición de colocar maquinas expendedoras en zonas donde puedan tener acceso a ellas los alumnos de infantil y primaria.

► Los Ministerios de Educación y de Sanidad, Política Social e Igualdad (2006) desarrollan el *Programa Perseo, programa piloto para luchar contra la obesidad en el ámbito escolar, este* programa se desarrolla dentro de la Estrategia Naos. Su objetivo es promover hábitos saludables en niños de 6 a 10 años.

- Igualmente el *Programa Thao surge para evitar la obesidad en los niños. Esta basado en la* experiencia de un programa francés llamado EPODE. Es un programa de intervención municipal que se inicio en España en 2007, pretende mejorar los hábitos saludables en los niños de 0 a 12 años y sus familias a través de la alimentación equilibrada y la actividad física regular.

Tanto la Estrategia Naos, como el Programa Perseo y el Programa Thao pretenden evitar la obesidad y el sobrepeso, ya que según la OMS, la obesidad y el sobrepeso han aumentado de manera inquietante a nivel mundial debido al sedentarismo y a una alimentación incorrecta, lo que conlleva numerosas enfermedades crónicas. La OMS afirma que estas enfermedades se pueden evitar con una dieta sana y con la practica de actividad física regular, evitando así las muertes prematuras. La obesidad es considerada la epidemia del siglo XXI pues se ha convertido en un importante problema de salud publica.

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León (2006) elabora la *Guía para la Promoción de la Salud en los centros docentes de Castilla y León. Esta guía nos propone los campos* de actuación que se deben trabajar en cada nivel educativo; para la etapa infantil nos señala los hábitos higiénicos (salud buco-dental), alimentación y actividad física, educación afectivo-sexual y prevención de accidentes como los campos en los que debemos actuar.

Para cada uno de los campos de actuación se ha establecido un objetivo general y objetivos específicos sobre conocimientos y actitudes y objetivos relacionados con el desarrollo de habilidades.

6. ALGUNOS CAMPOS DE ACTUACIÓN EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

6.1 CONTROL DE ESFÍNTERES

El documento ya citado anteriormente varias veces, de la *Memoria de plan de estudios del título de Grado Maestro –o Maestra- en Educación Infantil por la Universidad de Valladolid (2010), refleja* que uno de los objetivos fundamentales del titulo de Grado es formar profesionales con capacidad para la atención educativa directa a los niños del primer ciclo de educación infantil. Prestando atención a este objetivo, es necesario que todos los profesionales conozcan como se trabaja el control de esfínteres con los más pequeños.

Se entiende por control de esfínteres al proceso que tienen que recorrer todos los niños hasta retener voluntariamente la orina y los excrementos, este proceso se deberá ir desarrollando progresivamente, teniendo en cuenta que para conseguirlo el niño tiene que tener un nivel de desarrollo físico, motor, cognitivo y afectivo.

Garzón (2000) afirma que el control de esfínteres es un proceso individual que tiene que ver con el desarrollo y la experiencia de cada niño, pues cada niño tiene un momento en el que la musculatura esfinteriana está preparada y que se debe respetar los diferentes ritmos y los momentos conflictivos, como puede ser el nacimiento de un hermano.

Antes de iniciar este proceso la escuela tiene que planificarlo con los padres, pues ambos deben comenzar a poner al niño en la taza u orinal al mismo tiempo. Se considera que la época de calor es la idónea para comenzar este proceso.

Hacia los 18 meses-2 anos ya podemos iniciar el control de esfínteres, no nos debemos precipitar, pero si debemos ir favoreciéndolo e intentar que los niños comprendan la situación y lo que los adultos esperamos de ellos.

Los niños comprenden las cosas mucho antes de llegar a expresarlas verbalmente, por lo tanto, explicaremos al niño lo que tiene que hacer pero sin hacerle sentir culpable cuando no lo haga correctamente. El niño tiene que estar motivado y ver este proceso como una superación personal, los adultos le incentivaremos haciéndole ver que ya es mayor para hacerlo en la taza o recurriendo al acto de la imitación con sus compañeros. La tolerancia o exigencia del adulto respecto al control de esfínteres tiene una fuerte repercusión en la adquisición de este.

Antes de iniciar el proceso del control de esfínteres el niño tendrá que ser capaz de mantenerse sentado sin ayuda por un tiempo no inferior a 3-4 minutos, muchos niños desearán levantarse pero intentaremos que permanezcan sentados.

Los pasos que debemos llevar a cabo en la escuela para conseguir el control de esfínteres son los siguientes:

- Al principio se ira sentando al niño en la taza a unas determinadas horas (por la mañana, antes y después de comer, antes y después de la siesta, por la tarde y antes y después de dormir) y a continuación le volveremos a colocar el panal. Cuando observemos que el niño casi siempre hace la orina o los excrementos en el inodoro le podremos quitar el panal durante todo el día.
- Los padres serán los encargados de quitar el panal durante todo el día por primera vez, normalmente en el fin de semana, una vez que se haya tomado la decisión de forma conjunta con el centro. Esta decisión debe ser definitiva (exceptuando algún tipo de enfermedad como gastroenteritis) para no confundir al niño.

- Los primeros días sin pañal es corriente que el niño haga orines muy cortos y seguidos, por lo tanto, se le pondrá con frecuencia en la taza (cada hora y media aproximadamente) y le preguntaremos cada poco tiempo si tiene ganas de orinar. Para las deposiciones si no tiene un horario regular le sentaremos después de las comidas. Cada niño tiene su propio horario y hay que conocerlo, el educador debe llevar un registro de frecuencia.
- La mayoría de los niños después de haberles quitado el panal por el día, se harán sus necesidades encima alguna vez, se le deberá hacer entender que tienen que hacerlo en la taza, pero sin reñirlo. Los adultos tienen que ser constantes dentro y fuera de la escuela para lograr resultados positivos. Si al niño se le escapa la orina o los excrementos conviene ignorarlo durante algunos minutos, hasta que el niño muestre incomodidad. Luego, hay que requerir que colabore en su limpieza, se quite la ropa y se ponga ropa seca. El educador debe cambiar al niño de pie, considerándole mayor para tumbarle en el cambiador.

- Cuando se observa que el niño controla sus esfínteres durante el día, pues su panal se mantiene seco, le podemos quitar el panal de la noche o de la siesta, mostrándole que no lo lleva puesto.
- Hay que apreciar mucho sus primeros orines en la taza u orinal pues la motivación positiva como elogios y sonrisas es beneficiosa. “El adulto debe tener interés por las evacuaciones que el niño le mostrara con orgullo y debe respetar la curiosidad del niño por sus productos y características” (Garzón, 2000).
- Lo que nunca se debe de hacer es ridiculizar o compararle con otros niños que ya han logrado el control de esfínteres, ni hacerle que confunda el ponerle en la taza con otros momentos de juego.
- El niño tiene que aprender a ir solo al cuarto de baño, debe desvestirse, limpiarse, y lavarse las manos de forma autónoma.

- Los padres y educadores debemos mostrar paciencia con el ritmo de cada niño pues el hacerlo nosotros mismos solo lleva a que el niño espere a que le hagan todo y no aprenda. El adulto no debe obsesionarse pues no hay un tiempo establecido para adquirir el control de esfínteres; puede ser de días a dos o tres meses dependiendo del niño. El completo control de esfínteres se alcanza hacia los 2-4 anos de vida.
- Los padres deberán llevar a la escuela zapatos, calcetines, cambios de ropa interior y exterior.
- El adulto llevara guantes de látex en todo momento.

El control de esfínteres supone la frustración de un deseo (orinarse) aplazando el placer inmediato a cambio del reconocimiento del adulto. Aprender a frustrarse en lo inmediato para posponer el placer es un aprendizaje importante en la vida del niño.

Hasta los 6 anos se considera normal no controlar los esfínteres, después se empieza a tratar medicamente.

6.2 SUEÑO Y DESCANSO

Los seres humanos necesitamos fases de actividad y descanso para mantenernos en equilibrio, tanto el exceso como la ausencia de alguna de estas fases puede tener consecuencias negativas para la salud.

Gómez-Ferrer, Ruiz y Fernández (2000) afirman que mediante el sueno el organismo se recupera de la fatiga muscular y mental, se restablece el equilibrio metabólico y se reorganiza el sistema neuronal. Sostienen que los primeros meses es adecuado que el bebe duerma con los padres pero a partir de los seis meses ya se le puede cambiar a una habitación cercana. Al cambiarlo de habitación a esta edad es imposible que se produzcan conductas como miedos y llantos, además es a esta edad cuando los bebes suelen alterarse con mas facilidad y comienzan a reaccionar ante los sonidos que les rodean.

Para que el sueno se realice de forma adecuada tenemos que tener en cuenta algunas condiciones favorables. Para ello se debe:

- Crear unos hábitos de sueno, estableciendo rutinas, respetando los horarios y enseñando al niño a dormir solo.
- Hacer agradable el momento de irse a la cama, contándoles un cuento o permitiéndoles que se lleven algún muñeco, así no verán la hora de irse a dormir como algo negativo.
- El niño tiene que tener satisfechas sus necesidades de hambre y sed para que no sea un excusa alargar la hora de ir a la cama.

- En la habitación no tiene que haber estímulos que alteren al niño, debe tener una higiene ambiental suficiente, el mobiliario debe de ser el adecuado y la temperatura debe ser la correcta para la época del año en la que se este, evitando el arropamiento excesivo.
- Para tranquilizar al niño podemos poner música relajante, creando así un ambiente sereno, la música ayudara a introducir en el niño la rutina del sueno sin forzarle, de forma tranquila y melódica.
- También debemos vigilar cualquier tipo de malestar como miedos, pesadillas, enuresis, pañales húmedos etc.

Los bebés siempre tienen que dormir boca arriba o de lado, nunca boca abajo; es decir, dormirán decúbito lateral o decúbito supino, nunca decúbito prono, para evitar la asfixia por su propio vómito o la muerte súbita. Cuando el bebé esta de lado se le puede colocar una almohada en la espalda para que no se mueva, también procuraremos ponerle primero de un lado y después del otro para ir cambiándole de postura, teniendo cuidado que tengan la oreja en posición inferior correctamente colocada.

Un niño con falta de sueño se suele mostrar irritable y descentrado, muy dependiente de quien lo cuida, está de mal humor pudiendo aparecer el llanto para llamar la atención de la persona adulta.

Pérez Alonso-Geta (2005) sostiene que los problemas de sueno suelen deberse en un 90% de los casos a un mal hábito y que para reeducar el habito del sueño hay que mostrarse tranquilo y seguir los siguientes pasos:

- Que asocie el sueño a unas rutinas.
- Salir de la habitación cuando todavía esta despierto, no coger al niño ni mecerle.
- Tener varios chupetes para que pueda encontrarlos.
- Después de asegurarse de que no le pasa nada, se le dejara llorar si no se conforma.
- Volver al cabo de cuatro o cinco minutos para tranquilizarlo y salir de la habitación.
- Los intervalos de entrada se irán haciendo cada vez mas largos siguiendo una cadencia de orden y regularidad que puede durar algún tiempo, hasta que al final caiga dormido.

Estivill (2012) también mantiene que el sueno es un habito y por lo tanto se puede enseñar. “el niño aprende por repetición, asociando unos elementos externos al hábito que le estamos enseñando” (Estivill, 2012). También su método implica no acudir al llanto del bebé enseguida, sino esperar unos minutos, siguiendo unas pautas marcadas.

En oposición a las ideas de estos dos autores, Jove (2007) sostiene que no es conveniente dejar llorar a los niños pues se provoca un shock emocional en ellos que altera los niveles de las principales hormonas que regulan las emociones, además el niño piensa que aunque se queje el adulto no le responderá. Afirma que la aplicación de estos métodos de adiestramiento conlleva secuelas: trastornos de ansiedad, depresiones, indefensión aprendida, trauma por estrés agudo etc.

De tres a seis años en algunas ocasiones se observa que los niños no han dormido lo suficiente pues no llevan el ritmo adecuado en el desempeño de las actividades; por este motivo se hace necesaria la colaboración con la familia en relación con los ritmos y horarios de descanso.

6.3 HIGIENE

La higiene personal o individual son las medidas de prevención y mantenimiento de la salud como el aseo personal, de la ropa y el calzado. No solo es importante por motivos de salud sino que una mala higiene puede hacer que una persona pueda verse rechazada por otras si no cumple las normas higiénicas aceptadas por una comunidad. Tener una buena higiene personal normalmente depende de uno mismo, pues la autoestima que tenga el niño es importante para que se valore y se esmere por verse bien.

A continuación se destacan algunos aspectos relacionados con la higiene personal en los niños:

- Higiene de los ojos: los ojos tienen su propio mecanismo de limpieza constituido por el sistema lacrimal. No obstante debemos tener en cuenta algunas medidas para su correcta higiene:

- No debemos tocarnos con las manos sucias, con pañuelos u otros objetos que no estén limpios.
- Al estudiar o ver televisión es adecuado tener una buena iluminación para evitar el esfuerzo de la vista, la luz debe entrar por la izquierda para los diestros y de la derecha para los zurdos, evitando así la sombra en el papel.
- Es aconsejable no leer en vehículos que estén en movimiento para evitar el esfuerzo de los ojos ya que se producen alteraciones continuas en la distancia entre el texto y el ojo.

- En el aula se debe evitar la falta de luz y utilizar en lo posible la luz solar, debemos evitar también la luz excesiva sobre los ojos. Hay que evitar el cansancio visual desterrando letras u objetos muy pequeños.
- Es importante tener un control médico, el niño que lo necesite deberá llevar gafas y debemos estar atentos ante posibles problemas como estrabismos, conjuntivitis y otras enfermedades de la vista.
- Higiene de la piel: la piel es una de las primeras barreras del cuerpo para defenderse de las agresiones del medio, en ella hay bacterias beneficiosas para defendernos de agentes extraños, por eso se debe elegir un jabón con pH neutro que no altere la propia flora de la piel. El baño tiene dos importantes finalidades, la limpieza de la piel y estimular la piel y la musculatura del niño. Es aconsejable ducharse una vez al día con el objetivo de favorecer la transpiración y eliminar las células muertas y las bacterias que proliferan por el sudor.

- Higiene de las manos: las manos son un vehículo de transmisión de infecciones debido a su relación directa con el medio. Se debe lavar las manos antes y después de cada comida, después de ir al baño y siempre que estén sucias. Hay que cortarle las uñas con frecuencia pues así se evita la adquisición de gérmenes y bacterias así como de infecciones, además de prevenir arañazos entre los niños. Para su limpieza se puede usar un cepillo suave, nunca utensilios puntiagudos, las unas pueden cortarse desde la primera semana.
- Higiene del cabello: es aconsejable lavarse la cabeza dos veces por semana con un champú suave, frotando con las yemas de los dedos y no con las unas. En el colegio se debe tener especial cuidado con la pediculosis pues su trasmisión es por contacto directo, los maestros y los padres tendrán que vigilar que no haya piojos entre los niños, este sería un motivo de exclusión escolar hasta que el niño deje de tenerlos.

- Higiene de los pies: se deben secar correctamente para impedir el desarrollo de las enfermedades producidas por hongos y cortar las unas de forma recta para no producir encarnaduras.
- Higiene de los oídos: su aseo debe ser frecuente evitando que el agua entre en ellos y sin introducir objetos para su limpieza. Se limpiará exclusivamente el pabellón de la oreja, nunca el conducto auditivo. La cera que se produce en el oído es una defensa y un mecanismo de limpieza pues lo protege del polvo, no es necesario sacarla sino sale al exterior y da sensación de suciedad. Se deben evitar voces y ruidos fuertes.
- Higiene de los genitales: su aseo debe hacerse a diario de manera correcta, las niñas deben limpiarse de delante hacia atrás, no arrastrando nunca el papel de atrás hacia delante ya que esto puede hacer que restos de heces lleguen a la vagina y provocar su infección. Se deben secar bien los pliegues inguinales para evitar que la piel quede húmeda.

- Higiene bucodental: la prevención de las enfermedades bucodentales empieza en la infancia. Su limpieza va encaminada a prevenir la caries dental así como de la enfermedad periodental (encía y hueso alrededor del diente).

Perea Quesada (1997) afirma que la prevención de la caries se debe centrar en reducir la cantidad de azúcar, utilizar fluoruro para aumentar la resistencia del diente y cepillarse los dientes correctamente. Este cepillado debe realizarse después de cada comida, existiendo dos técnicas: la de cepillado horizontal (cepillado de atrás hacia delante), y barrido vertical, (de la encía hacia el diente). La superficie masticadora se cepilla siempre de atrás hacia delante.

- Higiene de la ropa y del calzado: la ropa debe permitir el movimiento y la traspiración, los tejidos naturales (lino, algodón, seda…) son los más adecuados. Se deben evitar ropas difíciles de poner y quitar y deben ser adecuadas a su tamaño. Si se puede se debe sustituir los botones, alfileres… por broches o cremalleras que son mas fáciles de usar por los niños. El calzado no debe dificultar la traspiración y debe posibilitar la correcta movilidad del pie. La longitud y anchura debe tener la forma natural del pie, sobrepasando 6mm su anchura y 12mm su longitud, pues ha de permitir el libre juego de los dedos del pie. Se aconseja no comprar los zapatos sin haberlos probado previamente. A partir de los dos años pueden llevar zapatos normales y hasta esta edad es mejor un tipo de zapato alto (bota) debido a la debilidad de los músculos del tobillo. Mejor evitar los cordones porque hasta cierta edad el niño no sabrá atárselos.

6.4 ALIMENTACIÓN

La alimentación es un tema fundamental en la Educación para la Salud. Perea Quesada (2004) afirma: Una buena alimentación es importante en todas las edades, pero cobra una especial importancia en los primeros años de vida. Actualmente se sabe que el periodo de vida que comprende desde la época fetal hasta los cinco anos es decisivo tanto en el crecimiento físico como psíquico, y que el retraso que un niño puede sufrir durante este periodo es difícil de superar. En la infancia no solo se crece en estatura sino que el crecimiento ocurre a nivel interno, los órganos como el hígado y el cerebro también crecen y maduran. Por lo tanto, cuanto mas saludable sean los aportes y mas equilibrada sea la dieta con mayor salud y energía crecerá el organismo.

En España han aumentado de forma alarmante los porcentajes de obesidad en los adultos y en la edad infantil, pues se ha abandonado la dieta mediterránea y se ha pasado al consumo de una dieta rica en grasas y azucares, repleta de alimentos precocinados, envasados, de bollería industrial y al abuso de bebidas gaseosas. Además el estilo de vida casi sedentario que hemos adoptado ha traído como consecuencia el sobrepeso y la obesidad.

El niño obeso tiene muchas posibilidades de convertirse en un adulto obeso. “La probabilidad de que un niño de 4 años con obesidad se convierta en un adulto obeso es de un 20 por ciento, en la adolescencia se eleva hasta un 80 por ciento”. (Sanz, 2007).

La obesidad puede reducir en 10 años la esperanza de vida de una persona debido a la relación entre obesidad y enfermedades. En la población infantil las enfermedades asociadas a la obesidad son: hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer, hiperinsulinemia, dislipemia (trastorno de los lípidos), enfermedades del aparato espiratorio como el asma y trastornos psicológicos como la falta de autoestima que puede llegar a producir depresión.

Sanz (2007) dice que los escolares deben comer de todo, pues cuanta mayor variedad de alimentos haya en su dieta mayor es la posibilidad de que sea equilibrada y contenga los nutrientes necesarios, además el paladar y el gusto tienen que educarse. Sostiene que se debe hacer tres comidas al día importantes: desayuno, comida y cena y dos tomas más ligeras a media mañana y a media tarde. Afirma que la alimentación debe contener de manera equilibrada proteínas, hidratos de carbono y grasas, y que la alimentación infantil no debe excederse en sal (la OMS recomienda no tomar mas de 3 gramos diarios de sal en los menores de 7 anos) además, los niños no deben tomar bebidas gaseosas, salvo en determinadas ocasiones, pues contienen mucho azúcar y son pobres en nutrientes, solo aportan calorías que engordan pero no nutren, el niño debe beber principalmente agua.

- Evitar el uso de juguetes en la mesa, pues comer es la actividad que debe hacer aunque le cueste. También se debe evitar la televisión o los cuentos pues debemos potenciar la comunicación Debemos evitar la táctica de distraerle mientras come, pues alimentarse no es un acto desagradable que hay que disfrazar. La comida es un momento privilegiado de relación entre el adulto y los demás niños.
- Tiene que aprender a comportarse en la mesa con corrección (no levantarse hasta que haya terminado, tener una postura correcta, limpiarse con la servilleta, usar los utensilios adecuadamente, recoger lo que se le haya caído etc.) y tiene que ayudar en tareas sencillas como recoger.
- Si se mancha mientras come luego se debe cambiar, para crearle la necesidad de que esté limpio.

- Ofrecerle los alimentos que le gustan menos al principio pues es cuando más hambre tiene, si no le gusta algo, tiene que comerlo aunque coma menos.
- Para motivarle se debe cuidar las raciones y la presentación de los platos.
- Se debe tener especial cuidado con las alergias alimentarias.
- No hay que emplear la comida como un premio ni como un castigo.
- Los padres deben dar ejemplo comiendo de todo delante del niño.

Lobo Aleu (1997) sostiene que: Jamás se debe obligar mediante la fuerza a comer a un niño, pues los resultados siempre serán contraproducentes y las consecuencias negativas. Los rechazos a determinados alimentos, las inapetencias o los simples caprichos pasajeros, deben ser tratados con tolerancia, con la intención de ayudar al niño a superar dificultades y no de someterle a la voluntad del adulto.

Recomienda la dieta mediterránea, que aporta frutas, verduras, frutos secos, legumbres, arroz, los cereales, el pan, el pescado y el aceite de oliva. También incluye carnes, aves y huevos en poca frecuencia y cantidad (una o dos veces a la semana), los lácteos (yogur, queso, leche) que no son abundantes en la dieta mediterránea pero en los niños se puede aumentar la cantidad. Afirma que esta dieta constituye un tipo de alimentación ideal pues aporta vitaminas, minerales y antioxidantes, presentes en las frutas y verduras.

En relación a los aspectos a tener en cuenta a la hora de la comida, se destacan los siguientes:

- Crear un ambiente agradable, evitando las prisas, las tensiones y las interrupciones.

- El niño debe comer a su ritmo no al de los adultos.

Una comida correctamente planificada y que se lleva a cabo de forma relajada se convierte en uno de los mejores momentos del día tanto para el maestro, los padres, como para los niños.

Los padres, los responsables del comedor escolar, los responsables de la industria alimentaria y las autoridades sanitarias deben colaborar para conseguir una buena educación nutricional en los niños pues el hábito de alimentarse correctamente, igual que todos los anteriores, puede enseñarse.

6.5 ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física contribuye a desarrollar, conocer y valorar el propio cuerpo. La expresividad que muestran los niños en las actividades motrices nos permiten conocerlos mejor, anular en ellos esta capacidad de movimiento es anularles su capacidad de aprender. Piaget (1936) sostiene que el niño mediante la actividad corporal, piensa, aprende, crea y afronta sus problemas.

Los Ministerio de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia (2007) afirman en la Guía Actividad Física y Salud que la actividad física es necesaria para mantener y mejorar la salud y la prevención de enfermedades para todos y a cualquier edad. Recomiendan que los niños deben participar en actividades físicas de al menos intensidad moderada durante una hora diaria (continuada o en periodos de diez minutos a lo largo del día) y sostienen que el juego es la actividad física más común, pero que también los niños realizan actividades físicas espontáneas (caminar, pasear, ir en bicicleta, patines…) o dirigidas (en el colegio o en el tiempo libre). En el colegio, el maestro debe programar actividades para desarrollar en los niños la coordinación, la resistencia cardiorrespiratoria, la fuerza y resistencia muscular y la flexibilidad.

En cuanto a los beneficios comprobados que produce la actividad física en la infancia y en la adolescencia son:

- Contribuye al desarrollo integral.
- Control del sobrepeso y la obesidad.
- Mayor mineralización de los huesos y disminución del riego de padecer osteoporosis en la vida adulta.
- Mejor maduración del sistema nervioso motor e incremento de las destrezas motrices.
- Mejor rendimiento escolar y sociabilidad.

Los Ministerio de Sanidad y Consumo y de Educación, Política Social y Deporte (2008) en la *Guía para una escuela activa y saludable sostienen que se deben tomar medidas para que al* menos la escuela no se convierta en un ambiente obesogénico (en el que el niño tiene un acceso fácil a alimentos de gran palatabilidad y densidad energética, a la vez que se restringe la realización de grandes cantidades de actividad física), por el contrario esta debería contribuir a promover la elección de alternativas saludables. Una de estas iniciativas es intentar transformar los centros escolares en "escuelas activas", es decir, espacios que estimulen una amplia variedad de formas de actividad física, pues se sabe que el ambiente condiciona el nivel de actividad que realizamos. Los pasos para convertir el centro es una escuela activa son:

- Asumir la filosofía de "Escuela Activa".
- Crear un órgano de gestión.
- Crear un Plan General de Promoción de la Actividad Física Saludable.
- Elaboración de Planes Específicos de Acción.

7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

7.1 OBJETIVOS FORMATIVOS

Los objetivos formativos que nos proponemos conseguir son los siguientes:

- Adquirir a través de la literatura hábitos de higiene, alimentación, ejercicio físico y sueño y relacionar estos hábitos con los efectos sobre la salud.
- Aprender conocimientos relativos a la salud.
- Fomentar la imaginación y la creatividad.
- Desarrollar el pensamiento divergente.
- Favorecer la ampliación del vocabulario y mejorar el lenguaje escrito.
- Valorar la importancia de unos hábitos saludables correctos para disminuir la incidencia de enfermedades.

7.2 CONTENIDOS

- Hábitos saludables: higiene, alimentación, actividad física y sueño.
- El cuerpo humano.
- Emociones: tristeza, alegría, enfado, celos etc.
- Adquisición y consolidación a través de la literatura de hábitos saludables: de higiene, alimentación, ejercicio físico y sueño.
- Utilización del cuerpo como medida de expresión y vehículo de conocimiento de si mismo y de los otros.
- Conocimiento de las propias emociones y las de los demás.
- Gusto por el cuidado del cuerpo e interés por conocer los hábitos saludables.
- Respeto hacia los compañeros.
- Disfrute con la lectura y escritura de los cuentos.

7.3 METODOLOGÍA

En los centros escolares se puede trabajar la educación para la salud con diversos juegos, materiales y actividades: fichas, adivinanzas, canciones, poesías, dibujos animados, vídeos educativos, etc., pero, para esta propuesta de intervención educativa escogemos los cuentos o historias por su valor atrayente. Los cuentos son un material didáctico de primer orden: Cubells Salas (1997) mantiene que un conjunto de cualidades con valor educativo justifican la utilización del cuento en la escuela infantil, pues estos preparan para la vida, facilitan la estructuración temporal en la mente infantil, satisfacen su ansia de acción y el deseo de saber, proporcionan un medio de conocer a los niños y desarrollan la fantasía. Estas y otras muchas cualidades justifican la utilización del cuento como un material didáctico esencial.

A partir de la lectura de cuentos, puede surgir un proyecto educativo, estos pueden ser una actividad introductoria que lleve a los niños a desear saber mas cosas e investigar sobre ellas. Los cuentos que se presentan en esta propuesta de intervención educativa, así como los que se elaboren entre todos los alumnos, pretenden fomentar comportamientos saludables y constituir aprendizajes significativos, haciendo que el niño pueda establecer relaciones entre sus experiencias previas y el nuevo aprendizaje. El principio de globalización es idóneo para que el aprendizaje del niño sea significativo ya que el tiene una percepción sincrética, es decir, percibe globalidades.

Con la investigación, la experimentación y la lectura de cuentos se intenta que el niño vaya construyendo sus aprendizajes. Tonucci10 (1977) habla de la escuela de la investigación, rica en estímulos y materiales, que será usada como un instrumento que hace posible la investigación, permite al niño desarrollarse y encontrar las formas y los lenguajes. Pero no solo el niño ha de investigar, el maestro también deberá ser un investigador, pues la escuela Promotora de Salud precisa “que el profesor incorpore la practica investigativa en su quehacer diario” (Williams, 1995). En el aula se creara un clima de seguridad, respeto y confianza, utilizando el refuerzo positivo tanto verbal como afectivo, respetando el ritmo de cada niño y no permitiendo que dejen los trabajos a medio hacer. Se deberá tener en cuenta la corta edad de estos niños y que su grado de atención-concentración en el tiempo es escaso, por lo tanto las actividades no serán de larga duración.

Para llevar a cabo determinadas actividades pediremos la colaboración de los padres, logrando así que se impliquen en el proceso de enseñanza-aprendizaje de sus hijos y que en cooperación con la escuela trabajen los mismos contenidos en el hogar familiar, enriqueciendo de esta manera el aprendizaje. Vigotsky (1989) sostiene que si la interacción que se establece entre el adulto y el niño es adecuada ayudará a que este aprenda más, sobre la base del desarrollo que el niño ya tiene el adulto es capaz de llevarle mas allá si cumple con ciertas reglas; el docente se convierte así en un facilitador del aprendizaje. El adulto deberá por lo tanto ayudar a los niños a pensar, a investigar, a aprender del error, además el maestro debe ser capaz de sorprender y entusiasmar para lograr el interés de los niños, ensenándoles a ser capaces de aprender a aprender.

7.4 DESTINATARIOS

Los destinatarios a los que va dirigida esta propuesta son niños de 4-5 años. No obstante, tanto los cuentos que se adjuntan como las actividades pueden trabajarse en otras edades del segundo ciclo y en los últimos años del primer ciclo. Solo tendrán que adaptarse a las exigencias de una edad determinada.

7.5 TEMPORALIZACION

Esta propuesta de intervención educativa durará el curso escolar, sin embargo, el aprendizaje de hábitos saludables no debe trabajarse solamente con esta propuesta sino que debe estar presente dentro de todas las materias y actividades, implicándose todo el personal del centro en su enseñanza. El maestro organizará la lectura, elaboración de los cuentos y las actividades en el horario de mañana y lo hará partiendo de los ritmos biológicos de los niños y procurando alternar las actividades más tranquilas con las que requieren mas movimiento.

7.6 ACTIVIDADES

Cuento adaptado del cuento motor: “los microbios”.

El cuento motor es un cuento escenificado, un cuento vivenciado, el maestro narra el cuento y los niños interpretan lo que sucede en él. Los niños se convierten en protagonistas y partícipes activos. Para llevarlo a cabo el maestro deberá conocer bien el cuento, hablar con los niños de lo que van a hacer y preparar todo antes (escenarios…). Una vez terminado el cuento, debemos hablar con los niños sobre el para trabajar la comprensión y recordar los movimientos. A través del cuento motriz conseguiremos que el niño adquiera los contenidos programados (hábitos saludables), mejoraremos el lenguaje, además de trabajar contenidos propios de la expresión corporal. Cuento adaptado y modificado del cuento motor “Los microbios”, tomado del libro de Arteaga Checa, M., Viciana Garofano, V. y Conde Caveda, J. (1999).

Cuento: “Alejandro, un niño muy limpio”.

Con este cuento, de invención propia, se pretende trabajar los hábitos de higiene personal, la alimentación, el sueño y la actividad física, así como la igualdad de género. Una vez leído el cuento el maestro preguntara a los niños sobre sus hábitos higiénicos, de alimentación, descanso… También, con este cuento podemos tratar el tema de la igualdad de género con preguntas como: ¿quien hace las labores de casa?, ¿quien os lleva a la cama? Etc. Cada niño dibujará su propia portada del cuento y una vez finalizada podrá llevarse el cuento a casa.

Cuento con pictogramas: “Julia y el baño”.

Los pictocuentos ayudan a los niños que tienen problemas para expresarse mediante el lenguaje oral, ya que se suelen comunicar mejor mediante imágenes. Con los pictogramas podemos estimular el lenguaje, desarrollar su imaginación, así como ir conociendo los símbolos mediante los cuales podemos representar conceptos y acciones. Cada niño tendrá una copia del cuento, entre todos lo leeremos y hablaremos sobre su contenido. Después de leerlo y comentarlo tendrán que colorear los dibujos que vienen en él.

Cuento de “Las frutas y las verduras”.

Este cuento lo utilizaremos para que los niños conozcan las diferentes frutas y verduras que existen y la importancia que tienen para la salud. Con relación a el, hablaremos de la necesidad de comer de todo para crecer sanos y fuertes. Se establecerá un diálogo en el que cada niño contará lo que come en casa, lo que bebe, cual es su comida favorita etc. Se llevará al aula las diferentes frutas y verduras para conocerlas y probar algunas de ellas. Cuento inspirado en el cuento de Claudia Patricia Ramírez Luna: La historia de las frutas y las verduras.

Cuento viajero:

El maestro tendrá preparado un cuaderno en blanco titulado “Cosas que hago para cuidar mi salud y mi higiene”. Uno por uno, todos los niños se irán llevando el cuaderno a casa y con ayuda de sus padres escribirán, como si fuese una historia, las cosas que hacen para cuidar su salud y su higiene. Podrán colocar fotografías realizando algún acto saludable o realizar un dibujo al respecto. En clase se leerá al resto de los compañeros lo que cada niño ha escrito, se mostrarán las fotografías y dibujos y se comentará. Cuando todos los niños hayan terminado el cuaderno se dejará en la clase como un cuento más.

¿Cuánta actividad física hago con mis papás?

Cada uno de los padres escribirá en un folio la actividad física o los deportes que realiza con su hijo. Se leerá en clase lo redactado por los padres y se hablará sobre ello. Cuando todos los niños hayan traído su escrito podrán hacer un dibujo en él y escribir alguna palabra o idea más. Posteriormente se encuadernará y se colocará en el rincón de lectura.

Inventamos nuestro propio cuento.

Entre todos inventaremos una historia partiendo de la técnica de las “hipótesis fantásticas” propuesta por Rodari (1976): que pasaría si… Empezamos con la frase: ¿qué pasaría si en el colegio de Rafael no hubiese una taza donde hacer pis?

Empieza la maestra y el resto continua con lo que ha dicho el niño anterior. El docente recogerá todas las ideas para plasmarlo después en un cuento que será ilustrado por el alumnado. Inventaremos varios finales para nuestro cuento y por consenso entre todos nos quedamos con uno. A través de esta técnica favorecemos el pensamiento divergente de los niños (para un mismo problema buscar distintas soluciones); en infantil es importante estimular el pensamiento creativo que lleve a la búsqueda de diferentes alternativas para dar solución los problemas.

Trabajamos las emociones.

A través de la colección de cuentos infantiles de Moroney "Cuando me siento…" (triste, solo, enfadado, contento, celoso, querido) se pretende ayudar a los niños a expresar y comprender sus sentimientos y los de los demás. Y, con la colección de este mismo autor "Las cosas que me gustan…" (de mi, de mi familia, de mis amigos, del colegio) trataremos de crear pensamientos positivos en los niños. Estas emociones serán representadas corporalmente en el aula.

También podemos solicitar a los padres que nos traigan de casa algún cuento que trabaje las emociones para compartirlo con todos. Al igual que con todos los cuentos anteriores estableceremos un diálogo sobre el cuento que hemos visto para intentar que los niños aprendan a reconocer, expresen, comprendan y regulen sus emociones, originando de esta manera un crecimiento emocional e intelectual y preparando a los niños para su vida diaria.

7.7 EVALUACIÓN

La evaluación forma parte del proceso de enseñanza-aprendizaje, es un proceso continuo en el que se detectan los aciertos y los errores, así los aciertos los podremos reforzar y los errores los podremos rectificar. La evaluación de la propuesta de intervención educativa será global, continua y formativa abarcando los tres momentos: inicial, procesual y final. El principal instrumento de evaluación será la observación directa y sistemática, así como las entrevistas con los padres, que nos servirán para conocer si vamos cumpliendo los objetivos que nos hemos marcado.

Como profesionales estableceremos unos criterios de evaluación para saber si los niños han adquirido los conocimientos y alcanzado los objetivos que nos hemos propuesto:

- Conocer y reconocer los comportamientos que le llevarán a mejorar su salud.
- Realizar autónomamente las actividades que le lleven a satisfacer sus necesidades básicas.
- Mejorar en el aprendizaje emocional.
- Escuchar con atención.
- Disfrutar con la lectura de los cuentos.
- Utilizar la lengua oral para comunicarse positivamente con los demás.
- Mejorar progresivamente en la lengua escrita.

Además de evaluar el proceso de aprendizaje, se llevara cabo una autoevaluación de nuestra intervención, reflexionando sobre los puntos fuertes y débiles, para saber que es lo que hemos hecho bien y que es lo que podemos mejorar, además de una evaluación de la propuesta de intervención educativa.

8. CONCLUSIONES

Los programas de Promoción de la Salud pretenden mejorar la salud en la población y uno de sus Ámbitos es la Educación para la Salud en el medio escolar, ya que a través de la transmisión de conocimientos y el desarrollo de habilidades, permite crear hábitos saludables desde edades tempranas, evitando así las enfermedades. La Educación para la Salud constituye una estrategia muy poderosa para promover la adopción de estilos de vida saludables. Es necesario que el maestro se forme en temas de alimentación, higiene, actividad física, enfermedades etc., para así poder interpretar y resolver muchos de los problemas que surgen en la escuela. El maestro debe tener una formación y una actualización permanente en todas las materias, pero también en materias relacionadas con la salud, pues es papel del maestro prevenir actuaciones incorrectas y mantener y promover hábitos saludables.

También es imprescindible un trabajo de colaboración entre la escuela y los padres para tratar asuntos del desarrollo del niño, del desarrollo de hábitos, prevención de accidentes, enfermedades etc.; además, el maestro deberá procurar que exista una relación con los servicios médicos escolares para poder ejercer una acción educativa y preventiva. Es labor de los padres, de los maestros, de los servicios sanitarios y de toda la sociedad ayudar en el mantenimiento de la salud. La educación infantil es también un periodo importante para adquirir hábitos emocionales. El mantenimiento de la salud incluye también el aprendizaje emocional, pues la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social. En la escuela y en la sociedad se han priorizado los aspectos intelectuales de los alumnos en detrimento de los aspectos emocionales, pensando que cada persona es responsable de su desarrollo personal.

Debido a los acelerados cambios a los que la sociedad esta sometida, se hace obligatorio formar ciudadanos creativos. Educar en la creatividad es educar para el cambio. La escuela y la familia tienen que crear personas ricas en originalidad y visión futura para que puedan desenvolverse mejor en una sociedad como la nuestra, en continua transformación. A través de la lectura y elaboración de cuentos pretendemos ayudar a desarrollar esta capacidad, pues muchos investigadores comparten la creencia de que la creatividad puede desarrollarse, no es algo innato. La propuesta de intervención educativa que se plantea en el presente trabajo, además de enseñar hábitos saludables pretende sentar las bases para el desarrollo de las Competencias Básicas. Y aunque el currículo de la educación infantil no las contempla, si dice que en esta etapa “se integran aprendizajes que están en la base del posterior desarrollo de competencias que se consideran básicas para todo el alumnado”.

El cuidado y la apreciación del cuerpo es un aspecto importante que debemos potenciar en la escuela, pues a través de él, conocemos el mundo y experimentamos numerosas sensaciones. La escuela debe utilizar el cuerpo para apoyar los aprendizajes, pues lo sentido y lo vivido permanece con más fuerza en la memoria.

Naciones Unidas dice que “La verdadera medida del progreso de una nación es la calidad con que atiende a sus niños: su salud y protección, su seguridad material, su educación y socialización y el modo en que se sienten queridos, valorados e integrados en la familias y sociedades en las que han nacido”.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Arteaga Checa, M., Viciana Garofano, V. y Conde Caveda, J. (1999). Desarrollo de la expresividad corporal. Tratamiento globalizador de los contenidos de representación (2a ed.).Barcelona: Inde Publicaciones.

-Bandura, A. (1987). Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe.

-Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). Libro verde. Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas. Bruselas.

- Cubells Salas, F. (1997). La literatura infantil. Narración oral. En M. P. Lebrero Baena y P.
Pernil Alarcón (Coords.), Especialización del profesorado de educación infantil (0-6)
(710-711-712). Madrid: UNED.

- Estivill, E. (2012). *¡A dormir! El método Estivill para enseñar a dormir a los niños. Barcelona:* Random House Mondadori.
- García, A., Saez, J. y Escarabajal, A. (2000). *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida. Madrid: Aran Ediciones.*
- Garzón, M. (2000). *Didáctica de la Educación Infantil. La programación de actividades. Unidad didáctica: control de esfínteres. Secretaria General Técnica.*
- Gavidia Catalán, V. (2001). La Transversalidad y la Escuela Promotora de Salud. *Revista Española de Salud Pública, 6, 505-516.*
- Gavidia Catalán, V. (2009). El profesorado ante la educación y promoción de la salud en la escuela. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales, 23, 171-180.*

- Gómez- Ferrer, C., Ruiz, M. J. y Fernández, A. (2000). *El sueño Guía de Uso. Salud Mental Infanto-Juvenil. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia.*
- Lobo Aleu, E. (1997). *Metodología del primer ciclo. En M. P. Lebrero Baena (Coord.),* Especialización del profesorado de educación infantil (0-6 anos) (153). Madrid: UNED.
- Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2006). *Programa Perseo. Programa para la promoción de la alimentación y la actividad física saludables en el ámbito escolar.*
- Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Política social. (2009). *Ganar Salud en la escuela. Guía para conseguirlo. Madrid: Secretaria General Técnica del Ministerio de* Educación.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). *Estrategia Naos. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. (2008). *Guía para una escuela activa y saludable.*
- Perea Quesada, R. (2004). *Educación para la Salud. Reto de nuestro tiempo. Madrid: Díaz de* Santos.
- Perea Quesada, R. (1997)*. Factores determinantes de la salud en el ámbito escolar. En M. P.* Lebrero Baena (Coord.), Especialización del profesorado de educación infantil (0-6 años) (673-674). Madrid: UNED.
- Pérez Alonso-Geta P. M. (2005). *El niño de 0 a 3 años. Pautas de educación. Madrid: Ediciones* SM.

- Piaget. (1936). Ref. En: Berruezo. P. P. (2000). Hacia un marco conceptual de la psicomotricidad a partir del desarrollo de su practica en Europa y en España. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 37, 21-33.*
- Rodari, G. (1976). *La gramática de la fantasía. Introducción al arte de contar historias. Barcelona:* Editorial Avance.
- Sánchez Fernández, S. (2008). *Didáctica de la educación en valores. En A. de la Herran Gascon* y J. Paredes Labra (Coords.), Didáctica General: la practica de la enseñanza en Educación Infantil, Primaria y Secundaria (61-72). Madrid: McGraw-Hill.
- Vygotsky. (1989). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona: Grijalbo.*

- Williams. (1995). Ref. En: Gavidia Catalán, V. (2009). El profesorado ante la educación y promoción de la salud en la escuela. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales, 23,* 171-180.

REFERENCIAS LEGISLATIVAS

- Constitución española.
- LOGSE (Ley 1/1990 de 3 de octubre).
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- REAL DECRETO 1630/2006 de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación infantil.
- DECRETO 12/2008, de 14 de febrero, por el que se determinan los contenidos educativos del primer ciclo de la Educación Infantil en la Comunidad de Castilla y León y se establecen los requisitos que deben reunir los centros que impartan dicho ciclo.

TEMA 30. FACTORES ASOCIADOS CON EL INTENTO DE SUICIDIO: REVISIÓN SISTEMÁTICA

BÁRBARA FATÁS CUEVAS
MARA ALONSO ALGARABEL
MARTA ARAGÜÉS GARDE
LAURA ARANDA RUBIO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. METODOLOGÍA
4.RESULTADOS
5.DISCUSIÓN
6.CONSLUSIÓN
7.BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Cada año, un millón de personas muere por suicidio en todo el mundo (1). El suicidio y los intentos del mismo son un grave problema de salud pública mundial. Las tasas de suicidio aumentan con la edad en la mayoría de los países occidentales. De acuerdo al informe de la Organización Mundial de la Salud (2014), una estimación 804,000 muertes por suicidio ocurrieron en todo el mundo en 2012, lo que representa una tasa de suicidio estandarizada por edad global anual de 11.4 por 100,000 personas, y hace que el suicidio sea la decimoquinta causa principal de muerte. Aunque existe cierta variabilidad entre países, las tasas de suicidio son más altas en personas de 70 años o más en casi todas las regiones del mundo (2, 3, 4).

Es importante definir aquí en concepto de “intento de suicidio” (IS) el cual se refiere a los actos realizados por personas que tienen la intención de acabar con su propia vida, pero que no resultan en muerte (5).

Además, los adultos mayores tienen más probabilidades de morir en su primer intento, en parte debido a la elección de métodos más letales (4). De hecho, el riesgo eventual de suicidio entre los que intentan suicidarse en la tercera edad es el más alto entre todos los grupos de edad.3 También es cierto que un intento de suicidio previo sigue siendo un fuerte factor de riesgo para la posterior muerte por suicidio entre adultos mayores (3,4).

El hecho de que el suicidio se asocie con factores de riesgo en múltiples ejes implica que, si somos capaces de reducir los factores de riesgo, podemos modificar la trayectoria de un individuo hacia la muerte.

Sin embargo, cada uno de estos factores por sí solo tiene un poder predictivo insuficiente para ser útil en la identificación de una persona en riesgo de suicidio (6).

Cabe destacar la diferencia entre factor de riesgo y factor protector. Los factores de riesgo son características que aumentan la probabilidad de comportamiento suicida. Algunos ejemplos son la edad, el sexo y la historia personal. Por ejemplo, las personas de 85 años en adelante tenían las segundas tasas más altas de intentos de suicidio; los hombres completan el suicidio a tasas más altas que las mujeres. Otras como dificultades de salud física (grado de molestias físicas y cualquier discapacidad en las actividades de la vida diaria [AVD] y actividades instrumentales de la vida diaria, enfermedades crónicas), historial traumático / psiquiátrico, historia de abuso de sustancias, trastorno psicológico actual (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizado) también se categorizan como factores de riesgo (2,7,8).

Los factores de protección incluyeron características psicosociales protectoras (resiliencia, propósito en la vida, gratitud, integración comunitaria, optimismo y curiosidad), conectividad social (apoyo social) , participación social (tiempo dedicado a visitar a familiares y amigos), religiosidad (es decir, asistencia a la iglesia, espiritualidad privada y religiosidad intrínseca), estilo de vida activo (tiempo dedicado al ejercicio, lectura, escritura y en la computadora), frecuencia del voluntariado y rasgos de personalidad (extraversión, escrupulosidad, estabilidad emocional, apertura a la experiencia y amabilidad) (2,7,8).

A medida que las personas envejecen, corren el riesgo de volverse más aisladas, debido a la falta conectividad social. Esta circunstancia conduce a la creencia de ser una carga para los demás y a patrones de pensamiento para que otros estén mejor si ellos estuvieran muertos (8).

La literatura sobre el suicidio a finales de la vida ha notado un aumento del riesgo con depresión, aislamiento social, enfermedad física, características demográficas de mayor edad, bajos ingresos y el sexo masculino (3,9).

Resulta importante mencionar en este apartado la Teoría Interpersonal del Suicidio la cual propone dos estados psicológicos que cuando se presentan simultáneamente conducen a pensamientos de suicidio. La falta de conexión social o "un sentido de pertenencia frustrado" es uno de estos; el otro se considera una carga, que puede surgir cuando una persona cree que otros estarían mejor si él o ella estuvieran muertos. La teoría propone que las experiencias subjetivas de pertenencia frustrada y la carga percibida son las principales razones por las que los individuos consideran el suicidio, y que todos los otros factores de riesgo para la ideación suicida operan a través de su influencia en la pertenencia frustrada y la carga percibida (4).

Por otro lado, los factores que alteran la supervivencia después de un intento de suicidio son: edad avanzada, enfermedad física y discapacidad, consecuencias físicas graves de un intento de suicidio anterior, vivir solo, antecedentes de una enfermedad psiquiátrica distinta de la depresión y trastornos de la memoria (3).

Con respecto al patrón de uso de los servicios de atención médica, la mayoría de los que intentan suicidarse con personas mayores tienen contacto con un proveedor de atención médica dentro de los 6 meses anteriores al intento (3).

Los estudios muestran que el número de suicidios continuará creciendo durante la próxima década, al igual que la población anciana.

Sin embargo, pocos estudios -nacionales o internacionales- han centrado su trabajo en las personas mayores en relación con el suicidio o intento de suicidio, demostrando que el suicidio es un fenómeno poco estudiado entre los individuos mayores, lo que resulta en una escasez de datos sobre este tema y obstaculiza su comprensión (10).

Es importante resaltar que los ancianos tienen tasas más altas de suicidio en la mayoría de los países.10 La prevención del suicidio en este grupo de edad es un desafío debido a la alta letalidad del comportamiento suicida de los adultos mayores; pocos sobreviven a su primer intento de hacerse daño (6).

Aunque las tasas de suicidio entre los adultos mayores, como en otros grupos, varían con el tiempo y el lugar, históricamente han estado entre las más altas de cualquier grupo de edad, particularmente para hombres mayores tanto en los Estados Unidos como a nivel mundial. En 2011, la primera ola de 75 millones de personas nacidas en los años 1946-1964 (la cohorte del "baby boom") alcanzó los 65 años de edad. Los demógrafos estiman que para 2030, más de 71millones de estadounidenses tendrán 65 años o más, o el 20% de la población (6).

Un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud descubrió que en 2015, en los EE. UU. hubo casi 8,000 muertes suicidas entre adultos de 65 años o mayores, que ascendieron a un estimado de $ 17 millones en costos médicos y $ 813 millones en costos de trabajo perdidos.

Dada la planificación avanzada y alta letalidad de intentos de suicidio (SA) entre adultos mayores, la prevención del suicidio y la identificación de factores de riesgo del mismo es especialmente importante en este grupo de edad (9,11).

2. OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es analizar sistemáticamente aquellos factores asociados con el intento de suicidio en personas mayores de 65 años.

3. METODOLOGÍA

Perfil de búsqueda

Se consultó la base de datos Medline a través de Pubmed y el periodo de búsqueda documental fue del 16 de Octubre al 30 de Noviembre de 2017. Para la realización de la búsqueda se partío de una pregunta estructurada según la metodología PICO, estableciendo como pregunta de investigación, ¿qué factores están asociados con el intento de suicidio en personas mayores de 65 años?.

Las palabras claves utilizadas fueron los descriptores MeSH "Suicide, Attempted", “Causality", “aged” y “aged, 80 and over”. Además se filtraron los estudios en Pubmed por idioma (inglés y español), año (últimos 5 años) y edad (mayores de 65 años).

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron aquellos artículos publicados en revistas científicas según el tipo de estudio (ensayos clínicos, estudios observaciones y revisiones sistemáticas), la muestra (ancianos o personas mayores de 65 años), la intervención (factores asociados con los intentos de suicidio), el año de publicación (2013-2017) y el idioma (español e inglés). Por otro lado, se excluyeron aquellos estudios centrados en la prevención del suicidio, la ideación suicida, el suicidio consumado, la demencia, los trastornos bipolares, la esquizofrenia y los estudios cuya muestra eran veteranos de guerra. También fueron excluidos los casos clínicos y las revisiones bibliográficas.

Selección de los estudios

En primer lugar, se realizaron dos búsquedas en Pubmed combinando los descriptores y con los límites de búsqueda comentados anteriormente, luego se revisaron los estudios de acuerdo al título y al resumen teniendo siempre en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Y finalmente se seleccionaron 24 artículos para una evaluación más detallada eliminando los que no cumplían alguno de los criterios de nuestro estudio (Tabla 1).12-16 Dejando un total de 19 artículos (Figura 1) (1,2,4-6,8-10,17-27)

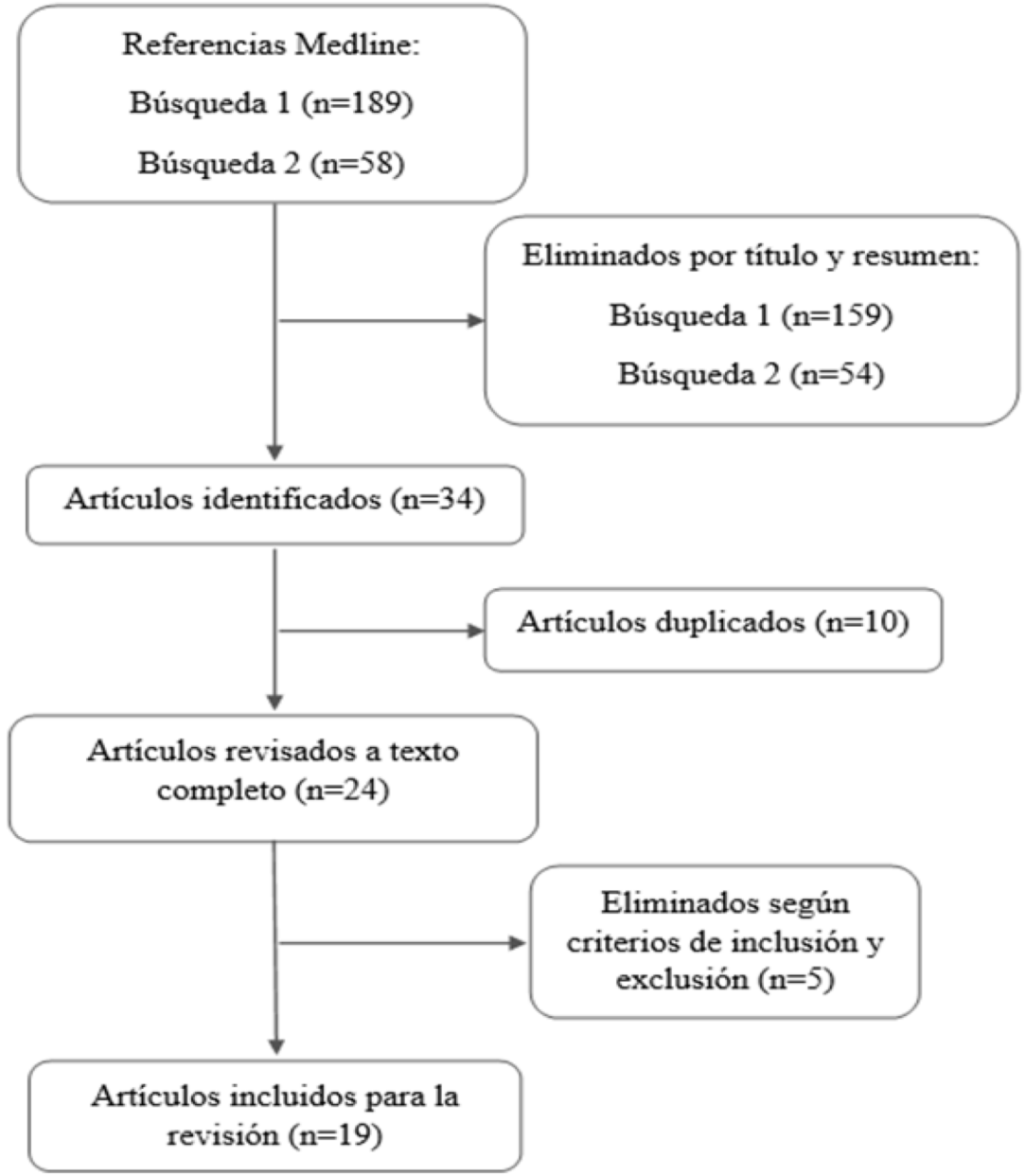


Figura 1. Diagrama de flujo: selección de estudios.

Tabla 1. Criterios de exclusión de la revisión sistemática sobre los factores asociados con el intento de suicidio en personas mayores de 65 años.

Criterios de exclusión	n	Artículos excluidos
Intervenciones	4	Raposo et al[12] (2014) Bryan et al[13] (2014) Kim et al[14] (2014) Ashrafioun et al[15] (2015)
Tipo de estudio	1	Gaillardou et al[16] (2014)

4. RESULTADOS

Una vez revisados todos los artículos seleccionados para la lectura a texto completo, finalmente nos quedamos con 19, cuyas hipótesis y objetivos nos permitían analizar las causas de los intentos de suicidio en nuestra población de estudio, personas mayores de 65 años. De estos 19 artículos, cuatro de ellos consistían en revisiones de la literatura previa y, los demás, artículos de investigación.

Estos artículos fueron analizados con una lectura más detallada, en la que se recogió información acerca de la población de estudio, los objetivos y los resultados, de cada uno de ellos. La información analizada en los artículos de estudios de investigación queda resumida en la Tabla 2, mientras que la analizada en las revisiones, la podemos observar en la Tabla 3.

Por último, una vez recogida toda la información, encontramos varias causas que podrían justificar los intentos de suicidio en mayores de 65 años. En la Tabla 4 se exponen las causas encontradas.

TABLA 2: Características y resultados de los estudios de investigación analizados.

AUTORES	AÑO	OBJETIVO	POBLACIÓN	RESULTADOS
Ciulla et al. (10)	2013	Determinar la prevalencia de ideación suicida (IDS), de intentos de suicidio (IS) y de riesgo de suicidio, y su asociación con datos sociodemográficos y trastornos del estado de ánimo.	530 personas, seleccionadas al azar, > de 60, de Porto Alegre, Brasil.	FR: falta de ingresos o de actividad remunerada, la perdida de alguno de los hijos, situación de desempleo o jubilación, padecer depresión o trastorno del ánimo y bipolar.
Ojagbemi A et al. (17)	2013	Identificación temprana de las conductas suicidas en ancianos, para su prevención.	2149 nigerianos de Yoruba, > de 65 años procedentes del Estudio de Envejecimiento de Ibadan (ISA),	Relación lineal entre la residencia y el riesgo de IDS: mayor riesgo en áreas rurales y menor en las urbanas. Mayor tendencia al IS en aquellos que habían estado casados y ya no lo estaban, principalmente por viudedad. No aparece relación significativa con la edad, el sexo, el estado económico o el nivel de la educación.
Junsoo R et al. (1)	2015	Identificar factores que afectan la IDS y el IS entre ancianos c > 65 años, analizando las relaciones entre factores e IS.	49357 ancianos > de 65 años, encuestados previamente en el KCHS 2009 (Encuesta de Salud de la Comunidad Coreana).	FR: bajo ingreso económico familiar, vivir solo, no tener trabajo, ser fumador actual, no realizar ninguna actividad física, diagnóstico médico pasado de enfermedad grave, estado de salud auto-percibida bajo, puntuación alta de síntomas de depresión y IDS. La variable más relacionada con IS fue la depresión.
Betz ME et al. (18)	2016	Estimar la prevalencia de IS e IDS entre pacientes mayores, incluyendo diferencias por grupo de edad, sexo y etnia.	Adultos > 60 años con Evaluación de Seguridad del Departamento de Emergencia y Evaluación de Seguimiento.	FR: aislamiento social, pertenecías frustradas, sensación percibida de ser una carga para los demás, generalmente por necesidad de asistencia en las actividades de la vida diaria, además del duelo después de la pérdida de un cónyuge, múltiples enfermedades físicas y disminución de la salud.
Van Orden KA et al. (4)	2014	Conocer las razones declaradas de las causas de IS en adultos mayores hospitalizados, después de haber sufrido uno.	103 pacientes > de 70 años, hospitalizados en un servicio de emergencias en Suecia occidental.	FR: el deseo de huir, la pérdida de funcionamiento y autonomía, problemas psicológicos, somáticos y de dolor además de la pérdida de memoria o entendimiento, la carga percibida, problemas sociales, querer morir o dormir y no despertar, sin una razón especifica o falta de significado. Respecto a los problemas sociales, los más importantes fueron la sensación de no pertenecía y los conflictos familiares.
Choi NG et al. (19)	2015	Examinar las asociaciones entre la salud mental y los problemas de abuso de sustancias, entre los adultos mayores.	Historias clínicas de pacientes del servicio de emergencias, > de 65 años, de 950 hospitales divididos en 30 estados diferentes.	Las visitas relacionadas con los IS, se asociaban con trastornos mentales y, también, con mayores proporciones de trastornos por consumo de alcohol y por consumo de drogas.
Miret M. et al. (20)	2015	Estimar la prevalencia de suicidio en la población española analizando los factores sociales, demográficos, clínicos y económicos asociados con la IDS y los IS.	4583 participantes > de 18 años, con una edad media de 59,71 años.	Mayor prevalencia en mujeres, personas no casadas o aisladas así como, en personas jubiladas o discapacitadas. Existe relación entre la presencia de problemas financieros y la IDS. En todos los grupos de edad se observa relación con trastornos mentales.
De Beer WA et al. (21)	2015	Identificar la incidencia de autolesiones en las urgencias, determinar la naturaleza y los factores demográficos y clínicos asociados con dicho comportamiento.	> 65 años que acudieron al departamento de emergencias tras un episodio de autolesión entre el 1 de julio de 2010 y el 30 de junio de 2013.	La depresión (50%) resultó ser el diagnóstico psiquiátrico más común. El principal estresor resultó ser la enfermedad física, el dolor apareció también como una de las causas más numerosas de las autolesiones. Otras causas fueron: los desórdenes familiares, los problemas financieros, enfermedades terminales en familiares, separaciones o dificultades legales.
Joe S et al. (22)	2014	Determinar estimaciones de prevalencia y relación con el comportamiento de intentos de suicidio.	1,141 adultos, afroamericanos y caribeños negros, que tenían 55 años o más con datos procedentes de la Encuesta Nacional de vida Estadounidense.	La mala salud sería una causa de IDS en los adultos mayores de 65 años, así como el padecer un trastorno psiquiátrico, como ansiedad o trastornos del estado de ánimo. Los más propensos a tener IDS serían los solteros y aquellos con menos de 12 años de formación educativa.

Burón P. et al. (23)	2016	Determinar las causas de IS, si la prevalencia de estas varía según subgrupos y si el riesgo de repetición varía según los motivos informados.	Personas de 15 a 94 años., que habían sufrido un IS previamente y que se encontraban en el Departamento de Emergencias.	Las razones principales del IS fueron: conflictos interpersonales, problemas de salud mental, dificultades financieras, proceso de duelo o de enfermedad grave de alguien y, enfermedades físicas. En > de 65 años: problemas de salud mental, enfermedad física, conflictos interpersonales, muerte de una persona cercana o una enfermedad grave, dificultades financieras.
Kim M. et al. (24)	2013	Confirmar las diferencias de género en cuanto a los factores de riesgo asociados con los IS y examinar nuevos factores de riesgo.	> de 19 años, separados por grupo de edad que habían realizado previamente la Encuesta de salud comunitaria coreana.	Las tasas de suicidio disminuían conforme aumentaba la edad en ambos sexos. La depresión, tanto mayor como menor, resultó ser un importante predictor de suicidio en el grupo de edad más alto, y las enfermedades físicas también fueron un importante factor de riesgo en esta población.
Heise MJ (9)	2015	Aportar una mayor investigación psicométrica sobre la GSIS (Escala Geriátrica de Ideación Suicida) y sus subescalas, con el fin de mejorar la práctica en los IS y su prevención.	173 adultos mayores que residen en la comunidad de 65 a 93 años.	Las puntuaciones de los participantes mostraron en niveles moderados el funcionamiento cognitivo basal, el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, el apoyo social percibido y la percepción de la salud. Por otro lado, en niveles de moderado a bajo aparecen los síntomas depresivos severos, la desesperanza social, la soledad y el deterioro en actividades básicas la vida diaria, así como la IDS.
Kwon J et al. (25)	2012	Examinar los factores de riesgo para los IS y la IDS y proporcionar evidencia para la intervención de enfermería respecto al HRQol (Calidad de Vida relacionada con la Salud).	Adultos de 60 años o más, residentes en Corea.	En aquellos que creen tener depresión pero sin diagnóstico el IS y la IDS son mayores, así como el mayor número de enfermedades. Son factores de riesgo de IDS: ser mujer, mayor, con bajos ingresos, tener poco nivel de educación y no estar casada, y el estrés. De hecho, el estrés, sería uno de los factores principales para los IS.
Choi NG et al (26)	2016	Analizar la prevalencia y métodos de IS y de autolesión no suicida (ANS), determinar las características demográficas y clínicas y las diferencias en los resultados de los servicios de emergencias en ambos suicida.	Pacientes del servicio de emergencias, > de 50 años y con un diagnóstico de IS o de autolesión no suicida.	>65 años, las tasas más bajas de trastornos cognitivos se dieron en la ANS que en el IS. El sexo femenino, padecer múltiples lesiones, trastornos de ansiedad, y los trastornos por consumo de drogas, se asocian con mayores probabilidades de sufrir ANS.
Kim SH et al (2)	2015	Examinar la asociación entre el comportamiento suicida y las enfermedades crónicas, el dolor y las limitaciones funcionales.	Personas de 65 años en delante, con datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición de Corea (KNHANES).	Existe un mayor riesgo de IDS en limitaciones severas o moderadas en las actividades habituales y el dolor. La artritis y la insuficiencia renal se asociaron con un mayor riesgo de IS.

IS – Intento de suicidio, IDS – Ideación suicida, ANS – Autolesión no suicida, FR- factor de riesgo.

TABLA 3: Características y resultados de las revisiones de literatura analizadas.

AUTORES	AÑO	OBJETIVOS	RESULTADOS
Yeates Conwell, MD et al. (6)	2014	Describir las prioridades para la investigación y para la programación de la prevención, tanto a nivel individual, como en el sistema de servicios y en la comunidad.	La enfermedad afectiva sería el factor asociado con mayor riesgo para el IS. Seguida de las psicosis no afectivas, los trastornos de ansiedad y por consumo de sustancias. Existe relación con el suicidio tardío: rasgos de personalidad del neuroticismo, afrontamiento rígido, características ansiosas y obsesivas, enfermedades físicas, especialmente enfermedades malignas, enfermedades de los sistemas cardiovascular, pulmonar, gastrointestinal y del sistema nervioso central, dolor crónico, discordia familiar, aislamiento social y duelo.
Draper BM et al. (27)	2014	Examinar el comportamiento suicida en las etapas avanzadas de la vida.	FR: deterioro funcional, adversidad infantil, rasgos de personalidad, rasgos obsesivos, la demencia temprana o los trastornos cognitivos leves, pérdida de la conexión social, duelo reciente o problemas financieros, vivir solo y los medicamentos anticonvulsivos y sedantes o hipnóticos.
Ramirez J et al. (8)	2016	Analizar las explicaciones y las descripciones de las causas del suicidio desde una perspectiva neurobiológica y psicológica, así como el riesgo y los factores de protección entre grupos de alto riesgo.	FR: trastornos psiquiátricos, principalmente depresión, estrés, identidad social, estado financiero, conflictos familiares o problemas legales, problemas somáticos y de dolor, pérdida de la autonomía y la desesperanza.
De Sauza Minayo MC (5)	2015	Analizar el estado actual del conocimiento, los principales temas discutidos, la investigación, métodos aplicados y propuestas para la prevención del suicidio en personas mayores	FR: síntomas de depresión, asociados a enfermedades crónicas, insomnio y ausencia de familiares y amigos, perdida de la visión y la audición, enfermedades degenerativas y el estado mental frágil, conflictos familiares, dependencia física, alteraciones en la memoria y ansiedad.

IS – Intento de suicidio, IDS – Ideación suicida, ANS – Autolesión no suicida FR- factor de riesgo

5. DISCUSIÓN

La vejez, es un periodo de vida significativamente estresante con riesgo de comportamiento suicida debido a múltiples factores. Los cuales se detallan en el presente trabajo.

En esta etapa hay un mayor nivel de personas que sufren depresión debido a las múltiples pérdidas que se van sufriendo durante la vejez. Dicen los estudios que la depresión es uno de los predictores más importantes de suicidio en personas mayores, por la relación con otros factores de riesgo importantes tales como el aislamiento social, discapacidad, dependencia y enfermedad.

Tabla 4: Principales causas de intentos de suicidio en mayores de 65 años.

- Problemas financieros
- Depresión
- Trastornos bipolares o del estado de animo
- Trastornos de ansiedad
- Viudedad
- Jubilación
- Pérdida de algún hijo
- Aislamiento social / vivir solo
- Temor a ser institucionalizado en residencias
- Enfermedad grave anterior
- Estado de salud auto-percibida bajo
- Pertenencia frustrada
- Pérdida de autonomía y funcionalidad (sensación de ser una carga)
- Enfermedades físicas crónicas (osteoporosis, artritis, insuficiencia renal, disnea, etc.)
- Dolor crónico
- Conflictos familiares
- Consumo de alcohol y drogas
- Estrés y desesperación
- Deterioro cognitivo y perdida de las capacidades cognitivas
- Demencia
- Problemas legales
- Haber padecido adversidades infantiles
- Ingesta de medicamentos anticonvulsivos y sedantes o hipnóticos.

En otros estudios, además de tener síntomas depresivos, se le suman las importantes relaciones con el intento de suicidio en personas mayores entre enfermedad física y discapacidad (1,2,5,21,23).

Se ha demostrado que la pérdida de la pareja (sobre todo en hombres) es un factor relacionado con un mayor riesgo de suicidio (24). Hay más intentos de suicido en población soltera, viuda o divorciada que en casados/as, esto podría relacionarse con la falta de apoyo social, el mayor aislamiento y la soledad de la persona mayor (17,24). Los eventos de la vida y otros factores que conducen al aislamiento social en los ancianos son importantes predictores de comportamiento suicida en esta población, como también se dice en otro estudio que las relaciones familiares y la cultura puede proteger contra el comportamiento suicida en ancianos, pero se necesita más estudios que investiguen más a fondo esta relación (9,17,21,24).

Otra causa relevante en los intentos de suicidio descubierta en el estudio es la pérdida de los hijos (10). Dicha pérdida es más frecuente en personas con una edad muy elevada, pudiendo explicar el riesgo de suicido en edades muy avanzadas y sus depresiones, sin relación con problemas sociales y con enfermedades degenerativas cerebrales. Por otro lado, se indica como factor de riesgo el sufrir trastornos de bipolaridad (10).

También, otros estudios explican que, según la literatura, los factores genéticos, los conflictos interpersonales y los eventos de vida asociados con un comportamiento suicida también son factores de riesgo en edades avanzadas (23, 24).

Las personas mayores sin ingresos y sin actividad remunerada tienen mayor riesgo de suicidio. Problemas económicos y bajos ingresos es uno de los principales factores suicidas en personas mayores.

Los efectos de la jubilación están relacionados con peor poder adquisitivo, pobreza, peor estatus social, problemas domésticos y no tener esperanza. Además, una significativa cantidad de mayores creen ser una carga para sus familias tras la jubilación (2,10,25).

Como factores de riesgo ante la idea de suicidio también constan: sufrir una salud pobre y enfermedades, desordenes psiquiátricos (trastornos de ansiedad y estrés postraumático), idea que también se defiende en otros estudios como el de Van Orden et al4, los cuales indican que los intentos de suicidio son más comúnmente atribuidos a problemas de escape, funcionamiento/autonomía y problemas psicológicos (depresión o ansiedad) (4,22,24).

Así pues, los trastornos depresivos menores y mayores son predictores significativos de suicidio en personas mayores. Enfermedad física grave (sobretodo cáncer, enfermedad de corazón) es también un predictor significativo en dicho colectivo (sobre todo en mujeres) (2,24). En cuanto hablamos de trastornos mentales, también se encuentran hallazgos muy relacionados con el consumo de sustancias como un factor de riesgo a tener en cuenta (5,19). Otro estudio que apoya la importancia de la presencia o ausencia de enfermedades, dice que hay una importante relación de intento de suicidio con la calidad de vida, dado que la calidad de vida está influenciada tanto por enfermedades físicas como mentales, los cuales son los principales factores de riesgo para la ideación suicida y los intentos de suicidio (25).

Otros comentan el fuerte vínculo el riesgo de suicidio en mayores y la percepción de éste en la pérdida del valor personal, social y la dificultad de mostrar emociones (9).

Otro factor de riesgo a tener en cuenta es el nivel educativo de los adultos mayores, ya que cuanto menor es el nivel, mayor riesgo de intento de suicidio. Esto afecta más a mujeres que a hombres según el estudio de Mina Kim (9,24,25).

Se demuestran en todos estudios la gran cantidad de factores que pueden influir a lo largo de la etapa de la vejez en los intentos de suicidio. Lo que explica que es un fenómeno multifactorial y la necesidad de intervenir en él multidisciplinariamente. Éstos señalan como factores de riesgo principales los problemas somáticos, la autonomía, problemática social y familiar, problemas psicológicos (estrés, depresión), ausencia de propósito en la vida y la desesperación sufrida (4,8,21,22,25).

Con tasas persistentemente altas de suicidio entre adultos mayores y el gran envejecimiento de la población que estamos viviendo, urge mejorar la identificación del riesgo de suicidio en dicho colectivo (18). Así pues, el reconocimiento precoz y el tratamiento de la depresión, así como un mejor manejo de las condiciones de salud crónicas, las limitaciones funcionales y los estresores sociales, pueden marcar la diferencia entre los adultos mayores al mejorar la calidad de vida y reducir la morbilidad y la mortalidad (18). Los esfuerzos de prevención del suicidio deberían incluir la provisión de oportunidades para la participación de los ancianos en actividades sociales y recreativas en sus comunidades (17).

Así pues, el suicidio en la vejez es complejo y dependiente de muchas variables.

Esta complejidad plantea desafíos para la prevención, pero también indica una amplia gama de vías posibles para intervenir que, en combinación y con el tiempo, se puede esperar que reduzca la tasa de suicidio en los adultos mayores (6). Pensamos que en futuros estudios se deberían examinar las características complejas de los comportamientos suicidas, incluidos los factores de riesgo asociados y los mecanismos subyacentes (2).

6. CONCLUSIÓN

El intento de suicidio en la vejez es un proceso complejo y que depende de muchas variables, los factores de riesgo más frecuentes relacionados con el intento de suicidio son la depresión, el aislamiento social, la discapacidad, dependencia y/o enfermedad, la viudedad, la pérdida de algún hijo, los trastornos psiquiátricos, los problemas económicos y el nivel educativo.

7. BIBLIOGRAFÍA

1.Junsoo R, Jorghean P, Jinsuk L, Hyemin J. Factor that affect suicidal attempt risk among Korean elderly adults: A path Analysis. Prev Med Public Health. 2014; 48:28-37.
2.King SH. Suicidal ideation and suicide attempts in older adults: influences of Chronic illness, funtional limitations and pain. Geriatric Nursing. 2015; 20:1-4.
3.Kim Y., Understanting the life experience o folder adults in Korea following a suicide attempt. Qualitative Health Research. 2014; 24:1391-1399.
4.Van Orden KA, Wiktorsson S, Duberstein P, Berg AI, Fässberg MM, Waern M. Reasons for attempts suicide in later life. Am J Geriatric Psychiatry. 2015; 23(5):536-544.

5.Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicide attempts among the elderly: a review of the literature. Cienc. Saude Colectiva. 2015; 20(6):1751-1762.

6.Yeates Conwell, MD. Suicide late in life: Challenges and priorities for prevention. Am J Prev Med. 2014; 47:244-250.

7.Fanning JR, Pietrzak Rh. Suicidality among older male veterans in the United Stated: Results from the national health and resilence in veteran study. Journal of Psychiatric Research. 2013; 47:1766-1775.

8.Ramirez J. Suicide: across the life span. Nursing clinics of North America. 2016; 51:275-286.

9.Heisel MJ, Flett GL. Investigating the psycometric propertiest of the geriatric suicide ideation scales (GSIS) among community-residing older adults. Aging & Mental Health. 2015; 20:208-221.

10.Ciulla L, Nogueira EL, Filho IGS, Tres GL, Engroff P, Ciulla V et al. Suicide risk in the elderly: Data from Brazillian public health care program. Journal of Affective Dissorders. 2014; 152-154:513-516.

11.Arias SA, Boudreaux ED, Segal DL, Miller I, Camargo CA, Betz ME. Disparities in treatment of older adults with suicide risk in the emergency department. J Am Geriatr Soc. 2017; 65:2272-2277.

12.Raposo S, El-Gabalawy R, Erickson J, Mackenzie CS, Sareen J. Associations between anxiety disorders, suicide ideation, and age in nationally representative samples of Canadian and American adults. Journal of Anxiety Disorders. 2014; 28:823-829.

13.Bryan CJ, Bryan AO, May AM, Klonsky ED. Trajectories of suicide ideation, nonsuicidal self-injury, and suicide attempts in a nonclinical simple of military personnel and veterans. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2015; 45(3):315-325.

14.Kim Y. Understanding the life experiences of older adults in Korea following a suicide attempt. Qualitative Health Research. 2014; 24(10):1391-1399.

15.Ashrafioun L, Pigeon WR, Conner KR, Leong SH, Oslin DW. Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among veterans in primary care referred for a mental heatlh evaluation. Journal of Affective Disorders. 2016; 189:344-350.

16.Gaillardou D, Matusevich D. Dolor crónico y tentativa de suicidio en la vejez a través de una narración de caso. VERTEX. 2014; 25(115):231-234.

17.Ojagbemi A, Oladeji B, Abiona T, Gureje O. Suicidal behaviour in old age - results from the Ibadan study of ageing. BMC Psychiatry. 2013; 13:1-7.

18.Betz ME, Arias SA, Segal DL, Miller I, Camargo CA, Boudreaux ED. Screening for Suicidal Thoughts and Behaviors among Older Patients Visiting the Emergency Department. J Am Geriatr Soc. 2016; 64(10):72-77.

19.Choi NG, DiNitto DM, Marti CN, Choi BY. Associations of Mental Health and Substance Use Disorders With Presenting Problems and Outcomes in Older Adults' Emergency Department Visits. Acad Emerg Med. 2015; 22(11):1316.

20.Miret M, Caballero F, Huerta-Ramirez R, Moneta M, Olaya B, Chatterji S, et al. Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. Journal of Affective Disorders. 2014; 163:1-9.

21.De Beer WA, Murtagh J, Cheung G. Late-life self-harm in the Waikato region. N Z Med J. 2015; 128(1426):75.

22.Joe S, Ford BC, Taylor RJ, Chatters LM. Prevalence of suicide ideation and attempts among Black Americans in later life. Transcultural Psychiatry. 2014; 51(2):190.

23.Burón P, Jimenez-Trevino L, Saiz PA, García-Portilla MP, Corcoran P, Carli V, et al. Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. Archives of Suicide Research. 2016; 20(1):45-58.

24.Kim M, Oh GJ, Lee YH. Gender-Specific Factors Associated with Suicide Attempts among the Community-Dwelling General Population with Suicidal Ideation: the 2013 Korean Community Health Survey. J Korean Med Sci. 2016; 31(12):2010.

25.Kwon J, Kim J. The Impact of Health-Related Quality of Life on Suicidal Ideation and Suicide Attempts among Korean Older Adults. J Gerontol Nurs. 2012; 38(11):48-59.

26. Choi NG, DiNitto DM, Marti CN, Choi BY. Nonsuicidal self-injury and suicide attempts among ED patients older than 50 years: comparison of risk factors and ED visit outcomes. Am J Emerg Med. 2016; 34(6):1016-1021.

27.Draper BM. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. Maturitas. 2014; 79(2):179-183.

TEMA 36. TECNICA PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ARTERIOPATIA PERIFERICA EN ATENCION PRIMARIA

PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

PATRICIA GONZALEZ ROBLES

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN
2 MATERIALES
3 MÉTODO
4 RESULTADOS
5 CONCLUSIÓN
6 BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Para la detección de la enfermedad arterial periférica en el ámbito de la atención primaria tenemos a nuestro alcance la medición del Indice Tobillo Brazo (ITB)
La prueba del índice tobillo-brazo es un método rápido y no invasivo . Esta enfermedad es un trastorno en el cual las arterias de las piernas o los brazos se estrechan o se bloquean. Las personas que padecen la enfermedad arterial periférica tienen mayor riesgo de sufrir un ataque cardíaco, un accidente cerebrovascular, mala circulación y dolor en las piernas
La prueba del Indice Tobillo Brazo compara la presión arterial medida en los miembros inferiores(MMII) con la presión arterial medida en los miembros superiores(MMSS)

2. MATERIALES

- ✓Camilla
- ✓Guantes
- ✓ Esfingomanómetro
- ✓ Doppler con una frecuencia de emisión entre 5-10 MHZ
- ✓ Gel conductor

3.MÉTODO

Comenzaremos localizando las arterias a explorar con la palpación, de no ser posible ubicarlas con los dedos se hará directamente con el Doppler. Luego de aproximarnos a su posición mediante palpación se busca con el Doppler la posición y ángulo que permitan la mejor audición de la onda de pulso. Una vez logrado esto se procederá a tomar la presión sistólica de la arteria mediante el esfigmomanómetro.

Debe tomarse la presión sistólica de ambas arterias humerales y se registrarán para luego usar en nuestra fórmula la mayor de las obtenidas.

El paciente debe tener reposo de al menos 5 minutos antes del examen. Se insuflará el brazalete del esfigmomanómetro hasta 20 mmHg por encima de la presión en la que se captó el último ruido arterial audible, luego se ira deshinchando a una velocidad aproximada de 2 mmHg/segundo hasta que se escuche el primer sonido arterial sostenido, entonces se registrará la presión que corresponderá con la presión arterial sistólica.

Una vez que tengamos la mayor de las presiones sistólicas braquiales vamos de inmediato a evaluar la presión sistólica de las arterias pedias y tibiales posteriores en cada extremidad inferior colocando el brazalete del esfigmomanómetro por encima del tobillo y usando la misma técnica antes expresada En cada extremidad inferior se usará el valor de la arteria pedia o tibial posterior (una de las dos) que resulte con la presión sistólica más alta. Este valor será el que emplearemos en la fórmula para compararlo con la presión sistólica braquial. Cada extremidad inferior será evaluada individualmente.

La fórmula a emplear para cada extremidad no es más que la que permitirá obtener el cociente entre la presión sistólica más alta obtenida en un tobillo respecto a la presión sistólica braquial de mayor valor

4.RESULTADOS

VALORES E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

0.9 a 1.4	Se consideran Normal
0.7 A 0.89	Enfermedad Arterial obstructiva periférica leve
0.5 a 0.69	Enfermedad arterial obstructiva grave
>1.4	Calcificación arterial

5. CONCLUSIONES

La medición del Índice Tobillo Brazo nos permite sospechar patologías arteriales obstructivas en pacientes que al llevar una vida sedentaria se presentan asintomáticos.

También nos sirve como parámetro de corte a la hora de planificar actividades preventivas antes de que el daño vascular sea sintomático.

Para la enfermería este valor es un parámetro que nos permite la clasificación de los pacientes que precisan cuidados preventivos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1 MedlinePlus: información de Salud para usted [internet]. Bethesda (MD): National library of Medicine(US); [consultado 11 de Junio de 2018].Indice tobillo Brazo Disponible en:

https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003433.htm

2 MedlinePlus: información de Salud para usted [internet]. Bethesda (MD): National library of Medicine(US); [consultado 14 de Junio de 2018].ITB . Disponible en:

https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000170.htm

3 MedlinePlus: información de Salud para usted [internet]. Bethesda (MD): National library of Medicine(US); [consultado 16 de Junio de 2018].Arteriopatía periférica Disponible en: https://www.merckmanuals.com/.../arteriopatía-periférica-oclusiva

4 MedlinePlus: información de Salud para usted [internet]. Bethesda (MD): National library of Medicine(US); [consultado 14 de Junio de 2018].Arteriopatía periférica . Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003771.htm

TEMA 37. MANEJO DEL PACIENTE CON HIPERTRANSAMINASEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

JOSE ANTONIO MARTÍNEZ OTÓN

MARÍA INMACULADA ARJONA LÓPEZ

ANTONIA DEL AMOR CANTERO SANDOVAL

JOSÉ NICOLÁS GÁLVEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- ANAMNESIS
- EXPLORACIÓN FÍSICA
- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
- ENFERMEDAD DE WILSON
- HEMOCROMATOSIS
- DEFICIT DE ALFA-1-ANTITRIPSINA
- VIRUS DE LA HEPATITIS B
- VIRUS DE LA HEPATITIS C
- CIRROSIS BILIAR PRIMARIA
- COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA
- HEPATITIS AUTOINMUNE
- CONCLUSIONES

1. INTRODUCCIÓN

1.1) Clasificación de la hipertransaminasemia:

I) Leve: aumento de transaminasas por encima de cinco veces el nivel normal

II) Leve-moderada: aumento de transaminasa entre cinco y 15 veces su valor normal

III) Grave: aumento de los valores de transaminasas por encima de 15 veces su valor normal

1.2) Transaminasas

I) *Enzimas de citolisis:* aspartato transaminasa GOT (AST) y alanino aminotransferasa GPT(ALT)

a) Son marcadores de citolisis, es decir de daño hepático aunque la elevación de sus cifras no presenta una correlación absoluta con la necrosis hepática existente

1. INTRODUCCIÓN

b) GPT es más específica que GOT
c) El valor límite de GPT es 34 y el de GOT es 49
d) Normalmente la GPT es mayor que la GOT excepto en los casos de alcoholismo, esteatosis y hepatocarcinoma donde la relación se invierte

II) *Enzimas de colestasis*: gammaglutamiltranspeptidasa (GGT) y fosfatasa alcalina (FA)

a)Son marcadores de colestasis, es decir de daño a nivel de los canalículos biliares, o a nivel de las vías biliares de mayor tamaño
b) La fosfatasa alcalina es la más usada, porque es un marcador de daño intrahepático y extrahepático, aunque puede estar aumentada en otras situaciones tanto patológicas como fisiológicas

1. INTRODUCCIÓN

c) La GGT: es una enzima muy sensible aunque poco específica, cuya utilidad principal es confirmar el origen hepático de la fosfatasa alcalina. Al igual que la anterior puede aumentar en otras situaciones como alcoholismo y con la ingesta de fármacos

1.3) **¿ Paciente tipo?** El paciente que se suele estudiar en las consultas de Aparato Digestivo por aumento de transaminasas, suele venir derivado de la consulta de Atención Primaria tras encontrar como hallazgos casual en una analítica realizada de manera rutinaria o por otro motivo unas cifras de enzimas hepáticas elevadas.

2. ANAMNESIS

2.1) **Edad/sexo**: debemos reflejar en la historia clínica estas características de los pacientes ya que existen enfermedades con afectación hepática que son más prevalentes en determinadas etapas de la vida y presentan mayor afinidad por alguno de los sexos, por lo que nos podría orientar el diagnóstico

2.2) **Antecedentes familiares**: dado que existen patologías con claro patrón hereditario es importante preguntar hacer una recogida sistemática de los antecedentes familiares del paciente

2. ANAMNESIS

2.3) Antecedentes personales:

I) Ingesta de fármacos: la toma crónica o el abuso de medicamentos como el paracetamol, isoniacida, ketoconazol, pueden alterar la función hepática

II) Hábitos tóxicos: el ser fumador o presentar un hábito enólico moderado o severo podría hacer sospechar una hepatopatía crónica

III) La realización de tatutajes o la historia de transfusiones previas puede indicar una infección vírica por VHC

3. EXPLORACIÓN FÍSICA

3.1) Coloración mucocutánea: se debe reflejar la presencia de palidez, rubefacción facial o la ictericia

3.2) Búsqueda de estigmas de hepatopatía crónica: se debe valorar la existencia de hipertrofia parotídea, ginecomastia, telangiectasias vasculares en tórax y espalda, eritema palmar a nivel de la eminencia tenar y el desarrollo de red venosa colateral en el abdomen

3.3) Palpación abdominal para detectar semiología de ascitis, masas abdominales , esplenomegalia o hepatomegalia

3.4) Valoración de los miembros inferiores para descartar la presencia de edemas que sugieran descompensación hidrópica de una hepatopatía previa

4. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

4.1) Analítica completa

I) Hemograma y bioquímica básica con estudio de perfil hepático (GOT, GPT, GGT, FA, bilirrubina, y marcadores tumorales)

II) Ceruloplasmina: sospecha de Enf. de Wilson

III) Alfa 1 antitripsina: sospecha de décifit de alfa 1 antitripsina

IV) Indice de saturación de transferrina (IST): sospecha de hemocromatosis

4.2) Serología viral: se deben de solicitar virus que puedan alterar la biqouímica hepática (VHC, VIH, VHB, VHA, CMV, VEB,..)

4. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

4.3) Autoinmunidad

I) AMA (anticuerpos antimitocondriales): sospecha de cirrosis biliar primaria

II) p-ANCA (anticuerpos antinucleares de neutrófilos): sospecha de colangitis esclerosante primaria

III) ANA y AML (anticuerpos antinucleares y antimúsculo liso): sospecha de hepatitis autoinmune tipo I

IV) Anti-LKM1: sospecha de H. autoinmune tipo II

4.4) Ecografía: para valorar la existencia de LOES, esteatosis hepática o datos de hepatopatía crónica

5. ENF. DE WILSON

5.1) Definición: la enfermedad de Wilson es un trastorno hereditario del metabolismo del cobre, donde se produce una excreción deficiente del mismo y por consiguiente una acumulación patológica del cobre en distintos órganos

5.2) Clínica.

I) Neurológica: se produce un síndrome acinético rígido o movimientos involuntarios anormales acompañados de disartria y temblor

II) Psiquiátrica: la clínica es muy variable y puede ir desde síntomas paranoides o esquizofreniformes a demencia

III) Hepática: pueden producirse cuadros de hepatitis aguda autolimitada, fallo hepático severo, hepatitis crónica activa, cirrosis o hepatocarcinoma

5. ENF. DE WILSON

5.3) Diagnóstico: aunque la prueba de elección para descartar el Wilson es la cupruria en orina de 24 horas, la determinación de ceruloplasmina resulta útil para el diagnóstico de sospecha de la misma. La detección del anillo de Kayser-Fleisher en el fondo de ojo confirma el diagnóstico de Enfermedaad de Wilson

5.4) tratamiento: se emplean la penicilamina, el sulfato de zinc, o el tetratiomolibdato amónico

6. HEMOCROMATOSIS

6.1) Definición: la hemocromatosis es un trastorno hereditario, donde existe una disminución de la eliminación del hierro con acúmulo del mismo en distintos órganos.

6.2) Clínica:

I) Hígado: puede causar desde hipertransaminasemia asintomática hasta la cirrosis o el hepatocarcinoma si no se instaura tratamiento

II) Piel: es típica la pigmentación bronceada de los pacientes

III) Páncreas: DM

IV) Corazón: miocardiopatía restrictiva

V))Hipogonadismo hipogonadotropo con atrofia testicular asociada

6. HEMOCROMATOSIS

6.3) Diagnóstico: la prueba de elección que da un diagnóstico definitivo es el estudio genético de la mutación C282Y en homocigosis o la mutación C282Y/H63D en heterocigosis que se localizan en el gen HFE del cromosoma 6. Sin embargo la un IST mayor del 45% (valores normales : 25-50), orienta hacia un diagnóstico de hemocromatosis. La biopsia hepática se reserva para aquellos casos que no son concluyentes tras el estudio bioquímico y genético

6.4) Tratamiento: se emplean las flebotomías y la desferrioxamina

7. DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA

7.1) Definición: el déficit de alfa 1 antitripsina es la enfermedad metabólica hereditaria autosómica recesiva que más frecuentemente afecta a hígado. Presenta una clara asociación hepática y pulmonar provocando en éste útlimo el desarrollo de enfisema

7.2) Clínica: puede manifestarse en recién nacidos o presentar un inicio más tardío

I) Recién nacidos: la mayoría de los recién nacidos afectos van a permanecer asintomáticos, desarrollan la enfermedad en la adolescencia o la edad adulta.

II) Inicio tardío: los pacientes que presentan un inicio tardío suelen presentar síntomas abdominales inespecíficos con distensión abdominal, en ocasiones asociados a hepatoesplenomegalia, ascitis y HDA.

7. DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA

7.3) Diagnóstico: un déficit de alfa 1 antitripsina en las determinaciones analíticas es un hallazgo muy sugerente de dicha enfermedad, sin embargo si continúan existiendo dudas respecto al diagnóstico se puede emplear la electroforesis de las variantes alélicas.

7.4) Tratamiento: suele ser sintomático. Se recomiendan los suplementos de vitaminas liposolubles y el abandono del tabaco. Recientemente se están realizando ensayos con reposición de alfa 1 antitripsina en pacientes con enfisema pulmonar asociado, aunque está práctica todavía no está generalizada

8. HEPATITIS B

- La infección por VHB produce una mutación en el genoma de la célula el huésped, causando una cronificación de la enfermedad en un 10% de los casos. Debido a la integración del genoma viral en la célula huésped, es un virus con gran capacidad oncogénica por lo que el seguimiento de los pacientes es imprescindible para diagnosticar una posible neoplasia hepática en el desarrollo de la enfermedad
- Las pautas de tratamiento dependen de la cepa que presente el paciente, de tal manera que si la cepa infecciosa es la salvaje se emplea IFN pegilado durante un año, y para el resto se emplea entecavir o tenofovir
- La serología es importante para determinar el estadío infeccioso del paciente mediante el análisis de los principales marcadores serológicos.

9. HEPATITIS C

Al contrario de lo que sucede en la infección por VHB donde la norma es la curación, en la infección por VHC la cronificación es la norma. El pronóstico del paciente va a venir determinado por el genotipo de VHC que presente siendo el genotipo 1b el de peor pronóstico.

9.1) Diagnóstico: ante un paciente con anticuerpos para el VHC positivos, se debe solicitar la PCR del virus para conocer si la infección es crónica o curada (fig2)

9.2) Tratamiento: Antivirales de acción directa.

10. COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

10.1) Definición: la CBP es una hepatopatía colestásica crónica y progresiva de causa desconocida, con una asociación genética. Presenta una asociación con otras enfermedades autoinmunes como el síndrome de Sjögren, la artritis reumatoide o la anemia perniciosa.

10.2) Clínica: los pacientes pueden permanecer asintomáticos o presentar síntomas inespecíficos como astenia, prurito,..

10.3) En la exploración física pueden aparecer hepatoesplenomegalia, ictericia, o lesiones por rascado

10. COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

10.4) Diagnóstico

I) Analítica: un colesterol, fosfatasa alcalina, IgM y bilirrubina elevadas tienes una correlación con el pronóstico del paciente

II) Autoinmunidad: la determnación de los AMA-M2 tienen una especificidad para el diagnóstico del 97%, aunque no se relacionan con la progresión o la severidad de la CBP

III) Biopsia: su uso no está muy extendido y se reserva para los casos que los que existen dudas diagnósticas

10.5) Tratamiento: se emplean el acido ursodexosicólico, metotrexate o colchicina

11. COLANGITIS ESCLEROSANTE

11.1) Definición: la colangitis esclerosante primaria es una enfermedad colestásica crónica de causa desconocida que cursa con destrucción y fibrosis de los conductos biliares.

11.2) Clínica: los pacientes con CEP pueden permancer: Asintomáticos o pudiendo presentar prurito, astenia, ictericia, pérdida peso, colangiocarcinoma

11.3) Diagnóstico: la determinación analítica de los p-ANCA es útil a la hora de orientar el diagnóstico, la igual que las pruebas de imagen en la que se observan las alteraciones morfológicas producidas en las vías biliares como resultado de la fibrosis

11.4) Tratamiento: se utilizan el ácido ursodexosicólico, metotrexate y las dilataciones endoscópicas

12. HEPATITIS AUTOINMUNE

12.1) Definición: las hepatitis autoinmunes con enfermedades en las que se dessarrolla una hepatopatía necroinflamatoira crónica de causa desconocida. Se han identificado determinados factores desencadenantes que no parecen tener implicación en la etiología como son el sarampión, las hepatitis virales o la mononucleosis infecciosa por VEB. Además del riesgo de desarrollo de hepatopatía crónica y las complicaciones que de ella se derivan, las hepatitis autoinmunes presentan riesgo de degeneración a hepatocarcinoma.

12. HEPATITIS AUTOINMUNE

12.2) Tipos:

I) HAI tipo1: expresan ANA, AML

II) HAI tipo2: expresan antiLKM1

III) HAI tipo3

12.3) Tratamiento: se emplean corticoides e inmunomoduladores como la azatioprina

13. CONCLUSIONES

- La mayoría de los pacientes que presentan hipertransaminasemia no van a requerir tratamiento agresivo

- La causa más frecuente de hipertransaminasemia es la esteatosis hepática, que no tiene tratamiento específico, sólo corregir los factores etiológicos

- Una adecuada colaboración entre Atención primaria y las consultas de A. Digestivo sería beneficioso, ya que se disminuirían los costes, se impediría la duplicación de exploraciones, ocasionando finalmente menos molestias para el paciente

BIBLIOGRAFÍA

De la Revilla Negro J, Pons Renedo F, Callleja Panero JL. Protocolo diagnóstico de la elevación crónica de transaminasas. Medicine. 2008; 10(9): 592-6

-Inés Revuelta S, Luna Rodrigo G. Protocolo diagnóstico de la hipertransaminasemia prolongada. Medicine. 2008; 10(10): 668-70

-Chaparro M, Moreno-Monteagudo JA, García-Buey LC, Moreno-Otero R. Protocolo diagnóstico de la enfermedad hepática autoinmune. Medicine. 2008; 10: 804-7

-Parés A. Historia natural de la cirrosis biliar primaria. Gastroenterol Hepatol. 2008; 31: 500-7

-Forner A, Varela M, Bruix J. Hepatocarcinoma y VHC. Gastroenterol Hepatol. 2006; 29(Supl2): 196-9

-Sánchez-Quijano A, Lissen E. Tratamiento de las hepatitis víricas (I). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2006; 24: 453-62

TEMA 38. IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBCUTÁNEO

CRISTINA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

ÍNDICE

1. QUÉ ES IMPLANON Y PARA QUÉ SE UTILIZA
2. METODO DE ACCION DE IMPLANOM
3. COMO SE UTILIZA
4. EFECTIVIDAD COMO METODO ANTICONCEPTIVO
5. CONTRAINDICACIONES
6. EFECTOS ADVERSOS
7. CONCLUSION
8. BIBLIOGRAFIA

1. QUÉ ES IMPLANON Y PARA QUÉ SE UTILIZA

Implanon es un implante anticonceptivo precargado en un aplicador desechable. El implante es una pequeña varilla de plástico, blanda, y flexible, que mide 4 cm de longitud y 2 mm de diámetro que contiene 68 miligramos del principio activo etonogestrel. El aplicador permite al médico insertar el implante justo bajo la piel de la parte superior de su brazo. El etonogestrel es una hormona femenina de síntesis que se parece a la progesterona. Una pequeña cantidad de etonogestrel se libera continuamente a la sangre, manteniendo así, niveles séricos estables.

El implante está hecho de copolímero de acetato de vinilo-etileno, un plástico que no se disuelve en el organismo. También contiene una pequeña cantidad de sulfato de bario que lo hace visible en las radiografías.

2. METODO DE ACCION DE IMPLANOM

- Implanom se inserta justo bajo la piel.
- El principio activo, etonogestrel actúa de dos formas: Impidiendo la liberación de un óvulo de los ovarios y produciendo cambios en el cérvix para que esto, dificulte la entrada del semen en el útero.
- Como consecuencia de su acción, implanom protege del embarazo durante tres años, solo en caso de tener un índice de masa corporal (IMC) elevado, se recomienda la sustitución del implante antes de los tres años

3.COMO SE UTILIZA

Implanom debe ser insertado y retirado por un medico adiestrado en la técnica.
La inserción se realizará entre los días 1-5 de su sangrado menstrual espontáneo, para descartar un embarazo, salvo que la mujer se encuentre usando anteriormente otro método anticonceptivo.
Se suele usar anestésico local previo a la inserción o retirada de implante.
El lugar donde se inserta es justo bajo la piel, en la cara interna de la parte superior del brazo no dominante.

4.EFECTIVIDAD COMO METODO ANTICONCEPTIVO

Numerosos estudios realizados recientemente hablan de la alta efectividad de este método anticonceptivo.

- El Implanón es un anticonceptivo muy eficaz, con un índice de Pearl (numero de embarazos/año) de 0, y con él no se ha presentado un solo embarazo(11).
- En un estudio observacional, de corte transversal analítico realizado entre 2009-2012, se asegura que los implantes subdérmicos proveen alta efectividad anticonceptiva reversible(1).
- López Del Cerro E *et al* publicaron un estudio de seguimiento de 221 pacientes tratadas con Implanon concluyendo que su efectividad fue del 100%(5).

- Según un estudio clínico observacional, descriptivo, retrospectivo, comparativo y transversal(2) realizado en 264 pacientes, el índice de Pearl es de cero, siendo más bajo que los de los métodos quirúrgicos.(10,2).
- Una revisión no sistemática(9), analizó a 3416 mujeres que usaron este implante, exponiendo que su tasa de fallos oscila alrededor del 0,1% por lo que concluye que el implante es un método anticonceptivo eficaz.

5.CONTRAINDICACIONES

- ✓Embarazo
- ✓Sangrados vaginales no diagnosticados
- ✓Tromboembolia en fase aguda
- ✓Enfermedades hepáticas graves o descompensadas
- ✓Algunos tumores (hepáticos, de mama)
- ✓Tratamiento crónico con inductores enzimáticos
- ✓Alergia a alguno de los componentes del implante

6.EFECTOS ADVERSOS

- Le *et al* describe que los efectos secundarios de los implantes (tabla 1) son poco relevantes y apenas suponen riesgo para la salud de las mujeres(12,13) y son, los propios de los métodos sólo de gestágeno (14).
- Los cambios en el patrón de sangrado son los más frecuentes y deben ser advertidos.
- Diversos estudios coinciden en que las pacientes presentaron cambios en el patrón de sangrado tras iniciar este tratamiento anticonceptivo. La mayoría de las mujeres experimentaron sangrados infrecuentes o amenorrea, pero unas pocas tienen sangrados excesivos (10,4,5,6,7,1).

- Otros efectos segundarios recogidos en varios trabajos son:
  - Cefalea (1,4,6,7,8)
  - Acné (7,8)
  - cambios emocionales (1,5,8)
  - mastalgia ,mareo, náuseas (7)
  - dolor local (4,7)
  - aumento de peso (3,7)
  - dolor pélvico y de origen venoso (1)

TABLA 1

EFECTOS ADVERSOS	%
Sangrados infrecuentes	26,9
Amenorrea	18,6
Sangrados prolongados	15,1
Sangrados frecuentes	7,4
Aumento de peso (> 10%)	20,7
Acné	15,3
Mastalgia	9,1
Cefalea	8,5
Dolor local zona del implante	2,6
Aumento de presión arterial diastólica	0,7
Alergia cutánea	Casos aislados

7.CONCLUSIÓN

- El implante subdérmico es un método anticonceptivo altamente eficaz; aunque es recomendable realizar intervenciones de educación en salud previo a la inserción (1).
- Los efectos adversos más frecuentes fueron el sangrado irregular, la cefalea y el cambio emocional.
- Se puede concluir también que son muy seguros para la salud de las mujeres y sus efectos secundarios son mínimos y no suponen grandes riesgos (10).

8.BIBLIOGRAFIA

1. Calixto-Morales DP, Ospina-Díaz JM, Manrique-Abril FG. Retiro temprano del implante subdérmico con etonogestrel en usuarias de un programa de anticoncepción de Tunja - Boyacá, Colombia. Universidad y salud. 2015;17(2):224-32.
2. Carbajal-Ugarte JA, Cárdenas-Blanco A, Pastrana-Huanaco E, D L-B. Eficacia y efectos adversos de anticonceptivos hormonales. Estudio comparativo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008;46(1):83-7.
3. Bahamondes L, Brache V, Ali M, Habib N. A multicenter randomized clinical trial of etonogestrel and levonorgestrel contraceptive implants with nonrandomized copper intrauterine device controls: effect on weight variations up to 3 years after placement. Contraception. 2018.
5:1-3.

4. Mrwebi KP, Goon DT, Owolabi EO, Adeniyi OV, Seekoe E, Ajayi AI. Reasons for Discontinuation of Implanon among Users in Buffalo City Metropolitan Municipality, South Africa: A Cross-Sectional Study. African journal of reproductive health. 2018;22(1):113-9.
5. Lopez Del Cerro E, Serrano Diana C, Castillo Canadas AM, Gonzalez Mirasol E, Garcia Santos F, Gomez Garcia MT, et al. Influence of age on tolerability, safety and effectiveness of subdermal contraceptive implants. Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology. 2018:1-6.
6. Obijuru L, Bumpus S, Auinger P, Baldwin CD. Etonogestrel Implants in Adolescents: Experience, Satisfaction, and Continuation. J Adolesc Health. 2016;58(3):284-9.

7. Patiño V A, Ruelas C MdR, Villarreal R E, Martínez G L, Galicia R L, Vargas D ER. EVOLUCIÓN A UN AÑO DE LOS EFECTOS ADVERSOS, EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON IMPLANTE SUBDÉRMICO DE DESOGESTREL. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2006;71:170-3.
8. Quispe R, Betty M. Efectos del implante subdermico de etonogestrel en usuarias del consultorio de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2014 enero 2015 Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
9. Martinetto G, Nadia YaninaCajal‡ MBE, LuzElwart M, Pinto S, AlejandraHerrera M, Frías RD. Evidencia Orientada al Paciente (EOP): Eficacia y seguridad del implante subdérmico de etonogestrel (Implanon®). EvidActPractAmbul. 2016;19(1):32-3.
10. Arribas Mir L, Puga González A, Soler Castillo A. Implantes anticonceptivos subcutáneos. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2005;12(1):44-52.

11. Croxatto HB, Makarainen L. The pharmacodynamics and efficacy of Implanon. An overview of the data. Contraception. 1998;58(6 Suppl):91s-7s.
12. HB C. Los implantes de progestágeno. Boletín Médico de IPPF. 2000;34:1-3.
13. Le J, Tsourounis C. Implanon: a critical review. Ann Pharmacother. 2001;35(3):329-36.
14. S D. Métodos de progestágeno solo: comparación de las opciones. Boletín Médico de IPPF. 2001;35:1-3.

TEMA 39. INSTRUCCIONES ENFERMERAS AL PACIENTE CON CPAP DOMICILIARIO

LIDIA MELLADO MARTÍN

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- COMO CONTAR AL PACIENTE QUE ES LA CPAP
- INTRUCCIONES DEL USO AL PACIENTE
- CONCLUIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) es el tratamiento de elección en la apnea obstructiva del sueño de moderada a grave, además de otras patologías relacionadas con la restricción ventilatoria.

El dispositivo proporciona una presión positiva continua de aire a través de una tubuladura durante todo el ciclo respiratorio, manteniendo abierta la vía respiratoria superior e impidiendo su colapso.

Nuestro objetivo es dotar al paciente de la información necesaria en cuanto a indicaciones, manejo, posibles complicaciones y soluciones, resolviendo cualquier tipo de duda y ofreciendo disponibilidad de consulta ante cualquier cuestión y /o incidencia en el uso/ manejo del dispositivo.

La información será clara y concisa para facilitar el entendimiento por parte del paciente y de la familia.

Le entregaremos la información por escrito para que les quede más claro y puedan consultarla cuando deseen.

COMO CONTAR AL PACIENTE QUE ES LA CPAP

Una máquina CPAP (presión continua positiva en las vías respiratorias) ayuda a las personas con apnea del sueño a respirar con más facilidad y normalidad cada noche mientras duermen.

Una máquina CPAP aumenta la presión de aire en su garganta para evitar que sus vías respiratorias colapsen cuando inhala, y disminuye el ronquido.

Usar un dispositivo CPAP implica usar una máscara presurizada en su nariz mientras duerme.

Es importante que use el dispositivo según lo indicado.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

Comenzaremos explicando la función de cada parte del aparato y su correcto mantenimiento en cuanto a uso y limpieza.

Luego se da a conocer las diferentes opciones de mascarilla disponibles, nasales, faciales, olivas y almohadillas nasales, dependiendo de las necesidades de cada paciente en cada situación.

Es importante explicar la función rampa de la CPAP, que permite una mayor adaptación del paciente, disminuyendo la presión al inicio del tratamiento para facilitar la conciliación del sueño, y aumentándola progresivamente en un tiempo hasta alcanzar la presión prescrita por su médico.

Recomendaremos el uso diario del dispositivo durante el tiempo que duerma, aunque daremos margen para la adaptación durante unas semanas.

Les explicaremos que la mejoría de los síntomas empezará cuando el paciente esté adaptado y consiga dormir con ella tranquilamente al menos durante 3-4 horas.

Marcaremos un orden para facilitar los pasos a seguir a la hora de la colocación de la CPAP:

1. Lavado nasal con suero fisiológico
2. Enchufar a la corriente.
3. Colocarse la mascarilla
4. Encender el equipo
5. Respirar tranquilamente por la nariz

Marcaremos los pasos para cuando se despierten

1. Al finalizar, apagar el equipo.
2. Quitarse la mascarilla
3. Desconectar en enchufe.
4. 9. Limpiar la mascarilla

CONCLUSIONES

Debemos hacer saber a la persona que comienza a usar la CPAP como tratamiento, que será capaz de normalizar la situación y realizar las mismas actividades que antes, con una mayor calidad de vida si consigue usar los recursos y la información de la que dispone de la mejor manera posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón A, León C, Maimó A, Barbé F, Agusti AG. N, Rodríguez-Roisin R, et al. Cumplimiento del tratamiento con presión positiva continua nasal (CPAP) en el síndrome de las apneas-hipopneas durante el sueño. Archivo Bronconeumología, 31 (1995), pp. 56-61.

- Morente F, Ordax E. Manual de procedimientos SEPAR. Trastornos respiratorios del sueño. SEPAR-Editorial Respira: 2010.

- Alonso ML, Bosch M, Casero L, Castañón C, Fernández MJ, García ML, León C, Louza E, Martínez I, Payo F, Puig M. Soporte: Hernández C. Controlando la Apnea del Sueño. Área de enfermería y fisioterapia. SEPAR: 2006.

.

- Díaz de Atauri MJ, Martín J. Manuales NEUMOMADRID PROCEDER: Procedimientos en Enfermedades Respiratorias. Síndrome de apneas-hipopneas del sueño. 2005. • Abad J. Atención del enfermo respiratorio crónico avanzado. Síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño. Módulo 1. Unidad 5: 61-72. Marge Médica Books: 2013

TEMA 40. ALIMENTACIÓN FORZADA EN DEMENCIAS AVANZADAS

INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ

MARLENE DEL VALLE FERNÁNDEZ

ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **MALTRATO AL ANCIANO**
- **PROBLEMÁTICA DE LAS SONDAS**
- **INCONVENIENTES DE LAS SONDAS**
- **CONCLUSION**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

En los casos en que la persona no puede decidir por sí misma, se nos plantea un conflicto ético, médico y asistencial en cuanto a la alimentación e hidratación. Si está justifica la necesidad de continuar o suspender la alimentación forzada en pacientes ancianos que sufren de aguda demencia progresiva.

En nuestra sociedad culturalmente existe la idea de no dejar morir de inanición, alimentar se considera una obligación moral. El alimentar a aquel que no puede por sí mismo, se ve como una necesidad básica.

MALTRATO AL ANCIANO

Hablamos de maltrato a los ancianos con demencia cuando se ”castiga“ infligiéndoles unas contenciones mecánicas, teniéndoles con las manos atadas a la cama o a la silla para evitar que se arranquen la sonda de alimentación.

La OMS define el maltrato como el “Acto (único o reiterado) u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor que se produce en el seno de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”.

Una de las principales preguntas concernientes a este hecho es: “¿Qué clase de calidad de vida estamos proporcionando al usar métodos de alimentación forzada?”

PROBLEMÁTICA DE LAS SONDAS

El primer estudio empírico de SANDERS et al. demostró que la mortalidad fue elevada en pacientes con gastrostomía endoscópica percutánea. Se describe una mortalidad del 28% en los primeros 30 días tras su colocación.

Otros estudios como los de Meier, Kim y Skelly describen que, “tras 6 meses, el 50% de los pacientes con demencia sobrevivan, mientras que otros demuestran un 54% de mortalidad a 30 días en pacientes con demencia y tras un año del 70-90% “.

INCONVENIENTES DE LAS SONDAS

En el estudio de Loser C et al. en pacientes con demencia avanzada, no se ha mostrado eficaz en la prevención de neumonía por aspiración, ni ha conseguido prolongar la supervivencia o reducir el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Según TENO et al. señalo que los pacientes con sondas de alimentación tuvieron una mayor incidencia de úlceras por presión al estar inmovilizados.

CONCLUSIONES

Revisiones e investigaciones recientes ponen en evidencia esta problemática, donde se pone en manos de los familiares la decisión final de colocar una SNG cuando no existe documento de voluntades anticipadas.

Se debería de concienciar a las familias e instituciones de los riesgos y perjuicios que puede conllevar la colocación de una sonda de alimentación. La inserción de una sonda sólo agrava la agonía de estos pacientes.

La bibliografía revisada describe un aumento de la mortalidad en paciente portadores de SNG o PEG.

BIBLIOGRAFÍA

- Tabak, N. (1997). El fruto de la tecnología: debemos nosotros alimentar un paciente anciano a todo costo? Rev Lat Am Enfermagem, 5(2), 61-7.
- Loser, C., Aschl, G., Hebuterne, X., Mathus-Vliegen, E. M., Muscaritoli, M., Niv, Y., Skelly, R. H. (2005). ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition–percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Clin Nutr, 24(5), 848-61.
- Teno, J. M., Gozalo, P., Mitchell, S. L., Kuo, S., Fulton, A. T., & Mor, V. (2012). Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers. Archives of internal medicine, 172(9), 697-701.

- Meier, D. E., Ahronheim, J. C., Morris, J., Baskin-Lyons, S., & Morrison, R. S. (2001). High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: lack of benefit of tube feeding. Archives of Internal Medicine, 161(4), 594-599
- kim, Y. I. (2001). To feed or not to feed: tube feeding in patients with advanced dementia. Nutrition reviews, 59(3), 86-88
- Skelly, R. H. (2002). Are we using percutaneous endoscopic gastrostomy appropriately in the elderly?. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care, 5(1), 35-42.
- Sanders, D. S., Carter, M. J., D'silva, J., James, G., Bolton, R. P., & Bardhan, K. D. (2000). Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: a worse outcome in patients with dementia. The American journal of gastroenterology, 95(6), 1472-1475.

TEMA 41. INTOXICACIÓN POR SULFATO DE MAGNESIO EN NEONATO

CRISTIAN ROMOSAN, AYCHEL ELENA ROURA PILOTO, ENCARNACION IZQUIERDO ALMIRON, MARTA GALLARDO BENASACH.

ÍNDICE

•INTRODUCCIÓN

•DESCRIPCIÓN DEL CASO

•CONCLUSIÓN

•ERFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUCCIÓN

El Sulfato de Magnesio es actualmente el medicamento de elección para el tratamiento de la embarazada con preeclampsia severa y eclampsia. Dado que atraviesa la placenta, alcanza elevados niveles en el plasma fetal, provocando en ocasiones superar la concentración plasmática materna.

(Palabras clave: Hipermagnesemia, recién nacido, preeclampsia).

DECRIPCIÓN DEL CASO

Se derivó desde el centro de salud a nuestro centro, por cifras tensionales elevadas en dos ocasiones (140/100 mmHg y 150/100 mmHg), asintomática. En Servicio Urgencia de Maternidad se constató presión arterial de 15 0/100 mmHg, albuminuria en 2 tomas consecutivas separadas por 6 horas, y examen físico normal. Se ingresó con diagnóstico de Síndrome Hipertensivo del Embarazo con posible Preeclampsia Moderada, iniciándose tratamiento con alfa metildopa 500 mg cada 8 horas por vía oral. La evaluación de unidad fetoplacentaria y los exámenes de severidad fueron normales. La proteinuria de 24 horas fue de 7,307 gramos razón por la cual se diagnosticó Preeclampsia Severa, se inició tratamiento con sulfato de magnesio en dosis habituales y se decidió interrupción del embarazo.

Se administró misoprostol vía vaginal en 3 veces, una ampolla de droal para manejo del dolor y profilaxis con ampicilina intravenosa por antecedente de colonización materna desconocida por *Streptococcus* Grupo B. Debido a falta de progresión del trabajo de parto asociada a registro sospechoso se decidió interrupción vía cesárea a las 12 horas de iniciada la inducción, habiendo recibido $MgS0_4$ por un total de 17 horas (22 gr en total de $MgS0_4$). La cesárea se realizó sin incidentes bajo anestesia regional, observándose líquido amniótico claro sin distocia de cordón.

Madre recibe perfusión de MgS04 por un total de 17 hrs antes de decidirse la interrupción del embarazo por vía alta debido a un registro sospechoso. Se obtuvo recién nacido de 2 620 gramos, deprimido, sin esfuerzo respiratorio, hipotónico y cianótico, que respondió parcialmente a la reanimación inicial con ventilación a presión positiva. Se decidió ingreso a Cuidados Intensivos de la Unidad de Neonatología para monitorización, soporte y manejo. Se detectaron niveles plasmáticos elevados de MgS04 de 4,7 mg/dL compatibles con el diagnóstico de Hipermagnesemia. La sintomatología fue disminuyendo progresivamente, decidiéndose el alta tras 7 días de hospitalización.

CONCLUSIÓN

- Se presenta caso clínico de un recién nacido, con antecedente de sulfato de magnesio administrado a la madre y que evoluciona con un cuadro de hipermagnesemia caracterizado por depresión neonatal, apneas centrales, requerimientos de oxígeno e hipotonía, los cuales van normalizándose progresivamente en el curso de 7 días.

BIBLIOGRAFÍA

1. Belfort MA, Anthony J, Saade GR, Allen JC Jr: A comparison of magnesium sulfate and nimodipine for the prevention of eclampsia. N Engl J Med 2003; 348:304.

2. Cloherty J, Eichenwald E, Stark A: Manual of Neonatal Care. Editorial Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia 2004; 781.

3. Pryde G, Besinger R, Gianopoulos J, Mittendorf R: Adverse and beneficial effects of tocolytic therapy. Sem Perinat 2001; 25 (5): 316-40.

4. Witlin AG, Sibai BM: Magnesium sulphate therapy in preeclampsia and eclampsia. Obstet Gynecol 1998; 92 (5): 883-9.

TEMA 42. PERCEPCION DE LA SEGURIDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA

ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ

MARLENE DEL VALLE FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- MORBILIDAD CARDIOPATIAS
- PERCEPCION DE LA CALIDAD
- EVENTOS ADVERSOS
- PERCEPCION DE LA SEGURIDAD
- DISCUSION
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se consideran la principal causa de muerte en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2004, representaron el 30 % de las muertes registradas en el mundo lo que supone unos 17, 3 millones de personas. Estas ECV como cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares, arteriopatías periféricas, cardiopatía reumática, congénita y trombosis venosas profunda y pulmonar. De ese 30 %, 7,3 millones de esas muertes corresponden a la cardiopatía coronaria, y 6,2 millones a los accidentes cerebro vasculares (ACV).No existen diferencias por sexo, y se prevé que la tendencia sea a que continúe; ya que según las previsiones de la OMS, para el 2030, afectará a 23, 6 millones de personas 1.

MORBILIDAD DE CARDIOPATIAS

- Por regiones la prevalencia de las enfermedades vasculares se distribuyen, por ejemplo en Estados Unidos (EE.UU.) fue de un 7, 6 % la de la cardiopatía isquémica y de un 3, 6 % la de infartos agudos de miocardio (IAM) en mayores de 20 años.
- Por su parte en España los datos parecen seguir la distribución mundial, ya que las ECV suponen un 22% de la mortalidad global. Están entre las enfermedades crónicas, más prevalentes, en torno a un 5 % y además se consideran como la segunda causa de años potenciales de vida perdidos 2. 2

PERCEPCION DE LA CALIDAD

La evolución de todo el proceso asistencial y las mejoras en la calidad de la misma no sólo se observan en la mejora de las tecnologías si no también en la percepción que los usuarios tienen del sistema.

Esto se ve reflejado también en la mayor información a la que estos tienen acceso sobre todo en medios de comunicación. Según el Eurobarometro el 78 % de los encuestados afirman haber oído noticias sobre EA en algún medio de comunicación, y este mismo estudio refleja que aproximadamente el 60% de los españoles recuerdan haber oído o leído alguna noticia sobre esto.

Lo que parece tener mayor trascendencia que en la realidad ya que únicamente de un 4 a un 17 % afirman haber sufrido algún evento adverso 4-5. 4

EVENTOS ADVERSOS

El 50 % de EA son evitables Los diferentes artículos de diversas partes del mundo coinciden (emplean además el mismo tipo de estudio, cohorte retrospectivo). El estudio ENEAS recoge datos de diferentes estudios Australia y Nueva Gales, (Quality Australian Health-care Study (QAHCS)), nos habla de una tasa de evento adverso (EA) del 16,6 % siendo en este caso un 51 % de los mismos evitables. En otro estudio realizado en Vermont entre 2000 y 2001 parece detectaron un 31,5 % de EA de los cuales consideran prevenibles el 49 %. El ENEAS concluye que el porcentaje de EA en España es del 9,3 % similar a otros países europeos. La mitad de estos EA, un 54,9 % son graves o moderados y un 31,4 % suponen un incremento de la estancia hospitalaria 4.

PERCEPCION DE LA SEGURIDAD

Hay diversos estudios que evalúan la seguridad en los hospitales, mediante revisión de EA recogidos en historias clínicas.

Uno de ellos, es EEUU, donde se valorara la percepción integral del hospital, debido a que en los últimos años han detectado variación de respuestas en diferentes hospitales, tanto públicos (Medicare y Medicaid) como privados y se creó una asociación mixta Hospital Quality Alliance (HQA) entre entidades privadas y públicas. Esta entidad evalua trimestralmente la percepción de los pacientes sobre los hospitales. Fue desarrollado por la Agencia de Investigación y Calidad. En los datos en este estudio del año 2006, en la encuesta se realizan 27 peguntas sobre la percepción que los pacientes tienen del hospital. En 14 de ellas los pacientes deben dar respuestas a aspectos como la comunicación médica y enfermera, planificación al alta, hasta la limpieza de la habitación y finalmente una puntuación sobre el hospital

DISCUSION

- En otro estudio publicado en 2006, donde preguntaba sobre los EA sufridos en hospitales del sur de Australia, se realizó encuesta telefónica a pacientes ingresados en hospitales en los últimos 5 años, preguntándoles tanto por su propia experiencia como por la de un familiar 9.
- Respecto a nuestro país, La Escuela Valenciana de Estudios de Salud (EVES) en el año 2008, realiza un estudio sobre el punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica. En él evalúan si han padecido EA durante su última hospitalización, así como la información recibida por parte de los profesionales y la frecuencia de los EA, entre otros. Las encuestas se realizaban a los 20 días del alta hospitalaria. Se preguntaba sobre la confianza en el médico y enfermera, percepción de la seguridad ante determinados riesgos entre otras preguntas

- En otro estudio, realizado por el Ministerio de Sanidad dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, realizado en 5 centros hospitalarios españoles (4 de ellos de la comunidad autónomas de Cataluña, provincia de Tarragona y uno de ellos de la comunidad Cántabra), se pretendía conocer la percepción de las seguridad de los pacientes durante la hospitalización, mediante un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico 11.
- En estos estudios las encuestas empeladas eran generalmente diseñadas por los propios investigadores, sirviéndose de encuestas o modelos previos. En el caso Estadounidense se trata de la HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems), El desarrollo de la encuesta realizado por la Agencia de la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ), implementada a través de la HQA. Por su parte en el estudio de EVES, se trata de una encuesta a través de una revisión de la literatura teniendo como referencia el Eurobarómetro entre otros. Esta misma técnica, de revisión de la literatura fue realizada por la encuesta del Plan de Calidad 8.
- Lo ítems tenidos en cuenta en la mayoría, son sobre la confianza en los profesionales médicos y enfermeros, su experiencia respecto a los EA y como esa puede influir en su percepción de la seguridad. Tanto en el estudio Australiano, como en el realizado en España por el ministerio emplean escalas Likert. En el primer caso evaluar la gravedad del EA, en caso del cuestionario del estudio español para valorar la percepción de la información

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Nota informativa .Ginebra 2011 .Ultimo acceso 12 de febrero de 2012. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html.
- 2.- Palanca Sánchez I (Dir.), Castro Beiras A (Coord. Cient.), Macaya Miguel C (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidades asistenciales del área del corazón: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- 3.- Álvarez Cosmea A, Barriales Álvare z V, (coordinador) Cabal García A, Fernández Benítez C, Fernández González B, García Solar F, Gómez Álvarez A, Martínez Acebal A, Martínez González P, Redondo Torres G, Sánchez Carrio A.Guía de Recomendaciones Clínicas Cardiopatía Isquémica. Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.2005
- 4.- Ministerio de sanidad y consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. ENEAS 2005.Madrid Febrero 2006. 47
- 5.- Mira J, Guilabert M, Ortíz L, Navarro I, Pérez-Jover M, Aranaz J. Noticias de prensa sobre errores clínicos y sensación de seguridad .Gaceta Sanitaria. 2010; 24:33-39
- 6. - Schwappach DL, Frank O, Hochreutener MA. New perspectives on well-known issues': patients' experiences and perceptions of safety in Swiss hospitals. Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2011;105(7):542-8.

7. - Chin GS, Warren N, Kornman L, Cameron P. Patients' perceptions of safety and quality of maternity clinical handover. BMC Pregnancy Childbirth. 2011 Aug 10;11:58
8.- Jha AK, Orav EJ, Zheng J, Epstein AM. Patients' perception of hospital care in the United States. N Engl J Med. 2008 Oct 30;359(18):1921-31
9.- Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman AJ. Consumer perceptions of safety in hospitals. BMC Public Health. 2006 Feb 22;6:41.
10. - Mira JJ, Aranaz JM, Vitaller J, Ziadi M, Lorenzo S, Rebasa P, Aibar-Remón C. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. Med Clin Monogr (Barc). 2008;131(Supl 3):26-32
11.- Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009

TEMA 43. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA. ¿CUÁLES SON LOS ERRORES MÁS HABITUALES?

Marlene del Valle Fernández
Ana Yesica Fernández Menéndez
Inmaculada García Fernández

Introducción

- La Ventilación Mecánica Invasiva (VM) es un procedimiento habitual en los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Sin embargo, no está exento de riesgos. Su principal complicación: la Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica (NAVM), un proceso de elevada morbimortalidad, aumento de la estancia hospitalaria e incremento del gasto sanitario.

- La ventilación a través de una vía aérea artificial es un tratamiento frecuentemente utilizado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Según el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial (ENVIN) del año 2015 representan un 41,76% de los pacientes ingresados en UCI

- La ventilación a través de una vía aérea artificial es un tratamiento frecuentemente utilizado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Según el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial (ENVIN) del año 2015 representan un 41,76% de los pacientes ingresados en UCI [1]

- La publicación en el año 2000 por el Institute of Medicine (IOM) de ***To Err is Human: Building a Safer Health System*** identificó la infección nosocomial como uno de los principales problemas de salud pública y enfatizó la importancia de implantar sistemas de prevención de las infecciones nosocomiales para mejorar la calidad asistencial en los centros sanitarios.

- FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES PARA LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA Sexo masculino, Edad>60 años, Síndrome de dificultad respiratoria aguda del adulto, Fallo multiorgánico, coma, EPOC, traqueostomía, reincubación, neurocirugía, TCE con monitorización de PIC.
- FACTORES EXTRÍNSECOS RELACIONADOS CON LA VENTILACIÓN MECÁNICA Duración de la VM, presión del neumotaponamiento del balón menor a 20 mmHg, reintubación o autoextubación, cambio de los circuitos con intervalos superiores a 48 h, traqueostomía, ausencia de aspiración subglótica, instrumentalización de vías respiratorias, cabecero en menos de 30 grados

- MEDIDAS BÁSICAS DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO 1.- Formación y entrenamiento apropiado en el manejo de la vía aérea, higiene estricta de manos durante el manejo, control de la presión del neumotaponamiento, evitar decúbito supino a 0 grados, higiene bucal por turno con Clorhexidina.

BIBLIOGRAFIA

- A partir de los datos del Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España (EPINE) que se realiza desde hace más de quince años, y del Point Prevalence Study, efectuado en diversos países de Europa durante el año 2010, se estableció que alrededor del 7% de los pacientes hospitalizados presentaron una infección relacionada con la asistencia durante el corte de prevalencia, estimándose que alrededor del 5% de los pacientes hospitalizados desarrollaban una infección nosocomial durante el ingreso.

- El grupo de trabajo de enfermedades infecciosas de SEMICYUC presentó los datos del ENVIN 2012 (Estudio Nacional de Vigilancia de infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva), donde se obtuvieron las tasas de infección más bajas desde el inicio de este registro. El registro ENVIN es la base de los proyectos intervencionistas realizados a nivel nacional: Bacteriemia Zero, Neumonía Zero y Resistencia Zero.
- En los últimos años, y con el inicio de los proyectos de intervención ya citados anteriormente, se ha observado una clara disminución de las infecciones. Los pacientes que han adquirido alguna infección en la UCI, han descendido paulatinamente desde el 15,51 por ciento de 2009 hasta el 11,30 por ciento de 2010, el 10,98 por ciento de 2011 y el 10,24 por ciento de 2012. Tan sólo el 6,16 por ciento de pacientes ingresados en 2012 sufrieron una complicación debida a neumonía, infección urinaria y bacteriemia, las infecciones asociadas a dispositivos controladas por ENVIN

CONCLUSIONES

- Conclusiones Resulta esencial la adopción de medidas preventivas específicas de la NAVM, formación, ratios adecuadas de personal, adhesión a prácticas de lavado de manos, precauciones estándar sobre prevención de infecciones y una adecuada política de aislamientos. Recomendamos implementar las medidas preventivas no farmacológicas propuestas de modo conjunto, para obtener mejor adherencia a las mismas y conseguir mejores resultados en nuestros pacientes.

- La Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, además de suponer un elevado gasto sanitario, eleva en gran medida la mortalidad. Por este motivo, según los autores mencionados en el desarrollo de ésta revisión bibliográfica, y siendo evidente en la práctica clínica, es muy importante la instauración de medidas profilácticas en las Unidades de Cuidados Intensivos para prevenir la aparición de este tipo de neumonías nosocomiales. Se puede llegar a la conclusión de que es muy importante que el personal que maneja pacientes conectados a ventilación mecánica esté debidamente formado para el correcto manejo de la vía aérea, ya que repercute de forma directa en la aplicación de medidas preventivas. Está demostrado que la instauración de protocolos de Prevención de Neumonía Asociada a ventilación mecánica, facilita el trabajo del personal sanitario, y unifica criterios de actuación, lo que disminuye la mortalidad por este tipo de infección hospitalaria. Es importante también el ahorro en gasto sanitario que supone la reducción de la morbi-mortalidad, al ser más barato costear la prevención que mantener a pacientes intubados con este tipo de neumonía ingresados durante largos períodos de tiempo en Unidades de Cuidados Intensivos.

bibliografía

- 1. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas. Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en servicios de Medicina Intensiva (ENVIN-HELICS). Informe 2015. Madrid: SEMICYUC; 2015 [citado 28 Abril 2016]. Disponible en: http://hws.vhebron.net/envinhelics/Help/Informe%20ENVIN-UCI%202015.pdf
- 2http://nightingaleandco.es/infecciones-nosocomiales-en-uci-parte-i/
- 3 https://www.enfermeriadeciudadreal.com/articulo_imprimir.asp?idarticulo=470&accion
- 4 file:///C:/Users/HP/Downloads/S1130239911000952_S300_es.pdf no puse nada

TEMA 44. PACIENTES ANCIANOS CRONICOS POLIMEDICADOS

Marlene Del Valla Fernández

Inmaculada García Fernández

Ana Yesica Fernández Menéndez

INTRODUCCION

- España es un país cada vez más envejecido, que según el INE (Instituto Nacional de Estadística) en 2016 la población mayor de 65 años era del 18,7 %, frente al 17 % de 2009.

- Estos datos ponen de relieve los retos a los que los sistemas sanitarios tienen que enfrentarse para poder dar una asistencia de calidad. Uno de los más relevantes es la polimedicación; entendiendo como tal la toma simultánea de múltiples fármacos. Esto implica numerosos riesgos, desde efectos adversos, como describe el estudio APEAS, un 7,5 % de errores de prescripción que supusieron un 0,8 % de EA y siendo evitables el 64%. Otro problema, descrito por la OMS, es el incumplimiento por parte del paciente, cercano al 50 %. Datos que implican directamente a los profesionales, son la falta de comunicación entre el profesional y el paciente, así como la falta de seguimiento.

- Las comunidades autónomas, han puesto en marcha protocolos, como la “Guía de recomendaciones para la Atención de los pacientes polimedicados (GRAPP)” de las Islas Baleares, El programa de Atención al Anciano Crónico Polimedicados de Cantabria y en el Principado de Asturias se está llevando a cabo desde el servicio de calidad y gestión clínica un protocolo de registro de actividades.

OBJETIVOS

- Describir las características epidemiológicas del P.P.
- Determinar las causas de incumplimiento en el P.P.
- Evaluar los principales diagnósticos de enfermería que permitan desarrollar estrategias de mejora.

MATERIAL Y METODOS

- El trabajo realizado trata de un estudio descriptivo retrospectivo de la revisión de 171 historias clínicas de aquellos pacientes que fueron a consulta de atención primaria.
- La información obtenida sería a través del formulario que existe previo en el OMI, para el control de pacientes polimedicados dentro del Protocolo para el registro de actividades del Paciente polimedicado, elaborado por el Área de Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

- Criterios de inclusión:
- Pacientes mayores de 65 años residentes en el área VIII, atendidos en el centro de salud de Laviana y consumidores de más de 6 fármacos.
- Criterios de exclusión:
- Enfermedad neurológica invalidante, enfermedad mental, institucionalizado e incapacitado.
- Ingreso previo hospitalario de dos semanas.

RESULTADOS

- La adherencia al tratamiento se evaluó mediante el Test de Morisky-Green.
- El porcentaje de mujeres es del 58.4 % y el porcentaje de hombres del 41.5%. La media de fármacos consumida es de 9.88, del total de la muestra y el 58% toma más de 10 fármacos.
- El 84.8 % afirma no olvidarse nunca de la toma de medicación, un porcentaje similar afirma que toma la medicación a la hora correspondiente. Un 87.72 % no deja de tomar la medicación si se encuentra bien, y finalmente solo un 9.36 % asegura dejar la medicación si le sienta mal.

CONCLUSION

- El paciente tipo por tanto sería una mujer, con un consumo de 10 fármacos que vive acompañada y no precisa ayuda para la toma de medicación.
- Se debe revisar el protocolo para aumentar su grado de cumplimentación en lo referente a las intervenciones de enfermaría, identificando las dificultades y áreas de mejora del mismo.

BLIBIOGRAFIA

- Base de datos de Programa Informático OMI del Centro de Salud Pola de Laviana (Asturias).
- http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-estudio-pacientes-polimedicados-mayores-65-S1134282X10001454.
- https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711005178

TEMA 45. IMPORTANCIA DE LA TERAPIA DE LA PRESIÓN NEGATIVA ANTE EL TRATAMIENTO Y RESOLUCIÓN DE HERIDAS POR ÚLCERAS

LEANDRO JAVIER RODRÍGUEZ CARRILLO

MARIA DE LAS NIEVES CABALLERO ANTIÑOLO

JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ CARRILLO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CONSEJOS DE LA TPN
- HERIDAS SUSCEPTIBLES DE LA TPN
- BENEFICIOS DE LA TPN
- CONTRAINDICACIONES DE LA TPN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La Terapia de Presión Negativa (TPN) podemos definirla como la tecnología no invasiva que favorece la cicatrización mediante el uso de un gradiente de presión negativa, el cual, disminuye desde que sale de la bomba que genera dicha presión, hasta que llega a la herida.

Se utiliza para favorecer y estimular la cicatrización de las heridas por media de una acción multimodal usando para ello la influencia de una presión negativa.

Ésta presión puede ser continua o intermitente, que utilizaremos junto con un control de retroalimentación en la zona de la herida, para así controlar el posible agravamiento de una presión excesiva.

CONSEJOS DE LA TPN

- Verificar que la herida es una candidata idónea para el TPN.
- Comprobar el diagnóstico y tratar todas las comorbilidades subyacentes y asociadas.
- Comprobar que el desbridamiento es correcto antes de iniciar el tratamiento.
- Selección del apósito de forma correcta, tanto en tamaño como indicación según el tipo de herida.
- No comprimir el apósito sobre la herida.
- Comprobar que se consigue un buen sellado de la zona afectada, evitando posibles complicaciones.
- No deje el apósito de TPN sobre la herida si la unidad de tratamiento se desconecta durante más de 2 horas.
- Controlar signos y síntomas de alarma.
- Si no existe mejora en el transcurso de 2 semanas, reevaluar el plan terapéutico.

HERIDAS SUSCEPTIBLES DE LA TPN

- Heridas aguas o traumáticas: Es particularmente adecuado en éste tipo de heridas, como pueden ser quemaduras o úlceras ortopédicas. Previamente deberemos limpiar la zona de infección y el exceso de líquido si lo hubiese.
- Heridas abdominales: Hay que prevenir, y nunca colocar el apósito sobre el intestino expuesto.
- Úlceras por decúbito
- Úlceras de diagnóstico incierto.
- Úlceras en el pie diabético de difícil resolución.
- Heridas en el post operatorio o infectadas. (previa limpieza de éstas).

BENEFICIOS DE LA TPN

Se ha consensuado que existen numerosos beneficios para el tratamiento de las úlceras a nivel de Atención Primaria, con el uso de Terapias de Presión Negativas. Podemos resumirlas en:

- Contraer la herida.
- Mejorar la eliminación del exudado y del tejido no viable.
- Mejorar el aporte y retorno sanguínea.
- Promover la formación de tejido cicatrizante y de granulación, tanto a nivel capilar como de tejido conectivo, favoreciendo una resolución más rápida de ésta.
- Estimular físicamente la mitosis, mejorando la cicatrización.

CONTRAINDICACIONES DE LA TPN

- Presencia de tejido necrótico.
- Colocación directa del apósito sobre estructuras vitales expuestas como órganos, músculos, tendones, etc.
- Osteomielitis no tratada.
- Heridas con tejido neoplásico.
- Pacientes con sensibilidad y alergias a la plata.
- Fístulas no enterocutáneas.
- Hemorragia activa.
- Hemostasia difícil de la herida en pacientes anticoagulados.

BIBLIOGRAFÍA

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100010
- http://www.scielo.br/pdf/coluna/v12n4/15.pdf
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000500067
- http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1603/1/TFG.Lorenzo.Gavilan.Rodriguez.pdf
- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262008000400007

TEMA 46. DIAGNOSTICO EN LA ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUESPED GASTROINTESTINAL (EICH-GI)

AYCHEL ELENA ROURA PILOTO

ENCARNACION IZQUIERDO ALMIRON

MARTA GALLARDOBENASACH

CRISTIAN ROMOSAN

ÍNDICE

- ENFERMEDAD ACTUAL
- EXPLORACIÓN FISÍCA
- DIAGNOSTICO

ANTECEDENTES MEDICOS

El presente caso clínico corresponde a un varón de 54 años con antecedentes DM2 en tratamiento farmacológico con ADO, HTA con buenos controles médicos, Colelitiasis, Adenoma suprarrenal izquierdo no funcionante. Diagnosticado en 2008 de Linfoma folicular grado I estadio IV-B FLIPI 4 y recibe tratamiento R-CHOP con respuesta parcial, se realiza esquema de rescate con R-FCM y rituximab. Tras varios ingresos hospitalarios con neutropenia e inestabilidad clínica, se realiza trasplante ologénico de PHSP con incompatibilidad ABO bidireccional

A los 10 meses del trasplante se ingresa a Hematología por cuadro de fiebre y diarrea, con cultivo positivo para salmonela enteritidis y CMV que se trata intrahospitalario y posterior alta. Dos semanas más tarde reingresa por fiebre 38.3 C y aumento de numero de deposiciones. Es derivado a Digestivo por anemia ferropenica que precisa transfusión de hemodirivados y por la persistencia de cuadro diarreico con rectorragia, sin causa infecciosa aparente. Se solicita gastroscopia y rectocolonoscopia (esta última 15 días mas tarde de gastroscopia)

Diagnostico

En la gastroscopia se observa petequias aisladas en esófago, edema de mucosa gástrica antral, en bulbo dudodenal y segunda porción del mismo se aprecia edema difuso de mucosa con congestión linfática (placas blanquecinas) sugerentes de EICH en fase inicial. En la colonoscopia a nivel de recto se visualizan lesiones parcheadas en forma de ulcera, en sigma se aprecia mamelón inflamatorio con mucosa ennegrecida y cronificada, desde colon descendente hasta ciego, la mucosa se hace difusamente edematosa con imágenes en empedrado y áreas ulceradas secundarias a proceso inflamatorio, todo el cuadro clínico y hallazgos sugieren EICH grave. De todas las lesiones se toman biopsia y remiten muestras a anatomía patológica cuyos resultados no son concluyentes de EICH.

CONCLUCIONES

Al paciente se le administran corticoides e inmunoglubulinas, se pautan antibióticos profilácticos y con un cuadro de diarrea persistente, deterioro progresivo de enzimas hepáticas y empeoramiento del estado general se produce el éxitus. La necropsia tóraco-abdominal informa de EICH agudo grado 4 (Digestiva estadio 2 y Hepática estadio 4

Conclusion:

La afectación baja gastrointestinal en EICH es menos comun que otras manifestaciones y en menor medida se ve afectado el tracto gastro intestinal alto y bajo simultaneamente. La endoscopia juega un significante papel en el establecimiento de diagnostico y tratamiento temprano para EICH – GI. El examen endoscópico puede dar información crítica e imponer un impacto decisivo en la decisión clínica cuando la histología es discordante con la presentación clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- Ferrara JL, Levine JE, Reddy P, Holler E. Graf-versus-host disease.Lancet. 2009;373:1551-61. Socié G, blazar br. Acute graft-versus-host disease: from the bench to the bedside. blood. 2009;114:4327-36.

-Filipovich AH, Weisdorf D, Pavletic S, Socie G, Wingard JR, Lee SJ, et al. Project on criteria for clinical trials in chronic graft-versus-host disease: I. Diagnosis and Staging Working Group Report. Biol Blood Marrow Transplant. 2005;11:945-55.

-Iqbal N, Salzman D, Lazenby AJ, Mel Wilcox C. Diagnosis of gastrointestinal graft-versus-host disease. Am J Gastroenterol. 2000;95:3034-8.

-Davila M, Bresalier RS. Gastrointestinal complications of oncologic therapy. Nature Clin Practice. 2008;5:682-96.

TEMA 47. DIABETES MELLITUS

IVÁN ORTEGA MIRALLES

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- TIPOS DE DIABETES
- PREVALENCIA
- MANIFESTACIONES Y SÍNTOMAS
- DIAGNÓSTICO
- MONITORIZACIÓN
- PREVENCIÓN Y FACTORES DE RIESGO
- TRATAMIENTOS Y TERAPIAS
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La **Diabetes Mellitus (DM)** son un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por niveles de glucosa elevados en sangre. Al nivel de glucosa circulante por la sangre se le denomina **Glucemia**.

La **insulina** es una hormona sintetizada por el páncreas, que permite que las células utilicen la glucosa de la sangre como fuente de energía.

El aumento de la glucemia, **hiperglucemia**, es el resultado de defectos en la secreción de insulina y/o en su acción.

Un mal control puede provocar **alteraciones en la función de diversos órganos**, especialmente los ojos, los riñones, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos.

TIPOS DE DIABETES

DM tipo 1: es una de las enfermedades crónicas infantiles más frecuentes. En ella, el páncreas no fabrica suficiente cantidad de insulina. Se desconocen las causas exactas de su **origen multifactorial**. Sien algunos de ellos:

- Factor Genético
- Autoinmunidad
- Daño Ambiental

DM tipo 2: o diabetes del adulto, es la forma más frecuente en mayores de 40 años. El organismo presenta cierta resistencia a la insulina, tendiendo a disminuir su producción. Posee un **Componente Genético** importante. Mientras que el **Estilo de Vida** constituye el 80%.

Otros Tipos:

- **Diabetes MODY**: producida por defectos genéticos de las células beta.
- **Diabetes Relacionada con Fibrosis Quística (DRFQ)**
- **Diabetes Secundaria a Medicamentos**
- **Diabetes Gestacional**

PREVALENCIA

Es una patología **muy común**. Alrededor de **143 millones** de personas la padecen en el mundo, estando sin diagnosticar el 50% de los casos, según la OMS.

La más frecuente es la **DM tipo 2**, presente en el 85-90% de los casos. Predominante en **adultos**. Aunque con cierto repunte, en la actualidad, entre niños y adolescentes. Entre el 20- 30% de los menores de 18 años, en EEUU, padecen esta enfermedad.

La **DM tipo 1** es características de personas más **jóvenes**. El 95% de niños y adolescentes diabéticos en España son de este tipo. Se calcula que hay 29.000 menores de 15 años afectados. Sumando, cada año, 1.100 casos nuevos.

MANIFESTACIONES Y SÍNTOMAS

Muchos de sus síntomas parecen inofensivos, dificultado su diagnóstico. Su detección temprana y tratamiento disminuyen la posibilidad de tener complicaciones.

- **Poliuria**: la glucosa alta en sangre se excreta a través de la orina disuelta en grandes cantidades de agua.
- **Polidipsia**: para compensar la gran pérdida de agua se tiene la necesidad de ingerir grandes cantidades.
- **Polifagia**: al no poder utilizar la glucosa, las células reclaman energía instigando al aumento del apetito.
- **Pérdida de peso**: la glucosa se excreta y no puede ser absorbida.
- **Fatiga**
- **Irritabilidad**
- **Visión borrosa**

DIAGNÓSTICO

Se puede realizar de formas diferentes:

- **Síntomas de Diabetes** más una determinación de Glucemia al azar > 200 mg/ dl en cualquier momento del día.
- **Glucemia en ayunas** > o = a 126 mg/ dl. Debe ser en ayunas de, al menos, 8 horas.
- Glucemia >= a 200 mg/ dl a las 2 horas de una **sobrecarga oral de glucosa**, siguiendo las normas de la OMS.
- **Hemoglobina Glicosilada** (HbA1c > o = de 6,5%.

Para realizar el diagnóstico **es suficiente con uno de los puntos anteriores**, pero en ausencia de hiperglucemia inequívoca, estos criterios deben ser confirmados repitiendo alguno de ellos otro día.

MONITORIZACIÓN

- Permite conocer el nivel de glucosa, disminuyendo riesgos.
- Permite estar más seguros y sensación de control sobre la enfermedad.
- Aporta información para adaptar el tratamiento.
- Es necesario para tener un buen control glucémico.
- **Procedimiento:**
  - Lavarse las manos con agua y jabón.
  - Pinchar la parte lateral de la última falange.
  - La gota de sangre se deposita en la zona reactiva de la tira cubriéndola completamente.

Tipos de monitores:

- Medidores de glucosa, glucómetro o reflectómetros.
- Monitorización continua de glucosa:
  - Guardian RT, Dexcom-G4 Platinum y Carelink-Pro.
  - FreeStyle Libre. A día de hoy, su utilización no está aprobada en la edad pedriátrica.

Valores ideales:

- Antes de las comidas: 65- 100 mg/ dl.
- Después de las comidas: 80- 126 mg/ dl.

PREVENCIÓN Y FACTORES DE RIESGO

- Perder Peso y mantenerlo
- Seguir un Plan de Alimentación Saludable
- Hacer Ejercicio regularmente
- No fumar
- Obtener Educación Para la Salud.

TRATAMIENTOS Y TERAPIAS

- Insulina: para la DM tipo 1, principalmente. Aunque en algunos casos también en la DM tipo 2.
- Antidiabéticos Orales (ADO): En DM tipo 2.
- Dieta Equilibrada.
- Ejercicio moderado y regular.
- Vida Saludable.

BIBLIOGRAFÍA

- Sabán Ruiz, J. La Diabetes Mellitus como Enfermedad Sistémica: control global del riesgo cardiometabólico. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2012.

- Nancy Holmes, H. Diabetes Mellitus: Guía para el Manejo del Paciente. 1ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

- Madrid Conesa, J. Libro Práctico de la Diabetes. 6ª ed. Madrid: Espasa; 2005.

TEMA 48. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA SEGURIDAD EN UN CENTRO DE MAYORES CON MEDIDAS DE CONTENCIÓN FÍSICA

ELOISA CALDUCH CATROFE

SOFÍA MARÍA ESPIAU GONZÁLEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y MÉTODO
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

En 1997, tras un estudio publicado en Age and Ageeing[1], se determina la prevalencia tan elevada del uso de contenciones mecánicas en España, siendo muy superior al resto de países.

A pesar de la alarma inicial, no fue hasta 2003[2] cuando se empezaron a llevar a cabo los primeros estudios e investigaciones en nuestro país para evitar esta práctica, continuamente asociada a incidentes relacionados con la seguridad del paciente, siendo el primer estudio en abordar de forma general la seguridad del paciente en los centros sociosanitarios el estudio EARCAS (Eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios) en 2011[3].

INTRODUCCIÓN

Según el documento desarrollado para el Proyecto de Investigación ACSA-UCA-SADECA (2010-2012) sobre "Recomendaciones para la mejora de la seguridad de pacientes en centros sanitarios y sociosanitarios"[4], los residentes de los centros sociosanitarios, por sus características (persona de edad avanzada, con alguna discapacidad o dependencia física y/o mental, pluripatológico, polimedicado y que precisa de cuidados durante un periodo largo de tiempo) y vulnerabilidad, son considerados de alto riesgo de sufrir un daño relacionado con la atención sanitaria.

Es por ello que nos planteamos conocer la situación de los mayores en nuestro medio mediante un estudio descriptivo.

OBJETIVOS

- **Objetivo principal:**

Mejorar la seguridad de las personas residentes en un centro de mayores adscrito y dependiente de un centro de atención primaria.

• Objetivos específicos:

1. Conocer las circunstancias de partida en situación de seguridad de las personas residentes.
2. Elaborar un informe descriptivo para acuerdo de colaboración intercentros (Direcciones de Centro de Mayores – Centro de Salud).

MATERIAL Y MÉTODO

- **Material:**

Estudio descriptivo sobre la seguridad del paciente en un centro sociosanitario, adscrito a nuestra zona de trabajo. Se estudia el universo de personas institucionalizadas (120). Se utilizan las siguientes variables:

A. Patologías prevalentes con predominio de demencias primarias y secundarias, así como enfermedades neurológicas.
B. Situación de dependencia o autonomía.
C. Tipos de Contenciones físicas y distribución.
D. Presencia de úlceras por presión.

- **Método:**

Valoración de situación actual del universo. Elaboración de base de datos propia y estudio estadístico de las medidas de contención física (mcf) de pacientes.

RESULTADOS

El universo está compuesto por 120 personas, de las cuales:

1. Un 76.6% (92 personas) dispone de, al menos, una medida de contención física, siendo nuestra población diana.
2. De estos, el 69.5% es población de riesgo por su situación de dependencia por sus patologías.
3. Sin embargo, el 30.5% no presenta riesgo relacionado con las patologías (no dependientes).
4. Los grupos de patologías prevalentes son:
   a) Demencias primarias y secundarias: 38% (35 pacientes).
   b) Enfermedades neurológicas: 31.5% (29 pacientes).

RESULTADOS

5. De la población diana, 14 personas presentan úlceras por presión (UPP), de los cuales:
   a) El 14.28% no pertenece a la población de riesgo.
   b) Y el 85.72% pertenece al grupo de riesgo.

6. Las medidas de contención se distribuyen de la siguiente manera:
   a) Barandillas: en el 100% de los casos (92 personas).
   b) Protectores barandillas: 23.9% (22 personas).
   c) Cinturón abdominal: el 4,6% (5 personas).
   d) Cinturón cama: el 19.56% (18 personas).
   e) Cinturón pélvico: el 22.08% (24 personas).
   f) Petos: 3.68% (4 personas).
   g) Petos perineales: 9.78% (9 personas).

RESULTADOS

7. Las contenciones por personas se distribuyen de la siguiente manera:

a) 1 contención: 50% (46 personas). En este grupo se encuentra incluido la totalidad de las personas que no presentan riesgo.
b) 2 contenciones: 20.65% (19 personas).
c) 3 contenciones: 20.65% (19 personas).
d) 4 contenciones: 7.60% (7 personas).
e) 5 contenciones: 1.08% (1 persona).

CONCLUSIONES

Podemos concluir que, según la bibliografía revisada y a la luz de los datos, existe un sobreuso de las medidas de contención física de tipo barandilla y sugerimos que deberían revisarse los casos de pacientes con múltiples medidas de contención física.

De la misma manera, analizar y revisar el uso y la indicación de manera personalizada e individual de las medidas coercitivas de contención física debería integrarse en la práctica diaria de los centros socio-sanitarios, siempre con la colaboración de los centros de atención primaria que ayuden a proporcionar materiales y recursos para mejorar la seguridad de los pacientes adscritos.

BIBLIOGRAFÍA

1. LJUNGGREN, G. et al. “Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries” Age and Ageing 1997; 26-S2: 43-47
2. ELSDEN DE DIGON, C. et al. “Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados.” SEEGG ; Julio 2003.
3. Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
4. DOTOR GRACIA, M. et al. “Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros sociosanitarios.” ACSA-UCA-SADECA; 2012.

TEMA 49. TIPOS DE PRUEBAS EN LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN Y CONFIRMACIÓN DE CONSUMO DE DROGAS

Mª ELENA RUÍZ SERRANO

Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS

Mª DEL CARMEN SALINAS SEVILLA

Mª JOSÉ ROCA SOLANA

RESUMEN

El consumo de alcohol y drogas está aumentando exponencialmente a nivel mundial, siendo una gran problemática para toda la sociedad porque acarrea unos gastos importantes en su detección, confirmación, control, tratamiento y reinserción a la vida normal. El tipo de pruebas suele ser una muestra biológica (orina, sangre, saliva, sudor o cabello) y se analiza en laboratorio confirmando si hay o no presencia de drogas en el metabolismo. Las pruebas de orina y saliva se pueden analizar en su condición natural, pero otras muestras necesitan algún tipo de preparación antes de ser analizadas (plasma, sudor y cabello). La muestra más utilizada suele ser la orina.

RESUMEN

En laboratorio se realizan dos tipos de pruebas que requieren de distintos métodos y niveles: 1ª) la prueba de detección mediante inmunoanálisis enzimático llamado ELISA que mide la concentración de droga en el fluido (en tubo de bioquímica con orina) y tras positivar pasamos a 2ª) la prueba de confirmación que es un método muy costoso que usa un espectómetro de masas y que es un método técnico que determina los constituyentes básicos de una muestra o molécula.

OBJETIVOS

Los objetivos de esta búsqueda bibliográfica sistemática son:

1. Diagnosticar precoz y rápidamente, niveles de concentraciones de droga elevados en individuos.
2. Confirmar adecuadamente dicho consumo de drogas.
3. Evitar efectos secundarios con las personas relacionadas con las drogas.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática donde se encontraron 57 estudios, de los cuales a 11 se prestaron especial interés.

La búsqueda se realizó en bases de datos de Ciencias de la Salud como Cuiden, Pubmed, Medscape, CINHAL, Scielo…Búsqueda de artículos en revistas como Revista del Laboratorio Clínico y Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Se consideraron los artículos buscados durante el periodo de tiempo 2013-2018.

Descriptores: “PRUEBAS”, “LABORATORIO”, “DETECCIÓN”, “CONFIRMACIÓN”, “CONSUMO”, “DROGAS”.

RESULTADOS

Si los resultados son negativos, eso significa que no se encontraron drogas en el cuerpo o que el nivel estuvo por debajo de ciertos límites, los cuales varían según el tipo de droga. Cuando aparece una prueba de confirmación negativa, pero tenemos una prueba de detección positiva, nos encontramos ante un resultado falso-positivo. Es obvio que un resultado positivo en ambas pruebas será reportado como tal, detectándose una o más drogas en la muestra por encima de ciertos límites

CONCLUSIÓN

En un futuro no muy lejano, aparecerán nuevas técnicas que confirmen el consumo de sustancias tipo droga mediante métodos menos costosos, fiables y rápidos. Además, se podrán descartar fácilmente los resultados falsos-negativos e incluso descubrir “in situ” el nivel exacto de droga que lleva el individuo en ese instante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Montalvo, J, Echeburúa, E. El consumo excesivo de alcohol: Un reto para la salud laboral. Salud y drogas [Internet]. 2001;1(1):17-39. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83910103
Guillen Pereira Lisbet, Arma Castañeda Nelly Paola, Formoso Mieres Alleyne Antonio, Guerra Santiesteban José Ramón,
2. Vargas Vera Danilo Fernando, Fernández Lorenzo Angie. Pedagogic strategy to reduce and to prevent the consumption of drugs from Physical Education. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Jun 22] ; 36(2): 111-126. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000200010&lng=es.

BIBLIOGRAFÍA

Villatoro Velazquez, JA., Medina-Mora Icaza, ME., Campo Sánchez, R., del, Fregoso Ito, M., Bustos Gamiño, DA., Resendiz Escobar, MN.,et al . El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. Salud Ment 2016 Ago; 39(4): 193-203.

Garro-Zamoral, LD., Zavaleta-MonestelII, E. Falsos positivos en pruebas de detección de drogas de abuso en orina asociados a consumo de medicamentos. Rev. Colegio de Microb. Quim. Clin. Costa Rica, Volumen 21, Nº2, Abril - Junio, 2015 • ISSN: 2215-3713

Valenzuela Morales, GY.; Mejía Martínez, C. Propuesta de una Metodología para detección de Drogas de Abuso en Muestras de Orina, en el Laboratorio de Análisis Clínicos del Centro de Investigación en Ciencias Médicas (CICMED). 2013, Universidad Autonómica del Estado de México. http://hdl.handle.net/20.500.11799/14378

TEMA 50. HIPERINSULINISMO CONGÉNITO EN EL RECIÉN NACIDO Y LA INFANCIA

CECILIA GRAU LÓPEZ

ANA JOSEFA MENDOZA BAYONA

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN GARCÍA AYUSO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El HIPERINSULINISMO CONGÉNITO (HIC) corresponde a recién nacido grande para la edad gestacional, que presenta hipoglucemia persistente desde las primeras horas de vida, con requerimientos altos de glucosa (>10-15mg/Kg./min) y con alto riesgo de daño neurológico irreversible. Se conocen dos formas:

1. HIPERINSULINISMO TRANSITORIO (se resuelve con el tratamiento).
2. HIPERINSULINISMO PERSISTENTE (mutación genética, persistente por vida).

En general, su incidencia se estima en 1/40.000-50.000 nacidos vivos. Puede ir asociado con otros síndromes de sobrecrecimiento (Perlman, Trisomía 13, Kabuki …)

INTRODUCCIÓN

Su tratamiento depende de la capacidad de respuesta a fármacos (diazóxido, octeótrido …), las pruebas genéticas y los estudios de imagen invasivos.

Cuando no existe respuesta a medicamentos o tienen un HIC focal de origen genético, se les realiza una pancreatectomia parcial o total, lo que puede desencadenar a corto/largo plazo en una diabetes.

OBJETIVOS

Los principales objetivos de este trabajo y su principal interés se basa en:

- Conocer en qué consiste el HIC en Unidades Pediátricas y Neonatales para prevenir o/y evitar posibles daños cerebrales por hipoglucemia en recién nacidos.

- Ayudar a las familias al mantenimiento de su integridad.

- Mantener la seguridad del RN en el ámbito hospitalario.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva de artículos de los cinco últimos años en bases de datos como Pubmed, Dialnet, Lilacs, Scielo, Medscape, Pubmed... y en revistas científicas como Pediatría Integral... También se buscaron guías clínicas y en Enfermería Global. Se encontraron 80 artículos, de los cuales se dedicó especial atención a 9 artículos específicos.

DESCRIPTORES: “HIPERINSULINISMO CONGÉNITO”, “HIPOGLUCEMIA”, “HIPERINSULINEMIA”, “ENFERMEDADES RARAS”.

RESULTADOS

El manejo de pacientes con HIC puede ser extremadamente delicado. Además de presentar múltiples problemas (sobrehidratación, sepsis …)

Requieren de monitorización de glucemia frecuente e inserción de catéter venoso central para la infusión de altas concentraciones de dextrosa.

Los síntomas por complicaciones del HIC en niños suelen ser: hipoglucemia, convulsiones, síncope, coma.

CONCLUSIÓN

El HIC requiere una sospecha clínica precoz y un manejo inmediato, con derivación temprana a centros especializados donde se lleve a cabo un abordaje multidisciplinar, evitando así futuras secuelas cerebrales, complicaciones (convulsiones, síncope, coma …), síntomas conductuales, cerebrales y/o deterioro cognitivo …

BIBLIOGRAFÍA

1. Hiperinsulinismo congénito en niños. Última revisión 31 de marzo del 2015. http:\Hiperinsulinismo congénito\Hiperinsulinismo congénito en niños - Síntomas y Causas - nodiagnosticado_es.mht
2. R. Plácido Paias, E. Piñán López, I. Sáez Díaz, M. Portillo Márquez, M. García Reymundo. Hiperinsulinismo congénito. Servicio de Pediatría. Hospital de Mérida (Badajoz) . Acta Pediatr Esp. 2015; 73(8): e229-e232.ISSN 2014-2986.
3. Malament, EK. Hiperinsulinismo congénito. Medicina General. IntraMed. Revisión 6 Junio 2011. http:\Hiperinsulinismo congénito\IntraMed - Artículos - Hiperinsulinismo congénito.mht

TEMA 51. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PIELONEFRITIS POR ESCHERICHIA COLI TRAS INFECCIONES RECURRENTES

Mª DE LA CONCEPCIÓN GARCÍA AYUSO

CECÍLIA GRAU LÓPEZ

ANA JOSEFA MENDOZA BAYONA

ÍNDICE

- EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO
- EXÁMEN FÍSICO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

Mujer de 58 años de edad que acude a urgencias tras presentar fiebre de 40ºC que no cede con antitérmicos orales y que se queja de gran dolor en zona lumbar derecha que no cede con analgesia prescrita por su médico de familia. Además, refiere orina frecuentemente y de urgencias, orinado pequeñas cantidades poco significativas. Antecedentes personales: 8 partos, infecciones de orina recurrentes seguida en consultad de urología, en lista de espera para intervención quirúrgica de prolapso uterino. Alérgica al iodo y a la penicilina. Niega hábitos alcohólicos ni tabaco

Descriptores: “ANALISIS ORINA”, “PIELONEFRITIS”, “ESCHERICHIA COLI”, “INFECCIÓN”, “RECURRENTE”.

EXAMEN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso: 99 kg, Altura:165 cm, Tª: 39,9ºC, TA: 199/100 mmHG. Fiebre. Piel y mucosas íntegras. Abdomen depresible a la palpación. Dolor intenso en flanco lumbar derecho, no necesidad de percusión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Análisis de sangre (bioquímica, hemograma, coagulación, gasometría venosa, hemocultivos seriados y virología).
- Análisis de orina (anormales, sedimentos y urocultivo).
- Ecografía renal con vejiga llena.
- TAC Abdominopélvico

JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

JUICIO CLÍNICO

✓Infección del tracto urinario.

✓Pielonefritis.

✓Septicemia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

PIELONEFRITIS POR ESCHERICHIA COLI TRAS INFECCIÓNES URINARIAS RECURRENTES

CONCLUSIÓN

Se ingresa inmediatamente en el servicio de urología para recibir tratamiento con antibioterapia intravenosa propio para dicha bacteria e hidratación. Además, se le coloca perfusión continua de analgesia frente al dolor que presente en zona lumbar derecha. Se le hará balance hídrico diario. Volverá a realizar varios análisis de sangre y de orina (anormales, sedimentos y cultivos) para comprobar la eficacia del antibiótico y la mejora de la paciente, evitando así complicaciones como una septicemia. en las mujeres, los cambios hormonales propios de la menopausia hacen que aumente la probabilidad de infección porque cambia el balance de la flora bacteriana. A estos problemas hay que agregarle otras enfermedades propias de la edad que propician la aparición de infección urinaria, como la diabetes o la incontinencia urinaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco, VM., Maya, JJ., Correa, A., Perenguez, M., Muñoz, JS., Motoa, G., Pallaresa, CJ., Rossob, F., Matta, L., Celis, Y., Garzon, M., Villegas, MV. Prevalencia y factores de riesgo para infecciones del tracto urinario de inicio en la comunidad causadas por Escherichia coli productor de betalactamasas de espectro extendido en Colombia. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; 2016, 34 (9): 559-565.

2. Esparza, GF., Motoa, G., Robledo,C., Villegas, MV. Aspectos microbiológicos en el diagnóstico de infecciones del tracto urinario. Infectio 2015; 19 (4):150-160

BIBLIOGRAFÍA

3. González, J. Infecciones urinarias bacterianas no complicadas. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2015 July; 11 (83): 4950-4963

4. Gallegos J., Márquez S., Morales K., Peña AM. Etiologic and antibiotic susceptibility profile of the first episode of febrile urinary tract infection. Rev. chil. infectol. 2013 Oct; 30(5): 474-479. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182013000500002&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182013000500002

TEMA 52. HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO EN UN RECIÉN NACIDO. CASO CLÍNICO.

MARTA GALLARDO BENASACH, CRISTIAN ROMOSAN, AYCHEL ELENA ROURA PILOTO, ENCARNACION IZQUIERDO ALMIRON.

ÍNDICE

•INTRODUCCIÓN

•DESCRIPCIÓN DEL CASO

•CONCLUSIÓN

•BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El hipotiroidismo congénito (HC) es una enfermedad endocrina que se define como una insuficiencia tiroidea presente desde el nacimiento, debido a una ausencia de glándula tiroidea o falta de acción de hormonas tiroideas durante la vida fetal. Este desarrollo anormal desde la etapa fetal puede afectar el desarrollo del sistema nervioso central y esquelético. Es la enfermedad endocrina más frecuente en pediatría y a su vez es la causa más común de retraso mental prevenible en un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. A continuación se describe el caso de un recién nacido atendido en el servicio de neonatología del Hospital General Universitario Santa Lucía, a quien se le diagnosticó de HC.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Recién nacido masculino de 11 días de vida, producto del segundo embarazo, parto sin incidencias, madre de 37 años de edad quien desarrollo tiroiditis de Hashimoto al mismo tiempo que se detectó el HC al hijo. Alimentado con lactancia materna exclusiva. Fue traído al hospital, por presentar ictericia de ocho días de evolución, somnolencia, succión débil, distensión abdominal y constipación. Al examen físico se destacó un peso de 4100 gramos, talla de 52 centímetros y perímetro cefálico de 37.5 centímetros. Presencia de ictericia, abdomen distendido con 39 centímetros de circunferencia y hernia umbilical pequeña.

Ante la sospecha de un hipotiroidismo congénito, se solicitó la determinación de TSH , cuyo resultado fue de 483 uUI/ mL, con este resultado se confirmó la sospecha diagnóstica y se inició tratamiento con levo-tiroxina sódica a una dosis de 8 ug/K/día, previa determinación sérica de hormonas tiroideas (TSH, T3 y T4).

En su primer control postratamiento, se observó el nivel de TSH levemente elevado por lo que se aumentó la dosis de levotiroxina a 11,7 ug/K/día, a los 20 días de este aumento se controlan nuevamente las hormonas tiroideas.

La evolución fue favorable, la TSH se normalizó a los 40 días de tratamiento, la exploración física y neurológica a los 2 meses de edad fue normal y el paciente acude a sus controles periódicamente.

CONCLUSIÓN

El hipotiroidismo congénito puede ser permanente o transitorio. Todo recién nacido con valores de TSH neonatal superiores a 20 UI/mL debe ser considerado sospechoso de HC aún cuando no existan manifestaciones clínicas y debe confirmarse el diagnóstico mediante la evaluación completa de la función tiroidea, determinando niveles séricos de TSH, T3 y T4 y se recomienda iniciar tratamiento de sustitución hormonal hasta documentarse o descartarse la enfermedad para así evitar el daño neurológico que es irreversible, mediante el tratamiento precoz, aconsejable antes de los 15 días de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. Newborn screening for congenital hypothyroidism: recommended guidelines. Pediatrics 1993:91;1203-9.

2. García J. Función tiroidea materna y la salud del niño. Arch Pediatr Urug 2001; 72:91-92.

3. Léger J, Marinovic D, Garel C, Boaníti C, Polak M, Czernichow P. Thyroid developmental anomalies in first degree relatives of children with congenital hypothyroidism. J Clin Endocrinol Metabolism 2002; 87:575-80.

4. Scott M. Thyroid disorders. In: Cloherty J and Stark A, eds. Manual of neonatal care. 3º ed. Boston: Little Brown and Co.;1998.p.20-6.

TEMA 53. ADMINISTRACIÓN DE INHALADORES CON CÁMARA EN PEDIATRÍA

DAVID PÉREZ BERENGUER

ÍNDICE

- Introducción
- Objetivo
- Precauciones
- Material
- Preparación del paciente
- Ejecución
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

La administración de sustancias nebulizadas y la prescripción de inhalaciones para diversas dolencias del Sistema Respiratorio no son nuevas. Probablemente la medicina tradicional china y la medicina india fundieron los cimientos de esta forma de terapia. La decisión de escoger una ruta adecuada para la administración de medicamentos depende de diversos factores tales como la patología a tratar, la facilidad de acceso hacia el paciente, la colaboración de éste en su tratamiento, y en muchos casos, la velocidad para alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos al prescribir el fármaco. Un aerosol se define como una suspensión relativamente estable de sólidos o líquidos en un medio gaseoso.

OBJETIVO

- Administración terapéutica y enseñanza del uso efectivo de los dispositivos inhaladores.

PRECAUCIONES

- Bajo prescripción médica.
- Asegurarse que el paciente no es alérgico a la medicación que se va a administrar.
- Comprobar los 6 puntos correctos antes de la administración de un fármaco:

a. Paciente correcto: el medicamento se administra al paciente al que está destinado.
b. Fármaco correcto: el medicamento administrado es el medicamento prescrito.
c. Dosis correcta.
d. Momento correcto: el medicamento se administra con la frecuencia adecuada y en el momento correcto.
e. Vía de administración correcta.
f. Documentación correcta.

PRECAUCIONES

- Si es necesario, implicar en la enseñanza al familiar o persona responsable.
- Informar a los padres del procedimiento que se va a realizar. Solicitar su colaboración, si está indicado.

MATERIAL

Dispositivos de inhalación:

- Cámara con mascarilla (de 0 a 3 años)
- Cámara de inhalación con boquilla (de 4 a 6 años)
- Cámara de inhalación (mayores de 6 años)

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Enseñar al niño a coger el aire llenando bien el pecho sin elevar los hombros y tener una postura correcta de pie o sentado (si el niño colabora). Si es lactante o bebé o no colabora, coger al niño y sujetarlo bien.

EJECUCIÓN

Técnica para cámara con mascarilla (niños ≤ 4 años)

1. Verificar si la medicación (fármaco, dosis, momento y vía) corresponde con la prescripción médica.
2. Comprobar la identidad del paciente.
3. Procurar mantener al niño despierto y sin llorar durante la técnica.
4. Agitar el cartucho en posición vertical.
5. Quitar la tapa de la boquilla del inhalador.
6. Ajustar el inhalador a la cámara de inhalación.
7. Colocar al niño apoyado en el pecho de la madre si es lactante o bebé, o sobre una superficie de apoyo. Sujételo bien.
8. Colocar la mascarilla sobre la nariz y boca del niño.

EJECUCIÓN

9. Apretar el pulsador una vez con la cámara horizontal.
10. Mantener la cámara ligeramente inclinada hacia arriba, y seguir en esta posición
hasta que el niño haya respirado de 5 a 10 veces (15 segundos).
11. Apartar la mascarilla de la cara del niño y espere un minuto.
12. Repetir la dosis, si está indicado.
13. Lavar la cara después de utilizar la cámara.
14. Retirar el inhalador de la cámara y coloque la tapa de la boquilla en el inhalador.

EJECUCIÓN

15.Registrar el fármaco administrado.
16.Valorar la respuesta del paciente al fármaco y vigiar posibles efectos secundarios.
17.Limpiar la cámara y sus componentes con agua jabonosa y comprobar el
funcionamiento de la(s) válvula(s).

EJECUCIÓN

Técnica para cámara con boquilla (niños > 4 años) o con cámara (niños > 6 años)

1. Verificar si la medicación (fármaco, dosis, momento y vía) corresponde con la prescripción médica.
2. Comprobar la identidad del paciente.
3. Agitar el cartucho.
4. Quitar la tapa de la boquilla del inhalador.
5. Ajustar el inhalador a la cámara de inhalación.
6. Colocar al niño de pie o sentado.
7. Colocar la cámara de inhalación en la boca del niño, y enseñarle a apretar ligeramente los labios sobre ella. Colocar una pinza en la nariz, si es necesario.

EJECUCIÓN

8. Presionar el inhalador.
9. Pedir al niño que inspire profundamente el aire de la cámara de inhalación
hasta contar 10 (si no es posible, que respire normalmente a través de la
boquilla).
10. Comprobar que la válvula se mueve mientras el niño respira a través de la cámara de inhalación
11.Retirar la cámara de la boca
12.Retirar la pinza de la nariz.
13.Después de la espiración, esperar 1 minuto y repetir el proceso para una 2ª
dosis (si está prescrita).
14.Si se tiene que administrar más de un inhalador, se debe esperar 5 minutos entre uno y otro.

EJECUCIÓN

15.Pedir al niño que se enjuague la boca.
16. Puede acumularse una carga estática en algunas cámaras de inhalación de plástico, lo cual atrae las partículas del fármaco y reduce el aporte pulmonar. Esta carga puede reducirse mediante el lavado de la cámara de inhalación con un detergente (sin enjuagar) y dejando que se seque al aire
17.Registrar el fármaco administrado.
18.Valorar la respuesta del niño al fármaco y vigilar posibles efectos secundarios.

BIBLIOGRAFÍA

- William Cristancho Gómez. Inhaloterapia. 2º Edición. México: Manual Moderno; 2011.

- Rodríguez M, Celay E, Larrea I, Urdánoz M, Zabalegui A, Ollo B. Técnicas, de inhalación en el tratamiento del asma. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2003. Vol. 26, suplemento 2.

- Mark FitzGerald, Eric D. Bateman, Louis-Philippe Boulet. Estrategia Global para el Manejo y la Prevención del Asma 2014. GINA; 2014.

TEMA 54. AISLAMIENTO ESTRICTO Y PREVENCIÓN POR TUBERCULOSIS ACTIVA EN AMBIENTE HOSPITALARIO

ANA JOSEFA MENDOZA BAYONA

MARÍA DE LA CONCEPCIÓN GARCÍA AYUSO

CECILIA GRAU LÓPEZ

ÍNDICE

- RESUMEN
- EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- METODOLOGÍA
- JUCION CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

Varón de 42 años que acude a urgencias por tos intensa y persistente de duración de 5 semanas, dolor en el pecho, con expectoración sanguinolenta del interior de los pulmones. Además, el paciente dice que esta con fatiga y debilidad, con pérdida de peso, escalofríos. Tiene falta de apetito.

Antecedentes: Alergia a la amoxicilina y al metamizol, niega otros antecedentes médicos de interés. En tratamiento crónico con simvastatina por hipercolesterolemia. No antecedentes médicos quirúrgicos.

Descriptores:
“PREVENCIÓN”, “AISLAMIENTO”, “GOTAS”, “CONTACTO”, “INFECCIÓN”.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Tensión Arterial: 100/59mmHg, F.C:99 lpm, Tª 38,9ºC. Piel diaforética, abdomen blando y depresible. Restante observación sin incidencias significativas

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Analítica completa de sangre (Bioquímica, hemograma, gasometría venosa, virología), análisis de orina (anormal, sedimentos y urocultivos).
- Muestra de esputo para estudio microbiológico (cultivo) y bacteriológico. Inoculación de prueba de la tuberculina en antebrazo derecho.
- RX de tórax.

METODOLOGÍA

JUICIO CLÍNICO

- Proceso respiratorio de origen vírico o bacteriano.
- Obstrucción respiratoria.
- Espasmo bronquial.
- Neumonía respiratoria.
- Traumatismo bronquial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TUBERCULOSIS ACTIVA DE ORIGEN FAMILIAR ENDÉMICO.

CONCLUSIÓN

Se ingresa inmediatamente al paciente en la unidad de Medicina Interna (en aislamiento por gotas y de contacto) ante la sospecha inminente de tuberculosis activa tras haber tenido contacto con familiar enfermo (enfermedad activa) tras un viaje al extranjero. Se informa a los agentes competentes de la virulencia de la enfermedad tras confirmar diagnóstico con esputo y prueba de tuberculina positiva en el primer día (pústula exagerada al tercer día). Se le realiza prueba de tuberculina y profilaxis a todos los profesionales sanitarios que han estado en contacto con dicho individuo. También se le realiza llamamiento urgente a todos los componentes de la familia que han estado en contacto para realizarse pruebas diagnósticos de urgencia para evitar propagación endémica fuera del núcleo familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pizarro Barrera, Antonio. [9] «Tuberculosis» (Actualización). (OMS / Nota descriptiva, Enero de 2018). http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/
2. Pérez Bernabé, Ginger Pamelita. Actitud e institucionalización de medidas de bioseguridad en familiares de pacientes con tuberculosis pulmonar. 2016-12-09. URI: http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/7857
3. Casas,Irma; Dominguez, José, Rodríguez, Soledad; Matllo, Joan; Altet, Neus. Guía para la prevención y control de la tuberculosis en el personal sanitario. 21 December 2015. Med Clin 145 (12): 534.e1-534.e13. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775315004467
4. Mendoza-Ticona Alberto. Tuberculosis as occupational disease. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2012 Jun; 29(2): 232-236. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000200011&lng=es.

TEMA 55. LA SALUD MENTAL DE LOS MAYORES:

CARENCIAS Y OPORTUNIDADES

TERESA LÓPEZ ARTEAGA

PEDRO PADILLA ROMERO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. EPIDEMIOLOGÍA
3. EVALUACIÓN PSICOGERIÁTRICA
4. PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS
    1. TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS
    2. LA DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS
    3. LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS DE APARICIÓN TARDÍA
    4. PSICOFARMACOLOGÍA EN LOS MAYORES
5. ASISTENCIA PSICOGERIÁTRICA
    1. PRINCIPIOS GENERALES DE LA ASISTENCIA PSICOGERIÁTRICA
    2. PSICOGERIATRÍA DE ENLACE
6. BIBLIOGRAFÍA

1.- INTRODUCCIÓN

- Para destacar la importancia del problema de las enfermedades mentales en los ancianos es necesario conocer su papel como colectivo en las sociedades actuales. Asistimos a un progresivo envejecimiento poblacional que se acentúa en los países más desarrollados y que comienza a emerger en los países en vías de desarrollo.

- Se estima que entre el 20 y el 25% de la población de los países occidentales tendrá 65 o más años hacia la mitad del presente siglo XXI. En el censo de 2008, más de 7 millones y medio de españoles tiene 65 años o más. Por tanto nos encontramos ante un colectivo poblacional de alta relevancia.

- Este grupo poblacional requerirá también la adaptación de servicios sanitarios (sociosanitarios) adecuados a sus demandas, y entre ellos la *Psicogeriatría* representa un papel estratégico fundamental en numerosos aspectos.

1.- INTRODUCCIÓN

- A nivel práctico, la pregunta adecuada sería:
  - ¿desde el punto de vista psiquiátrico, estas personas mayores, requieren una consideración especial?
  - ¿tiene la presentación de la enfermedad mental particularidades en la vejez?
  - ¿es necesario conocer estas singularidades de los trastornos mentales en los mayores?
  - ¿se requiere formación específica?
  - ¿se requieren servicios especializados?

- Según la OMS, la Psiquiatría Geriátrica es una rama de la psiquiatría y forma parte de la provisión de atención multidisciplinar a la salud mental del anciano. La especialidad es denominada a veces “psiquiatría geriátrica”, “psiquiatría de la vejez” o “psicogeriatría”.

1.- INTRODUCCIÓN

Aunque la mayoría de documentos y servicios referidos a este área fijan una edad de inicio de la psiquiatría geriátrica en la población mayor de 65 años, la realidad es que algunos de los servicios psicogeriátricos también atienden a personas de menor edad que presentan enfermedades neurodegenerativas (como demencia, enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral,…), daño cerebral traumático, epilepsia, accidentes cerebrovasculares,..; dado que la aparición de psicopatología en estas enfermedades guarda muchas similitudes con los trastornos psicogeriátricos.

1.- INTRODUCCIÓN

La atención psicogeriátrica se centra en los siguientes grupos fundamentales de población:

Pacientes con trastorno mental grave que han envejecido, generalmente en instituciones como los hospitales psiquiátricos. Estos pacientes, se caracterizan por presentar generalmente una sintomatología psiquiátrica productiva más atenuada (hasta el 20% ya no presentan síntomas psiquiátricos) y sin embargo presentan otro tipo de sintomatología que merece especial atención, como los síntomas residuales, el efecto de la institucionalización y el aislamiento social, o la iatrogenia de los neurolépticos clásicos. Además el propio envejecimiento supone la aparición de todas las complicaciones asociadas a los pacientes geriátricos: comorbilidad somática, dependencia funcional, polifarmacia… Por ello la mayor parte de las rehabilitaciones de los antiguos hospitales psiquiátricos han incluido la creación de unidades de psicogeriatría para este tipo de pacientes.

1.- INTRODUCCIÓN

Pacientes sin antecedentes psiquiátricos que han debutado con sintomatología más allá de los 50-60 años. Presentan por tanto psicopatología de aparición tardía. Se trata por tanto de patología psiquiátrica directamente relacionada con la edad:

- Deterioro Cognitivo y Demencias
- Depresión del anciano
- Duelos
- Trastornos Delirantes
- Psicosis de tipo esquizofrénico de aparición tardía (*parafrenia tardía*)
- Trastornos somatomorfos de inicio en los mayores.

1.- INTRODUCCIÓN

Los ***cuidadores***. Los pacientes psicogeriátricos presentan un elevado grado de dependencia tanto física como psíquica. Es por tanto casi “obligatoria” la necesidad de un cuidador, bien familiar, bien cuidador más o menos profesional, que atienda las necesidades básicas de estos pacientes. La complejidad de la sintomatología psicogeriátrica genera con frecuencia también un importante estrés en los cuidadores, favoreciendo el síndrome conocido como *sobrecarga del cuidador*. La psicogeriatría también debe por tanto favorecer la atención de los cuidadores, con información, apoyo psicológico y asesoramiento.

1.- INTRODUCCIÓN

A nivel práctico, la psicogeriatría presenta algunas particularidades determinantes de un verdadero modelo biopsicosocial de atención:

· El **envejecimiento cerebral orgánico o biológico:**

- Disminución del peso y volumen cerebral
- Aumento de los ventrículos
- Aumento de los surcos y disminución del volumen de las circunvoluciones
- Ovillos neurofibrilares
- Depósitos amiloideos
- Atrofia y muerte neuronal (especialmente corteza e hipocampo)

1.- INTRODUCCIÓN

· Las **enfermedades somáticas** que frecuentemente acompañan al envejecimiento:

- Enfermedades neurológicas
- Enfermedades cardiovasculares
- Endocrinopatías
- Enfermedades osteoarticulares
- Asociación de dolor crónico

1.- INTRODUCCIÓN

· La **discapacidad**

· Los **cambios sociales y psicológicos** que se asocian al envejecimiento:

- Duelos y pérdidas
- Jubilación
- Disminución de la capacidad adquisitiva
- Los frecuentes cambios de domicilio (ancianos golondrina)
- Institucionalización
- Modificación del autoconcepto y la autoimagen
- Los procesos de adaptación. Estrategias de afrontamiento (coping)

1.- INTRODUCCIÓN

Sin embargo existen ***puntos críticos en la atención a personas mayores***:

1. el acceso de las personas mayores con trastornos mentales al circuito asistencial con frecuencia es tardío, y la atención que reciben puede ser insuficiente.
2. La escasez de programas específicos multidisciplinares e intersectoriales para la atención a los problemas de salud mental en la edad avanzada.
3. La escasez de dispositivos específicos de hospitalización completa y parcial, de residencias asistidas y de recursos de respiro para cuidadores.

1.- INTRODUCCIÓN

Según la **Estrategia de Salud Mental** se especifica en relación a este tema:

“ En la actualidad, la mayoría de las comunidades autónomas han incorporado en sus planes de salud y/o planes gerontológico y/o planes de salud mental, objetivos asistenciales referentes a las personas mayores con trastornos mentales en general y/o demencia en particular...” “El desarrollo de sistemas de atención específica a estos problemas muestra, sin embargo, la habitual diversidad ligada a la organización territorial del Estado. En algunas Comunidades Autónomas está consolidada la existencia de dispositivos asistenciales específicos destinados a este fin (Galicia – Mateos, 2006), en otras están en fase de desarrollo normativo, mientras que en muchas ni siquiera se ha alcanzado esta fase...” “El reciente informe del Defensor del Pueblo sobre la Asistencia Sociosanitaria en España, concluye con la necesidad de organizar estructuras asistenciales delimitadas territorialmente que incluyan geriatras y psicogeriatras” (MSyC 2007)”

1.- INTRODUCCIÓN

La lucha contra el estigma. A la estigmatización asociada a la enfermedad mental, debemos asociar en el caso de la *psicogeriatría*, la estigmatización a la que están sometidos los ancianos. De forma cruda y clara podemos centrar el problema en la definición de “loco y viejo” ó “viejo y loco”. Otro de los objetivos fundamentales de la psicogeriatría será por tanto la “lucha” contra el estigma de los ancianos con enfermedad mental.

Se impone por tanto el desarrollo de programas y/o servicios específicos para la atención de este importante colectivo poblacional.

2.- EPIDEMIOLOGÍA

- Se considera que hasta el 50% de los mayores de 65 años que residen en la comunidad pueden presentar algún tipo de sintomatología psíquica que pueda generar algún tipo de malestar.
- Debemos destacar el de la importante cifra de pacientes con demencia (enfermedad de Alzheimer y otros tipos), que supone una verdadera pandemia mundial (más de 500.000 enfermos con demencia en España); siendo:
  - una de los principales problemas sanitarios, sociales y económicos de todos los países,
  - así cómo causa principal de sobrecarga de para los cuidadores y familiares de los pacientes.

2.- EPIDEMIOLOGÍA

Diagnósticos	Prevalencia	Factores asociados
Depresión mayor Depresión menor	5-10% AP 10-15% hospitalizados 10-20% AP 25% hospitalizados 30% residencias	Sexo femenino Dependencia funcional Enfermedad crónica Dolor crónico Deterioro cognitivo Escaso apoyo social
Demencia	5-10% mayores de 65 años 30-35% mayores de 85 años	Apoloproteína E (E4/E4) TCE Escasa escolarización Sd. Down (Alzheimer) Factores de riesgo vascular
Tr. De ansiedad	10-20% comunidad >40% residencias	Sexo femenino Neuroticismo Deficiencias sensoriales Acontecimientos estresantes Duelo
Síntomas psicóticos	4-10% comunidad 20-25% residencias	Soledad y aislamiento social Polifarmacia Deficiencias sensoriales Deterioro cognitivo Abuso de alcohol

3.- EVALUACIÓN PSICOGERIÁTRICA

Uno de los aspectos fundamentales de la psiquiatría geriátrica se centra en la adecuada evaluación de estos pacientes.. Las premisas principales son las de la *valoración geriátrica integral*, que incluye:

- Valoración física
- Valoración psíquica
- Valoración funcional
- Valoración social

Es imprescindible conocer los antecedentes somáticos de las personas mayores, las enfermedades que presentan y los tratamientos que reciben. En numerosas ocasiones existe una estrecha relación entre las enfermedades orgánicas y los síntomas psiquiátricos. La polifarmacia es también, con frecuencia, causante de psicopatología. Existen algunos intrumentos de evaluación de la gravedad física que son útiles para su aplicación en psicogeriatría, como el *Índice Acumulativo de Enfermedad*, de Bulbena y cols., adaptación al castellano del Cumulative Illness Rating Scale.

3.- EVALUACIÓN PSICOGERIÁTRICA

- En la **evaluación funcional** debemos utilizar las escalas recomendadas desde la geriatría:
  - Para las actividades instrumentales: *Índice de Lawton y Brody*
  - Para las actividades básicas de la vida diaria: *Índice de Barthel e Índice de Katz*

- En cuanto a la **evaluación neuropsicológica** los instrumentos fundamentales utilizados en nuestro medio, y validadas en nuestro idioma, son: (CAMDEX-R), (CAMCOG), (GMS). Entrevista psiquiátrica para el diagnóstico de trastornos mentales en el anciano, con criterios DSM-IV, *Miniexamen Cognoscitivo de Lobo* (MEC). Versión española del Minimental State Examination de Folstein. Versiones de 30 y 35 ítems. Posiblemente el test cognitivo más utilizado, *Test de dibujo del Reloj; Test de evaluación cognitiva breve de Pfeiffer*. Short Portable Mental State Questionaire (SPMSQ).

3.- EVALUACIÓN PSICOGERIÁTRICA

- **Evaluación de funciones predominantemente ejecutivas y frontales**
  - *Trail Making Test* A y B. Test del trazo y los números
  - *Test de Stroop.* De colores y palabras
  - *FAB (Frontal Asessment Batery)*. Para la evaluación de funciones frontales

- **Evaluación de trastornos psiquiátricos en las demencias**
  - *Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings* (NPI). Con 12 ítems que evalúan intensidad y frecuencia de los síntomas neuropsiquiátricos de los pacientes con demencia. La escala más usada para estos trastornos.
  - *Behavioral Pathology in Alzheimer Disease Rating* Scale (BEHAVEAD).
  - Evaluación de la depresión

3.- EVALUACIÓN PSICOGERIÁTRICA

- **Evaluación de la depresión**
  - *Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage* (GDS). *Geriatric Depression Scale*. La más usada. Versiones en castellano de 30, 15 y 5 ítems.
  - *EURO-D.* Escala Europea de la Depresión en el Anciano. Validada en nuestro país y utilizada en los más importantes estudios epidemiológicos europeos sobre depresión geriátrica (EURODEP).
  - *Escala de Cornell para la Depresión en la Demencia (Cornell Scale for Depression in Dementia)*

- **Valoración de los cuidadores**
  - *Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit* (*Caregier Burden Interview*)

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

4.1.TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

Conviene recordar que los trastornos mentales orgánicos aparecen con mayor frecuencia en las personas mayores. Esto se debe fundamentalmente a dos

factores:

- El propio envejecimiento cerebral. Los cambios que se producen con la edad se corresponden con el aumento de la prevalencia de los trastornos mentales orgánicos
- La aparición de enfermedades cerebrovasculares, neurológicas, y en menor medida también de otras enfermedades somáticas (endocrinometabólicas, tumorales,…) que se asocian con patología psiquiátrica

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

Dentro de los trastornos mentales orgánicos destacaremos:

· **El síndrome confusional o delirium**

- Caracterizado por una alteración aguda o subaguda del nivel de conciencia, con inquietud y/o agitación (delirium hiperativo) o inhibición (delirium hipoactivo), desorientación, alucinaciones (preferentemente visuales), actividad delirante (paranoide, ocupacional), falsos reconocimientos,…

- Es un trastorno grave con elevada mortalidad

- El paciente tipo es una persona mayor, con pluripatología, deterioro cognitivo y sometida a cirugía (fundamentalmente ortopédica o cardíaca)

- El delirium siempre tiene un origen orgánico y el tratamiento más adecuado es el tratamiento de la causa que lo desencadenó

- El tratamiento sintomatológico se realiza fundamentalmente con neurolépticos clásicos (haloperidol) y atípicos en casos de delirium inicial, subagudo o en caso de delirium hipoactivo.

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

- **El deterioro cognitivo y la demencia**

  - La edad es el principal factor asociado al deterioro cognitivo

  - El cuadro de demencia se caracteriza por alteración de las funciones superiores (memoria, lenguaje, función visoespacial, funciones práxicas…) que genera alteración funcional. En caso de que no exista esta alteración funcional debemos diagnosticar *deterioro cognitivo leve*

  - Las demencias más prevalentes son: enfermedad de Alzheimer, demencias vasculares y mixtas, demencias por cuerpos de Lewy, demencias fronto-temporales y otras

  - Los síntomas neuropsiquiátricos de las demencias aparecen en más del 90% de los pacientes a lo largo de la enfermedad. Son los que generan más demandas, la principal causa de institucionalización y los que generan mayor sobrecarga en los cuidadores.

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

Se les ha de nominado también *síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia* (SCPD), y engloban fundamentalmente 3 cluster o grupos:

- Síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones, errores en las identificaciones)

- Síntomas afectivos (depresión, manía)

- Alteraciones de la conducta y el comportamiento (cambios de la personalidad, conductas anormales, agresividad/hostilidad)

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

4.2. LA DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS

La depresión en el anciano presenta singularidades que merecen ser destacadas. Ya se ha comentado su elevada prevalencia, que puede sustentarse en diferentes aspectos:

· La necesaria adaptación a situaciones frecuentes que acompañan al envejecimiento

· Los cambios cerebrales y las enfermedades del sistema nervioso central que se asocian con depresión

· La polifarmacia, que frecuentemente asocia fármacos de potencial depresógeno

· La dependencia funcional

Por ello algunos tipos de depresión se presentan con mayor prevalencia en los mayores:

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

- **Depresión con síntomas somáticos**. Dolores generalizados, cefalea, astenia, molestias digestivas, sensación de mareo (“vértigos”)… se asocian a la presentación de las depresiones en los mayores
- **Depresión con síntomas psicóticos**. Las ideas deliroides de tipo paranoide, de culpa, hipocondríacas, de ruina… son más frecuentes en la depresión del anciano que en la del adulto joven.
- **Depresión *hostil***. Las defensas psicológicas contra los síntomas depresivos, y el rechazo hacia ellos, provoca reacciones de irritabilidad y agresividad verbal, en ocasiones dirigidas a los cuidadores.
- **Depresión agitada**. Acompañada de inquietud, tensión motora y hasta verdadera agitación.
- **Depresión inhibida**. Absoluta negligencia, negativismo, encamamiento y aislamiento del entorno.

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

- **Depresión subsindrómica**. Las depresiones menores o los síntomas depresivos que no llegan a cumplir criterios de depresión también pueden suponer un importante factor de vulnerabilidad en los ancianos.
- ***Depresión vascular***. Concepto todavía en discusión. Hace referencia a las depresiones de aparición tardía, sin antecedentes, que cursan con mayor apatía, bradipsiquia e inhibición, pero con menor componente psicológico (menos culpabilidad, menos desesperanza, menos ideación suicida). Existen factores de riesgo vascular. Y en la neuroimagen aparecen típicamente lesiones en la sustancia blanca cerebral (hiperintensidades). Suelen ser resistentes a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. La implicación de los circuitos fronto-subcorticales sugiere la necesidad de tratamientos noradrenérgicos y dopaminérgicos.

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

- ***Pseudodemencia* depresiva**. Este término, actualmente en discusión, hace referencia a las alteraciones de memoria que acompañan a los cuadros depresivos mayores de los ancianos. El bloqueo cognitivo, las dificultades de atención y concentración, generan importantes alteraciones mnésicas que pueden objetivarse en la exploración neuropsicológica. Estas alteraciones mejoran tras el tratamiento antidepresivo. Sin embargo se ha comprobado que más de un tercio de estos pacientes desarrollan un verdadero cuadro de demencia en el seguimiento a largo plazo, concluyendo que el síndrome depresivo no eran más que los pródromos de la demencia, y por ello este concepto ha caído en desuso. Sin embargo su valor clínico descriptivo es incuestionable.
- ***Duelo***. Por sus características merece especial consideración. El acompañamiento y la atención a los duelos complicados deben enmarcarse también en la tarea del psicogeriatra.

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

4.3. LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS DE APARICIÓN TARDÍA

Podríamos considerar que existe una *vulnerabilidad* psicótica en las personas mayores. Los factores de riesgo asociados a la presentación de síntomas psicóticos en los mayores son fundamentalmente:

· El deterioro cognitivo. En ocasiones los síntomas psicóticos, como las ideas delirantes de robo, paranoides, de infidelidad, de abandono, así como los falsos reconocimientos (*síndrome de Capgras*, *síndrome de Frégoli*, *intermetamorfosis*, etc), pueden ser el síntoma inicial de un síndrome demencial.

· Las alteraciones sensoriales. Fundamentalmente la hipoacusia puede favorecer la aparición de alucinaciones e ilusiones auditivas (*paranoia de los sordos*), y las deficiencias visuales pueden desencadenar alteraciones sensoperceptivas como alucinosis visual, ilusiones o verdaderas alucinaciones (enmarcadas en el conocido *síndrome de Charles-Bonnett*)

· El aislamiento y la soledad

· La polifarmacia

· Las enfermedades del sistema nervioso central

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

Respecto a los **síntomas alucinatorios** es importante conocer que en la mayor parte de los ancianos, las alucinaciones visuales, tiene una causa orgánica:

- En los pacientes con demencia son el tipo de alucinación más característica. En la enfermedad de Alzheimer el contenido más frecuente es la visualización de niños correteando alrededor del paciente. En la demencia por cuerpos de Lewy las alucinaciones visuales son características. Aparecen en más del 90% de los pacientes y son muy coloreadas, frecuentemente de animales y personas en movimiento.
- En los pacientes mayores sin deterioro cognitivo, la presencia de alucinaciones visuales obliga a descartar deficiencia visual (recordamos el *síndrome de Charles-Bonnett*), patología cerebral orgánica o fármacos y drogas de potencial riesgo alucinatorio (mórficos y analgésicos centrales, antihistamínicos, psicofármacos, alcohol,…)

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

Respecto a los trastornos delirantes también podemos destacar algunas peculiaridades fenomenológicas en los ancianos:

- Delirios paranoides. Favorecidos en los mayores por las deficiencias sensoriales (*paranoia de los sordos*) y también por el aislamiento, el rechazo social de la vejez,…
- Delirios de infestación o parasitación. El conocido como síndrome de Ekbom. Más frecuente también en ancianos, generalmente asociado a su empeoramiento físico y a la pérdida de la autoimagen
- Delirios hipocondríacos. Favorecidos por las enfermedades y los síntomas somáticos, el miedo a la muerte o a las enfermedades graves como el cáncer, las demencias… generan ideas sobrevaloradas que pueden terminar siendo delirantes
- *Síndrome de Cotard*. De negación de órganos. El extremo de la "separación" de la vida es la negación delirante del funcionamiento de los órganos corporales. Casi exclusivo de las personas ancianas
- *Síndrome de Diógenes*. De acaparamiento y acumulación de objetos inservibles y basura, hasta extremos de importante riesgo sanitario. Conducta regresiva más propia también en personas mayores.

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

Existe también un trastorno psicótico de inicio en la quinta o sexta década de la vida que por su perfil clínico es conocido como *psicosis de tipo esquizofrénico de aparición tardía*, previamente conocida como *parafrenia tardía*.

- **Características clínicas de la Psicosis de tipo esquizofrénico de inicio tardío:**

  · Mayor prevalencia en mujeres 7:1

  · Mayores de 55 – 60 años

  · Aislamiento social

  · Delirios paranoides

  · Delirio de tabiques o paramentos

  · Alucinaciones elementales y elaboradas, coloreadas, muy presentes

  · Ausencia de deterioro cognitivo

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

4.4. PSICOFARMACOLOGÍA EN LOS MAYORES

Además de los cambios asociados al envejecimiento cerebral, es necesario conocer la modificación de las funciones somáticas de metabolismo y eliminación que se producen con la edad; especialmente en cuanto al metabolismo hepático y a la función renal, lo cual supone importantes alteraciones en la farmacocinética y en la farmacodinámica de los psicofármacos.

- Las benzodiacepinas pueden favorecer los cuadros confusionales, así como las alteraciones de la marcha, con el consiguiente riesgo de caídas. Usadas a largo plazo también alteran la memoria. Se prefiere las de vida media corta (lorazepam) durante periodos breves.

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

- Los antidepresivos de inicio son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), especialmente los que presentan menos interacciones (citalopram y sertralina). Sin embargo en las depresiones mayores y asociadas a patología orgánica cerebral son de primera elección los inhibidores duales de serotonina y noradrenalina (ISRSN), duloxetina y venlafaxina. Es preferible no usar tricíclicos, salvo la nortriptilina (con vigilancia cardiológica). La mirtazapina y la mianserina combinan bien con prácticamente cualquier antidepresivo, favorecen el sueño y el apetito, y son bien tolerados en los mayores.

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

- Respecto a los neurolépticos, ha existido una polémica intensa durante los últimos años, favorecida por la publicación de estudios que alertaban de un riesgo de eventos cerebrovasculares especialmente con la risperidona y la olanzapina. Este riesgo se ha comprobado posteriormente que es similar para todos los neurolépticos, clásicos y atípicos. A pesar de ello existe una discriminación estigmatizante en la prescripción de neurolépticos a los mayores de 75 años, precisando un informe específico de un especialista psiquiatra, geriatra o neurólogo que justifique el empleo de neurolépticos atípicos (no así de los clásicos) en este grupo poblacional. Lo realmente cierto es que los neurolépticos clásicos favorecen la sintomatología extrapiramidal (empeorando los cuadros subcorticales de los mayores), así como las complicaciones por efecto anticolinérgico (especialmente la alteración del funcionalismo cardíaco); por lo cual, salvo en las emergencias secundarias a los cuadros confusionales agudos graves, los neurolépticos de elección son los atípicos.

4.- PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

Recomendaciones para la prescripción de psicofármacos en los mayores
1. Conocer los tratamientos que está recibiendo el paciente (valorar interacciones) 2. Evaluar los antecedentes somáticos (especialmente neurológicos y cardiológicos; así como funciones hepática y renal). Solicitar analítica y ECG si se considera necesario 3. Iniciar siempre el tratamiento con dosis bajas, evaluando periódicamente y aumentando poco a poco 4. Confirmar que el paciente recibe una información clara y la comprende 5. Contar con familiares y cuidadores que faciliten el cumplimiento terapéutico 6. Aspectos específicos generales: · Benzodiacepinas: restringir su empleo. Usar las de vida media corta (lorazepam) y evitar las de vida media larga (cloracepato dipotásico, diazepam) · Antidepresivos: iniciar con ISRS (preferiblemente citalopram o sertralina) Preferir duales (ISRSN) antes que los tricíclicos · Neurolépticos: de elección atípicos, usar los clásicos en fases agudas de *delirium*. En caso de parkinsonismo preferir quetiapina y olanzapina. Informar de riegos vasculares · Anticomiciales: útiles en trastornos conductuales y agresividad (ácido valpróico); también como alternativa a benzodiacepinas (gabapentina)

5.- ASISTENCIA PSICOGERIÁTRICA

5.1. PRINCIPIOS GENERALES DE LA ASISTENCIA PSICOGERIÁTRICA

En la actualidad no existe una uniformidad en la distribución de los servicios de psicogeriatría en España. Aunque la mayor parte de planes de salud mental incluyen de alguna forma este tipo de asistencia, los dispositivos abarcan desde las llamadas *unidades de psicogeriatría* de los antiguos hospitales psiquiátricos hasta las *unidades psicogeriátricas multidisciplinares* que disponen de una atención en todos los niveles asistenciales.

5.- ASISTENCIA PSICOGERIÁTRICA

En cualquier caso los principios recomendados por la OMS (Ginebra, 1996) plantean que la asistencia psicogeriátrica debe ser fundamentalmente:

· Comunitaria. El anciano se encuentra mejor en su ámbito y en su hogar, y por tanto es preferible mantenerlo en su contexto

· Integral. La atención debe incluir al paciente, cuidadores (y familiares) y su entorno

· Multidisciplinar. Debe englobar la colaboración con diferentes grupos profesionales geriatras, médicos de atención primaria, psicólogos, enfermería, trabajadores sociales; así como agentes sociales (asociaciones de pacientes y familiares, voluntariado, organizaciones no gubernamentales que atienden a mayores,…)

· Prevención. Muchos de los trastornos mentales en los ancianos presentan un curso progresivo e inexorable, por ellos las actividades de prevención primaria secundaria y terciaria deben estar enmarcadas en los programas de atención psicogeriátrica.

5.- ASISTENCIA PSICOGERIÁTRICA
5.2. PSICOGERIATRÍA DE ENLACE

Uno de los retos recientes más importante para la asistencia psicogeriátrica es el enlace con otras especialidades. La asistencia a los ancianos hospitalizados no solo debe centrarse en la atención de los trastornos mentales orgánicos como el delirium o las complicaciones de la demencia. Algunas de las situaciones difíciles en las que el psicogeriatra de enlace se debe implicar son:

- Pacientes con conductas negativistas y regresivas.
- Pacientes con negativa a la ingesta.
- Rechazo de pruebas complementarias y de tratamientos
- Conducta anómala ante la enfermedad (problemas con el afrontamiento o *coping*).
- No aceptación de la discapacidad (rechazo y/o negación).
- Enfrentamiento y proximidad de la propia muerte.
- Posibles dilemas éticos para los sanitarios: *eutanasia,* ideas de suicidio, etc.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- Agüera Ortiz L, Cervilla Ballesteros J, Martín Carrasco M. Psiquiatría Geriátrica. 2ª ed. Barcelona. Masson. 2006
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe sobre la jornada “La atención a la salud mental en España y el Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría: balance y perspectivas”. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2005; 95: 181 – 200
- Burns A, Horan M. Geriatric medicine for old-age psychiatrist. Oxon (UK). Taylor & Francis. 2005
- Burns A, Lawlor B, Craig S. Assessment Scales in Old Age Psychiatry. London. Martin Dunitz. 2004
- De la Serna I. Manual de Psicogeriatría Clínica. Barcelona. Masson. 2001

6.- BIBLIOGRAFÍA

- Declaraciones de consenso de la OMS y WPA (World Psychiatryc Association) sobre Psiquiatría Geriátrica (Declaraciones de Lausanne). Rev Psicogeriatría. 2002; 2: 6 – 21.
- Galán L, Torrente V, Olivera J. Psiquiatría de la Vejez. En: Manual del Residente de Psiquiatría. SEP – AEN – SEPB. Madrid. ENE Life Publicidad SA. 2009. 471 – 490
- Graham N, Lindesay J, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JRM, de Mendoza Lima A. Et al. Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensos statement
- Jacoby R, Oppenheimer C. Psiquiatría en el anciano. Barcelona. Masson. 2005
- Léger JM, Clément JP, Wertheimer J. Psychiatrie du Sujet Âgé. Paris. Flammarion Médicine-Sciences. 1999

6.- BIBLIOGRAFÍA

- López-Pousa S, Serra-Mestres J, Lozano-Gallego M, Tron-Estrada A, Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J et al. Programa integral de atención psicogeriátrica. Rev Neurol. 2000; 30(12): 1181 – 1187.
- Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodríguez M, Pelegrín C, Calvo JM, Leris JM, Idáñez MD, Arnal S. Prevalence of Psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008; 23: 1 – 7.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). Psiquiatría Geriátrica. Declaración de Consenso. Ginebra. 1996.
- Sánchez M, Agüera L, Martín M, Azpiazu P, Olivera J, Mateos R. Guía Esencial de Psicogeriatría (de la Sociedad Española de Psicogeriatría). Madrid. Panamericana. 2010

6.- BIBLIOGRAFÍA

- Sheehan B, Karim S, Burns A. Old Age Psychiatry. Oxford Specialist Handbooks in Psychiatry. New York. Oxford University Press. 2009
- Urretavizcaya M. Psiquiatría en el anciano. En: Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 6ª ed. Barcelona. Masson. 2006: 849 – 882
- Woods R, Clare L. Handbook of the Clinical Psychology of Ageing. 2ª ed.Chichester. Wiley. 2007.
- Mateos R, Rodríguez A. Asistencia en psiquiatría geriátrica. De la teoría a la praxis. En: Aguera L, Martín M, Cervilla C. Psiquiatría Geriátrica. 2ª ed. Barcelona. Masson. 2006: 909 – 945.
- Olivera J. Psiquiatría Geriátrica en el Hospital General. En: Aguera L, Martín M, Cervilla C. Psiquiatría Geriátrica. 2ª ed. Barcelona. Masson. 2006: 959 – 967
- Mateos R, Franco M, Sánchez M. Care for dementia in Spain. The need for a nationwide strategy. Int J Geriatr Psychiatry. 2010 ; 25 : 881 - 884

TEMA 56. PROBLEMAS BUCODENTALES EN NIÑOS PEQUEÑOS

JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN

MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO

Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS

INTRODUCCÍÓN

La salud bucodental en niños es muy importante cuidarla ya que al principio los dientes de leche de los niños son muy delicados y hay que vigilarlos y además hay que enseñarles desde bien pequeños la importancia que tienen el cuidado de estos, no solo por motivos de estética sino también porque a la larga puede ser el origen de una enfermedad o varias enfermedades.

Los problemas dentales que pueden tener los niños durante su infancia les puede repercutir negativamente en su futuro.

Los problemas bucodentales más frecuentes en los niños son: caries del biberón, fluorosis y lesiones en las piezas dentales. Para todos estos problemas es necesario hacer una buena prevención e higiene bucal. Para ello a los padres se les debe dar una buena información y conocimientos de las pautas que deben seguir con sus hijos a la hora de una buena higiene bucal. Es muy importante acostumbrar al niño a que se lave los dientes desde bien pequeño, lo que va a hacer que le evite muchos problemas dentales.

También hay que prevenir los traumatismos en los dientes de leche ya que puede afectar en un futuro a la dentición definitiva.

OBJETIVOS

- Prevenir la aparición de caries.
- Detectar problemas bucodentales en los niños.
- Explicar a los padres una buena higiene bucal.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión sistemática durante los meses de marzo a abril del 2017/18 .

Para esta búsqueda hemos utilizado las fuentes bibliográficas siguientes: Pubmed, Medlineplus, Scielo, Enfermería Global, Cochrane, Uptodate, Dialnet.

CONCLUSIÓN, DISCUSIÓN

Una incorrecta salud oral puede llevarnos a contraer enfermedades periodontales por lo que es de estricta importancia mantener una buena higiene oral, así como prevenir de forma temprana los problemas bucodentales.

Es primordial la educación en salud bucodental para la prevención de caries y otras enfermedades periodontales.

Para ello los diferentes profesionales sanitarios deben coordinarse en la educación temprana en niños para que comiencen con buenos hábitos de higiene que puedan ser mantenidos en la edad adulta, además es de vital importancia concienciar a los padres de la salud bucodental.

RECOMENDACIONES

- Acudir al dentista para recibir educación sobre cepillado correcto según la edad y etapa de desarrollo del niño.

- Limpiar las encías con una gasa limpia antes de la salida del primer diente y después de recibir alimento.

- Evitar que los bebes se queden durmiendo con el biberón con leche o endulzado.

- Reducir el consumo de alimentos con harinas y azucares refinados, dulces o golosinas, así como de bebidas azucaradas.

- Realizar cepillado de dientes tras su ingesta.

- Remarcar la importancia del cepillado de dientes 3 veces al día durante dos minutos.

- Utilizar pasta dental fluorada según la edad del niño.

- Usar hilo dental.

- No se recomienda compartir el cepillo dental.

- Se recomienda una visita al dentista cada 6 meses.

- Ante cualquier problema, acudir al dentista.

BIBLIOGRAFÍA

- Duque de Estrada Riverón . Johany, Rodríguez Calzadilla Amado. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2001 Ago [citado 2018 Jun 18] ; 38(2): 111-119. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000200004&lng=es. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. 2016. Disponible en:https://osha.europa.eu/es/themes/musculoskeletal-disorders.

- Capote Fernández Marta María, Campello Trujillo Learsys Ernesto. Importancia de la familia en la salud bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2012 Mar [citado 2018 Jun 18] ; 49(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000100007&lng=es.

- OMS. Salud bucodental: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/

TEMA 57. PREVENCIÓN DE DOLENCIAS MÚSCULO ESQUELÉTICAS EN EL PERSONAL SANITARIO

Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS
MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO
ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN
JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los profesionales sanitarios sufren lesiones músculo esquelética un riesgo muy común por el sobreesfuerzo, posturas inadecuadadas o forzadas, manteniendo durante mucho tiempo la misma postura sobre todo en bipedestación, acciones repetitivas y giros inadecuados que afectan a la espalda, cuello, miembros superiores e inferiores , hombros. Estoas dolencias suelen comenzar con pequeñas molestias que a lo largo del tiempo si no se curan o se previenen se convierte en enfermedades crónicas produciendo grandes molestias y dolores que obloigan al trabajador sanitario a coger la baja por un periodo de tiempo.

OBJETIVOS

- Prevenir la aparición de lesiones muscoesqueleticas.
- Detectar el dolor en zonas anatómicas.
- Explicar al personal sanitario medidas adecuadas de higiene postural

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión sistemática durante los meses de marzo a abril del 2017/18 .

Para esta búsqueda hemos utilizado las fuentes bibliográficas siguientes: Pubmed, Medineplus, Scielo, Enfermería Global, Cochrane, Uptodate, Dialnet y guías clínicas de la SECPAL y la ACS.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Tener tiempo suficiente en cada tarea.
- Formación sobre Ergonomía y de cargas.
- Uso correcto de EPis.
- Trabajador en buenas condiciones saludables.
- Proporcionar descansos y pausas.
- Trabajo en equipo.
- Facilitar uniformes y calzado adecuado.
- Disponer de espacios suficientes y bien iluminados.
- Equipamiento correcto y en buenas condiciones.
- Rotaciones de horarios y accesibles.
- Implicación del trabajador y de todo el personal.
- Suelos inestables o irregulares.
- Evitar obstáculos para las actividades y las zonas de paso.
- Reducir el ruido.
- Evitar bipedestaciones prolongadas, actividades repetidas, de la misma manera la sedestación.
- Las salas de sucio y de doble cajón, bien organizadas.
- Carro de curas, de parada, lencería, medicación, bien ubicados y ordenados para su uso.

DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

Es importante que el personal de Enfermería en coordinación con los médicos eduquen y propongan una serie de medidas preventivas que reduzca la aparición de estas lesiones y enfermedades .

Proponiendo estas medidas evitaremos que hayan menos bajas y que el personal sanitario trabaje en unas condiciones ergonómicamente adecuadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Evaluación de riesgos en las posturas de trabajo disponible en el Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo: http://www.insht.es/MusculoEsqueleticos/Contenidos/Formacion%20divulgacion/material%20didactico/Posturas%20trabajo.pdf.
- Ballester Arias, A., & García, A. Asociación entre la exposición laboral a factores psicosociales y la existencia de trastornos musculoesqueléticos en personal de enfermería: revisión sistemática y meta-análisis. Rev Esp Salud Publica, 91, 0-0, 2017. Disponible en: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-162201.
- Martins, L., Baú, L., Marziale, M., & Franco, B. (2011). Exercícios físicos e seus efeitos nas queixas osteomusculares e na satisfação do trabalho. Rev. Enferm. UERJ, 19(4), 587-591. Retrieved from http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-645060
- Rogers, B., Buckheit, K., & Ostendorf, J. (2013). Ergonomics and nursing in hospital environments. | Workplace Health Saf;61(10): 429-39, 2013 Oct. | MEDLINE | Portal Regional de la BVS. Workplace Health Saf, 61. Retrieved from http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-24053216
- Evaluación de riesgos en las posturas de trabajo disponible en el Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo: http://www.insht.es/MusculoEsqueleticos/Contenidos/Formacion%20divulgacion/material%20didactico/Posturas%20trabajo.pdf
- Asociación Española de Ergonomía. 2015. Disponible en: http://www.ergonomos.es/ergonomia.php.

TEMA 58. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO

Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS

JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

Lactante de 4 meses y medio que ingresa por fallo de medro. Acuden a revisión de la consulta externa de prematuros, detectando un estancamiento de peso, con pérdida de 50 gr en un mes. Pasando de un percentil 37 de peso al nacimiento a un percentil menor. La madre refiere problemas de la conducta alimentaría, por rechazo de la alimentación, haciendo solo 3-4 tomas al día de lactancia materna de escasa cantidad. La madre intenta ofrecer la toma con biberón sin éxito. Diuresis y deposiciones normales.

ANTECEDENTES

Familiares: Familia inmigrante. Padres divorciados. Madre con anemia ferropénica. Padre sano. Hermana sana. No antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal ni otras enfermedades autoinmunes, ni de interés.

Personales: Embarazo controlado sin complicaciones. Parto a término, eutócico. Peso RN: 3540g. Longitud RN: 50cm. Perímetro cefálico RN: 34cm. Periodo neonatal sin incidencias. Otoemisiones acústicas normales. Pruebas metabólicas normales. No lactancia materna, alimentación complementaria reglada por su pediatra, sin intolerancias ni alergias. Desarrollo psicomotor normal. Hábitos de comida y sueño sin problemas. Inició escolarización a los 18 meses. Vacunas completas para su edad. No enfermedades anteriores ni de interés. No alergias medicamentosas conocidas.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Buen estado general. No sensación de enfermedad grave. Neurológico: Normal. Buen color de piel y mucosas. Hidratación y nutrición: Peso: 4,4kgr perdiendo peso de un -3.94 de peso, según edad correcta; longitud: 57,5 cm por debajo del percentil- 2,73; Perímetro cefálico: 41cm, Percentil 33 -0,45; Índice de Waterlow (talla): 89,98%.; Índice nutricional: 69,85%. Relación peso/longitud- talla: 0,08 Percentil 1 -2,25. Los estándares que se han utilizado son los de la OMS son los del 2006/2007. ORL: normal. Auscultación cardiaca: Rítmica sin soplos. Auscultación respiratoria. Normal. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias. Genitales masculinos normales. Resto de exploraciones por órganos y aparatos normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Bioquímica: Glucosa, urea, creatinina, Ca, P e iones normales. Enz hepáticas: GOT 48 U/L con GPT y BT normal. CK normal. Colesterol total normal. TAG 208 mg/dl. Albumina normal. Proteínas totales: 6,2 mg/dl. Hierro normal. Transferrina normal. IST 11.9% ferritina normal. Hemograma: 16080 leucocitos (15%N, 76%L, 5%M, 1%E). Hematies 5.6700 Hgb 13,5. VCM 72. HCM 23.8. Plaquetas normales. Gasometría venosa: (16:17h) ph 7.18, PCO2 49, HCO3 17, EB -10, Láctico 4.2 (18:41h) ph 7.35, PCO2 44, HCO3 23, EB -1, Ca iónico 1.43, Láctico 5.1 mmol/l. Orina: Anormales y sedimento normal.

Urocultivo: Contaminado. Heces: Parásitos (3) negativos. Muestra aislada de Ca/Cr: 0.77 (VN <0,8 en <6m).

Ecografía abdominal: Higado de tamaño y ecogenicidad normal, sin evidencia de lesiones focales. Vesícula de pared fina y alitiásica. Vía biliar no dilatada. Páncreas no visualizado por interposición de gas. Bazo de tamaño y ecoestructura normal. Riñones de tamaño, posición y ecoestructura normal. Sistemas excretores no dilatados. Aorta abdominal de calibre normal. Vejiga poco replecionada no valorable. Ausencia de líquido libre intraabdominal. Estudio sin hallazgos patológicos significativos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastorno de la conducta alimentaria.

JUICIO CLÍNICO

Fallo de medro.

CONCLUSIÓN

A su ingreso se pauta alimentación por SNG en bolos, de formula inicio y con calorías para su edad (108 Kcal/kg). Alimentación durante la mañana por vía oral con formula inicio espesada con cereales sin gluten para administrar con cuchara. Por la noche debito continuo de (24:00 hasta 8:00 de la mañana) a 46ml/h.

La sonda será de poliuretano nº 5 marca a 27cm. Limpieza diaria de la sonda y lavar con agua embotellada (%-10ML) tras terminar de pasar el alimento.

Se quedará ingresado en la planta de pediatría hasta que coja el peso adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

- Martin Clarissa I., Dovey Terence M., Arcelus Jon. Trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez: Una revisión. Rev. Mex. de trastor. aliment [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2018 Jul 01] ; 3(2): 89-98. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232012000200002&lng=es.

- Mérida Pérez, Carmiña, & López Hartmann, Rodolfo. (2013). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz. Revista de Investigacion Psicologica, (10), 69-85. Recuperado en 01 de julio de 2018, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322013000200007&lng=es&tlng=es.

- Bay Luisa B., Rausch Herscovici Cecile, Kovalskys Irina, Berner Enrique, Orellana Liliana, Bergesio Andrea. Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2005 Ago [citado 2018 Jul 01] ; 103(4): 305-316. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752005000400005&lng=es.

TEMA 59. PRÁCTICA SEGURA EN LA APLICACIÓN DE INMUNOTERAPIA EN CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA DE LOS REYES BARRERA RODRÍGUEZ

IGNACIO SALGUERO TEJADA

ANA FERNÁNDEZ HUERTAS

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN
- 2. OBJETIVOS
- 3. METODOLOGÍA
- 4. RESULTADOS
- 5. CONCLUSIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades alérgicas constituyen hoy en día una de las patologías crónicas más prevalentes, siendo la rinitis alérgica la patología más frecuente del mundo. El aumento de la prevalencia de dichas enfermedades conlleva un gran consumo de recursos asistenciales. Es misión fundamental de los profesionales de salud reducir el coste socioeconómico que conllevan estas enfermedades, y permitir, en la medida de lo posible, que los sujetos que las padecen puedan llevar una vida normal a nivel biopsicosocial.

El tratamiento de las enfermedades alérgicas se basa en cuatro elementos básicos: la educación al paciente alérgico, el control ambiental, el tratamiento farmacológico y el tratamiento con inmunoterapia específica.

La inmunoterapia con alérgenos consiste en la administración de dosis progresivamente más elevadas de un extracto alérgico al que el paciente está sensibilizado para mejorar los síntomas que aparecen con la exposición posterior al alérgeno causal. Dicha inmunoterapia se administra habitualmente por vía subcutánea por el personal de enfermería de los centros de atención primaria, siendo éste en todo momento responsable del manejo y administración de la inmunoterapia. El equipo de enfermería tendrá un papel importante tanto en la proporción de una información adecuada previa y posterior al paciente, como en la realización de una técnica adecuada y segura en la de administración, disponiendo del equipamiento necesario en caso de reacciones adversas.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:
Determinar la seguridad en la práctica de la inmunoterapia por el personal de enfermería de atención primaria.

Objetivo específico:
Determinar qué requisitos ha de reunir la aplicación segura de inmunoterapia por parte del personal de enfermería de atención primaria.

3. METODOLOGÍA

Partiendo de la pregunta ¿qué dice la literatura existente acerca de la seguridad de la inmunoterpia aplicada por el personal de enfermería de atención primaria? Se hace una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane Plus, Dialnet, Cuiden, Scielo, Medes y Lilacs. Para dicha búsqueda nos servimos de las herramientas DeCS y MeSH:

- DeCS: Inmunoterapia, Enfermería, Seguridad, Atención Primaria de Salud
- MeSH: Immunotherapy, Nursing, Security, Primary Health Care

Se usó la estrategia de búsqueda: *"seguridad" and "inmunoterapia" y* se obtuvieron un total de 129 artículos. De ellos se seleccionaron 4 que eran los que cumplían los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

Artículo redactado en español.

Que hiciera referencia a la adherencia terapéutica en el anciano.

Criterios de exclusión:

Artículos que no estuvieran escritos en español.

Artículo anterior al año 2003.

ESTRATEGIA	BASES DE DATOS	ARTICULOS ENCONTRADOS	ARTICULOS SELECCIONADOS
"seguridad" and "inmunoterapia"	COCHRANE PLUS	15	0
	Dialnet	40	2
	Cuiden	6	0
	Scielo	16	0
	MEDES	40	2
	LILACS	28	0
	total	129	4

4. RESULTADOS

Para la administración correcta y segura de la inmunoterapia, el personal de enfermería debe de tener en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de esta. Por un lado está indicada cuando la sintomatología alérgica es grave y la alergia es a polen, picadura de insecto, caspa animal y ácaros. Estará contraindicado en pacientes en tratamiento con betabloqueantes, enfermedad inmunológica o maligna, que tengan riesgo de no cumplimiento y en los que esté contraindicado el uso de adrenalina.

Si dividimos la actuación de enfermería en la inmunoterapia podremos obtener distintas partes: recepción del paciente, registro actividad, realización y conclusión de la tarea. A continuación hablaremos de lo más destacado de cada una.

Recepción del paciente: Debemos revisar el informe del alergólogo donde indica el alérgeno de la vacuna y la dosis a administrar, así como la periodicidad de esta. También preguntaremos sobre reacciones alérgicas anteriores, atrasos en la administración y estado de salud actual del paciente, ya que esto modificara dosis o fecha de administración.

Registro actividad: Es importante registrar en la historia de salud del paciente el tipo de vacuna, la dosis y lugar de administración. Además, es necesario registrar las recomendaciones generales dadas al paciente, cómo no hacer ejercicio en 3 hora y permanecer en el centro durante al menos 30 minutos para vigilar posibles reacciones adversas.

Realización: La administración correcta es esencial para evitar reacciones locales. La técnica correcta consiste en administrarlo en tejido subcutáneo en el pliegue tricípite a unos 10 cm del codo.

Conclusión de la tarea: Dar fecha de siguiente administración y recomendaciones generales.

5. CONCLUSIÓN

La enfermera es el profesional sanitario que lleva a cabo todo el proceso asistencial de la inmunoterapia, y su trabajo no consiste simplemente en la administración de un fármaco, sino a una adecuada atención al apaciente, comenzando con una correcta valoración, para que pueda ajustarse la dosis a los protocolos prescritos por los alergólogos para que el proceso de la inmunoterapia surta el mayor efecto deseado, y ejecutando durante todo el proceso asistencial una de las actividades con mayor importancia en su competencia, la educación sanitaria, sin menoscabar entre sus actuaciones la atención a las complicaciones potenciales.

.

Con una evaluación eficaz del paciente, la enfermera podrá determinar la situación de cada paciente sometido a inmunoterapia, y ejercer de referencia para que el tratamiento sea el adecuado, y así cumplir con los objetivos marcados desde un principio con el paciente. A través de la enseñanza y educación, la enfermera ayuda y apoya a los pacientes tratados con inmunoterapia a cumplir el régimen terapéutico de forma correcta, evitando así la protección inefectiva del tratamiento y la falta de conocimientos en el paciente. Esto redundará en unos cuidados de calidad brindados por la enfermera en la práctica clínica diaria, disminuyendo la variabilidad de la misma al estar basados en la evidencia científica disponible y recogida en las fuentes de información.

BIBLIOGRAFÍA

Castro L, Zapata MA. Actuación enfermera con pacientes sometidos a inmunoterapia. Enfermería Docente. 2010; 92, 4-9. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-092-03.pdf

Flandor A, Olalde S. Inmunoterapia específica con alérgenos. IT del Sistema Nacional de Salud. 2008; 32 (2), 39-44. Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol32_2InmuEspecAlergenos.pdf

Guardia Martínez P, Corral Aliseda V, Rufino Lozano P, Jiménez Romero T, Ponce González J, Seño Lucas MA, et al. Recomendaciones para el manejo de la Inmunoterapia. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2004. Disponible en: https://www.seaic.org/wp-content/uploads/2009/10/sas-inmunoterapia.pdf

TEMA 60.PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN ALUMNOS Y PROFESORES DE ENFERMERÍA DE LA UGR

CRISTINA GUZMÁN PÉREZ
DIEGO HERRERA GONZÁLEZ
PILAR DORANTES ROMERO
ROGELIO JOSÉ RODRÍGUEZ PÉREZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVO
- METODOLOGÍA
- RESULTADO
- DISCUSIÓN
- CONCLUSIÓN

INTROCUCCIÓN

El estilo de vida es el conjunto de comportamientos que practica habitualmente una persona de forma consciente y voluntaria durante el transcurso de su vida.
El hábito de fumar suele adquirirse en la adolescencia, aproximadamente a los 16 años, pasando a fumar diariamente dos años después.
La proporción de hombres que fuma diariamente es siempre mayor que la de mujeres, aunque las diferencias por sexo se han acortado notablemente.

OBJETIVO

Conocer la magnitud del hábito tabáquico en los alumnos que inician sus estudios en nuestro centro universitario y en sus profesores.

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio observacional descriptivo de carácter transversal.

La muestra fueron alumnos y profesores de primer curso de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada.

La información se recogió mediante cuestionario autoadministrado y anónimo, para clasificar a los participantes según hábito tabáquico y grado de dependencia a la nicotina mediante el test de Fargerström.

RESULTADO

De los 80 participantes estudiados, 66 eran estudiantes (82,5%) con edad promedio de 21,50 (4,6), de los cuáles 83,33% mujeres. La edad promedio de los 14 profesores fue de 51,8(7,3) con 57,14 % mujeres y 42,85 % varones.
La prevalencia de tabaquismo encontrada se corresponde con la general de la Comunidad Andaluza y población Española, con diferencias significativas de género para los estudiantes varones, que superan la prevalencia general y un nivel de dependencia severa para las estudiantes mujeres.
Estos resultados indican que la población fumadora de nuevo acceso a los estudios de Enfermería en nuestra universidad se corresponde con la general de la población española para la misma franja de edad y sexo femenino, con una marcada y significativa diferencia ($p<0,01$) para los varones, que duplican la frecuencia de tabaquismo de la población general.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados son similares a los encontrados en las últimas encuestas de salud para población española, si bien al estratificar por sexo, el porcentaje de fumadores respecto del total de los estudiantes varones de la muestra, supera el 54%, mientras que el de las mujeres es del 16,36%. Este dato también refleja la disminución en el consumo de tabaco por las mujeres comprendidas en la franja de edad de 15 a 24 años. Para los hombres nuestros resultados son menos favorables, pero también están en la línea de las encuestas de salud, corroborando que las franjas de edad más consumidoras se sitúan entre los 20-30 años de edad en los varones. No obstante, el número de alumnos varones en la muestra era mucho menor que el de mujeres debido al hecho de la menor proporción de estudiantes varones en la titulación de Enfermería.

CONCLUSIÓN

El tabaquismo y dependencia severa a la nicotina en estudiantes de nuevo ingreso en la titulación de Enfermería en la UGR, es similar a la población española para la misma edad en mujeres y el doble en varones, que requieren de atención específica mediante acciones informativas y formativas que incidan en la prevención y tratamiento antitabaco de nuestros estudiantes y profesores, potenciando las intervenciones que las instituciones vienen realizando cada vez con mayor eficiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Becoña E, Gómez B, Alvarez E, García M P. Scores of Spanish smokers on Fagerström's
Tolerance Questionnaire. Psychological Reports, 1992; 71: 1227–1233

2. Cortés M, Schiaffino A, Martí M, Fernández E. Factores cognitivos asociados con el
inicio del consumo de tabaco en adolescentes. Gac Sanit 2005;19(1):36-44

3. Fernández, E. Schiaffino A., García M., Sltó E., Villalba JR., Borrás JM. Prevalencia del
consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las
Encuestas Nacionales de Salud. Med Clin (Barc) 2003:120(1):14-16

BIBLIOGRAFÍA

4. Navarro de Sáez M, Espig H, Medina V. Tobacco consumtion in university students entering health sciences schools. Revista de Salud Pública, 2010 (XIV) 1:54-61

5. Nerin I., Guillen D., Mas A., Crucelaegui A. Evaluacion de la influencia que ejerce la facultad de medicina en los futuros medicos respecto al tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2004;40(8):341-7.

6. Plan Integral del Tabaquismo de Andalucía de la Consejería de Salud. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/wpcontent/uploads/2015/09/R13_Prevencion_tabaquismo_CP.pdf consultado el 15 de Junio de 2018

TEMA 61. MEDIDAS ERGONOMICAS EN PROFESIONALES SANITARIOS CON ESPECIALES CUIDADOS DE SALUD PERSONAL

VICTORIA CANDEL GUILLAMÓN

Mª DEL CARMEN SALINAS SEVILLA

ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN

FRANCISCO MIGUEL SÁNCHEZ NOGUERA

ÍNDICE

- EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO
- EXÁMEN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

Mujer de 50 años de edad trabajadora a media jornada laboral en unidad de hospitalaria en la unidad de laboratorio, acude a urgencias hospitalarias en horario de trabajo por referir malestar general, cefaleas, náuseas y sensación de vértigo. Refiere no aguantar jornada de trabajo laboral por cansancio exhaustivo sobre todo en situación vertical, empeora conforme pasan los meses.

Antecedentes personales: Exfumadora desde hace cuatro años (30 cigarros/día), miopía congénita acentuada con uso de gafas graduadas, catarata incipiente en ojo derecho seguida en consulta de oftalmología para cirugía, cardiopatía por insuficiencia cardíaca coronaria con colocación de stent hacer un año tras sufrir infarto agudo de miocardio moderado.

DESCRIPTORES: medidas, ergonomía, prevención riesgos laborales, sanitarios, cuidados, salud.

EXAMEN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso:83 kg Estatura: 155cm TA: 179/92 mmHg

FC: 100 lpm. A la observación se observa sudoración diaforética y palidez acentuada. Restante exploración física sin incidencias significativas, ni alteraciones del SNC ni signos importantes.

Analítica de sangre completa (bioquímica, hemograma, marcadores cardíacos, serología, coagulación y gasometría arterial) y de orina (anormales, sedimentos y tóxicos).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Electrocardiograma y ecocardiograma urgente.
- Monitorización neumocardíaca.
- Radiografía torácica.

JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

JUICIO CLÍNICO

- Posible infarto agudo de miocardio
- Estatus vertiginoso
- Cuadro de hipertensión moderada en paciente cardíaca
- Intoxicación medicamentosa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cuadro vertiginoso agudo por hipertensión moderada

CONCLUSIÓN

En observación para vigilancia neumocardíaca durante 24 horas. Resultados de las pruebas complementarias normales. Se le realiza informe para derivación a consulta de prevención de riesgos laborales y médico de centro de salud. Pasados dos meses en los que se encuentra de baja laboral, se le ofrece reubicación del puesto de trabajo en unidad de consultas externas, horario semanal a turno completo fija de mañanas y en condiciones ergonómicas favorables para su especial situación de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguado Martín José Ignacio, Bátiz Cano Ainhoa, Quintana Pérez Salomé. El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. Med. segur. trab. [Internet]. 2013 Jun [citado 2018 Jun 21] ; 59(231): 259-275. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000200006&lng=es.
2. Arandojo Morales M.ª Isabel. Nuevas Tecnologías y nuevos retos para el profesional de enfermería. Index Enferm [Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Jun 21] ; 25(1-2): 38-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100009&lng=es.

TEMA 62. PLAQUETOPENIA SEVERA EN DEBUT DE EPISODIO DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA INFANTIL

MANUEL ANGEL MORALES GONZÁLEZ

MARTA GALLARDO BENASACH,

ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN

Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS

ÍNDICE

- DESCRIPCIÓN DEL CASO
- EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Lactante 15 meses de edad al que traen a Urgencias pediátricas por la aparición de hematomas y petequias en extremidades inferiores, zona nasal y sacra desde hace una semana sin anteriores traumatismos severos. Afebril. Antecedente de cuadro catarral previo con fiebre días antes. Niega otros antecedentes personales generales ni familiares. Vacunación reglada. Peso: 10 kg. Alimentación adecuada para su edad, manteniendo lactancia materna. Familia aparentemente estructurada, no ambiente epidémico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso: 10.00 kg, Temperatura: 36.5ºC, saturación de oxigeno 100%, Frecuencia cardíaca 139 lpm. Imposible de tallar, está lloroso e irritable. Buen estado general. Aspecto nutrido. Normohidratado (piel y mucosas húmedas, piel elástica). FA normotensa, buen relleno capilar. Normocoloreado. Auscultación cardíaca y pulmonar normal. Abdomen blando, depresible, indoloro, sin masas ni megalias. Hematomas y petequias en cara, tronco y miembros. No sangrado activo. Resto de exploración normal. ORL normal. SNC normal. Analítica sangre (extracción de tubos de bioquímica, hemograma y coagulación) presentando trombopenia severa (plaquetas **9** x10^3/uL) sin anemia ni alteración del resto de series.

Contacto urgente con hematología para valoración de frotis e ingreso hospitalario. Pendiente de recogida de orina en bolsa para comprobación de sangre con tiras reactivas.

DESCRIPTORES: “DEBUT”, “EPISODIO”, “PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA”, “LACTANTE”

JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

JUICIO CLÍNICO:

- Trombopenia.
- Plaquetopenia.
- Leucemia.
- Enfermedades hematológicas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

SOSPECHA DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA. OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES A ESTUDIO.

CONCLUSIONES

El lactante ingresa en la unidad de Pediatría junto a su padre (irascible por la situación clínica de su hijo) muy lloroso e irritable. Se les informa a los padres del riesgo de sangrado y compromiso hemodinámico del lactante. Se toman constantes horarias y se revisa vía periférica. Recogida de orina y posterior análisis con tira reactiva de orina que confirma moderada-leve presencia de sangre microscópica en orina.

Tras estudio hematológico, posteriores analíticas sanguíneas y recogida de orina diaria para estudio, se confirma la enfermedad autoinmune de púrpura trombocitopénica idiopática en el lactante y se informa a los padres de las manifestaciones clínica y sintomatología de urgencia. Se realiza interconsulta urgente y traslado al hospital universitario Virgen de la Arrixaca para seguimiento in situ y tratamiento por servicio de inmunología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cheng, Yunfeng, Wong, Raymond S. M; Soo, Yannie O. Y: Chui, Chung Hin, Lau, Fung Yi, Chan, Natalie P. H; Wong, Wai Shan, Cheng, Gregory. Initial Treatment of Immune Thrombocytopenic Purpura with High — Dose Dexamethasone. N EngI J Med 2003 349: 831— 836.
2. Kiarash Kojouri, Sara K. Vessely, Deirdra R. Terrell, and James N. George. Splenectomy for adult patients with idiopatic thrombocytopenic purpura: a systematic review to assess long — term platelet count responses, prediction of response, and surgical complications. Blood 104: 2623 — 2634; prepublished online as DOI 10). 1182 / blood — 2004—03— 1168.

TEMA 63. COMPLICACIONES SECUNDARIAS IMPORTANTES A LA EXTRACCIÓN DE MÚLTIPLES DE PIEZAS DENTARIAS

FRANCISCO MIGUEL SÁNCHEZ NOGUERA

MARTA GALLARDO BENASACH

Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS

MANUEL ANGEL MORALES GONZÁLEZ

ÍNDICE

- DESCRIPCIÓN DEL CASO
- EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Hombre 69 años, que acude a consulta de médico de familia por cuadro de dolor agudo e intenso en mandíbula inferior, con presencia de flemón y salida de líquido purulento en base de los dientes de la arcada inferior (lado derecho) y febrícula de varios días de evolución (temperatura máxima:38,5ºC) que no cede con antitérmicos y con poca mejoría tras antiinflamatorios genéricos. Refiere dolor, odinofagia, xerostomía y dolor de oído derecho cuando mastica. Se deriva a consulta de odontología para examen bucal y posible extracción de piezas dentales que presentan caries en estado muy avanzado y coinciden con la zona a tratar. Se le extraen 3 piezas dentarias tras cinco días sin tomar antiplaquetario oral.

Pasados doce horas comienza en domicilio con dolor intenso de cabeza, vómitos, mareos, taquicardia, perdida de visión y llega a urgencias en ambulancia medicalizada con tromboembolismo pulmonar. Antecedentes personales: coagulopatías congénitas medicadas con plavix 75 mg diario, cardiopatía congénita en revisión cada tres meses por cardiología medicada con enconcor. Fumador diario 20 cigarros. Bebedor ocasional de vino. con Gestaciones (2), Alérgico al primperan. Niega otros antecedentes de interés médico.

Descriptores: “pruebas”, “tromboembolismo pulmonar agudo”, extracción”, “ piezas dentarias”.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso: 100 kg. Temperatura: 37.4ºC. TA: 190/112 mmHg, saturación O2: 91% y FC: 98 lpm. Inconsciente y solo reactivo a estímulos dolorosos. Hipertenso. Subfebril. Presentando desaturación con taquipnea ligera. SNC: arreactivo, presenta signos de focalidad neurológica y pupilas anisocorias. No edemas generalizados ni exantemas ni petequias. Orina colúrica y con bajo débito urinario. Analítica: hemograma, bioquímica completa (PCR), serología completa, velocidad de sedimentación globular, gasometría arterial, hemocultivos, urocultivo y sedimentos en orina. Electrocardiograma anormal, se pide interconsulta a cardiología. Radiografía torácica observándose opacidad en base del pulmón izquierdo compatible con posible neumonía, a estudio. Tomografía axial computerizada craneal urgente.

JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

JUICIO CLÍNICO:

- ❖ Tromboembolismo pulmonar agudo.
- ❖ Shock séptico.
- ❖ Endocarditis.
- ❖ Pericarditis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO SECUNDARIO A EXTRACCIÓN DE PIEZAS DENTARIAS MÚLTIPLES.

CONCLUSIONES

Se decide su traslado urgente a la unidad de cuidados intensivos para monitorización y observación exhaustiva del paciente. Se le coloca ventilación controlada asistida tras colocación de tubo orotraqueal bajo sedación y analgesia. Se le canaliza vía venosa central y restantes sondas evacuadoras de líquidos para control de balance hídrico.

Tras pasar en intensivos cuarenta días, posteriormente es hospitalizado en unidad de neumología donde se continua con tratamiento específico y fisioterapia respiratoria.

Se informa a la familia y al paciente de sus cuidados domiciliares y de su seguimiento mensual en consulta de neumología hasta nueva orden médica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerron Huaman, E. Infecciones de origen odontogénico. Repositorio UIGV. Septiembre 2017. http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1338
2. Fernández, Á., Mollejas, C., Núñez, R., Oligüi, M., Oviedo, J. La periodontitis como factor de riesgo para desarrollar una enfermedad cardiovascular. Repositorio Institucional Universidad de Carabobo.Oct. 2016. http://hdl.handle.net/123456789/5870
3. Sánchez Palomino, P. Protocolo para la realización de exodoncias en pacientes sometidos a terapia antiagregante dual. Patologia de l'aparell digestiu. Odontologia; 617 - Cirurgia. Ortopèdia. Oftalmologia. Mayo 2015. http://hdl.handle.net/10803/300597

TEMA 64. ESTUDIO DE ANATOMIA PATOLOGICA EN HISTERECTOMIA TOTAL POR CARCITOMATOSIS PERITONEAL

ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN

MARTA GALLARDO BENASACH

CRISTIAN ROMOSAN

AYCHEL ELENA ROURA PILOTO

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

Mujer 69 años ingresa en la unidad de obstetricia-ginecología para intervención quirúrgica programada ante la sospecha de carcitomatosis peritoneal. No alergias conocidas. Antecedentes médicos: Hipertensión arterial, dislipemia, artrosis trapezoescafoidea, cervicoartrosis, coxalgia y gonalgia izquierdas de larga evolución. Síndrome ansioso-depresivo. ERC grado IV. Cefalea de perfil migrañoso en seguimiento por neurólogo. Refiere madre fallecida con neoplasia de cuello de útero. No intervenciones quirúrgicas anteriores. Fumadora 30 cigarros /dia y consumidora habitual de vino y cerveza (en clínica de deshabituación) Antecedentes gineco-obstétricos: Gestaciones 4, Partos 4. Menopausia a los 50 años, tratamiento posterior con Boltin durante 2-3 años.

DESCRIPTORES: ESTUDIO, ANATOMIA PATOLOGICA, HISTERECTOMIA, NEOPLASIA DE OVARIOS.

EXAMEN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso 82 kg, Talla: 160cm

Tª 36.1ºC; TA 146/68 mmHg; FC 85 l.p.m. Sat. O2 94%.

Abdomen distendido con líquido peritoneal que es drenado en urgencias 1600ml de aspecto citrino claro. No esplenomegalias ni otras observaciones significativas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica sangre (bioquímica, hemograma y coagulación, virología, marcadores tumorales)
- Radiografía de tórax y electrocardiograma.
- Ecografía vaginal y abdominal, citología cérvix (positiva al VHP).
- Intracirugía: muestras de ovarios y tejido de peritoneo para estudio de anatomía patológica y análisis clínicos

JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

JUICIO CLÍNICO

- Cáncer de ovarios
- Peritonitis a estudio
- Cáncer de cuello de útero
- Carcitomatosis peritoneal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CARCITOMATOSIS PERITONEAL POR CÁNCER DE OVARIOS PRIMARIO VERIFICADO TRAS RESULTADOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.

CONCLUSIÓN

La paciente ingresa en la unidad de ginecología-obstetricia la noche anterior a la intervención sometiéndose a ella tras preparación intestinal adecuado. En quirófano, se envían muestras de ovarios y tejido de peritoneo a laboratorio de anatomía patológica donde se confirma el diagnostico grave de carcitomatosis peritoneal grado IV. Tras informar a la paciente de ello, se inicia pasado un mes y medio tratamiento simultaneo de quimioterapia y radioterapia intracavitaria en fondo de vagina. Pronóstico reservado.
Calidad de vida aceptable durante cinco años, según complicaciones y pluripatologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barriga K, Escrig Sos J, Herráiz Roda JL, Llueca Abellá JA, Grupo de trabajo Unidad Multidisciplinar de Cirugía Oncológica Abdominopélvica (UMCOAP). Protocolo para la valoración anatomopatológica de las piezas de cirugía de carcinomatosis peritoneal de origen ovárico, tubárico y peritoneal. Revista Española de Patología. Available online 27 March 2018.
2. Medina Medina C, Gaona Morales J, Roselló-Sastrea E, Delgado García M, Abadía Mario A, Solórzano F. Segunda citorreducción más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal por recaída de seudomixoma peritoneal. rev. colomb. cir. 2017 Sep; 32(3): 193-204.
3. Saint-Pierre C Gustavo, Saldaña A Álvaro, Valenzuela S Diego, Villanueva I María Elena. Carcinoma Seroso Papilar Peritoneal Primario: serie de casos Hospital Clínico Universidad de Chile 2010-2015. Rev Cient Cienc Méd 2015; 18(2): 14-17.

TEMA 65. DETERMINACIÓN DE PRUEBA DE COOMBS INDIRECTO EN SANGRE DE CORDON DE RECIÉN NACIDO

MARÍA EULALIA VERA NIETO

NELIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

RAQUEL LÓPEZ TURPÍN

NIEVES ASENCIO LÓPEZ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

RESULTADOS

CONCLUSIÓN

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

Generalmente cuando se detecta algún tipo de anticuerpo en las muestras sanguíneas recibidas en laboratorio y procedentes de un donante y/o receptor, se procede inmediatamente a verificar la compatibilidad entre ellos mediante la prueba de Coombs indirecta modificada. Dicha prueba se realiza siempre que hay casos de transfusiones sanguíneas o de embarazadas. Cuando la gestante es Rh negativo, previa a la inyección de la inmunoglobulina Rh, se realiza esta prueba. Luego se repite después del parto, obteniéndose la sangre del cordón umbilical del recién nacido, especialmente cuando el neonato es Rh positivo.

RESUMEN

En casos especiales, en que la gestante presenta anticuerpos de tipo Rh (sobre todo multíparas con Rh negativo), también se solicita esta prueba para saber aproximadamente la cantidad de anticuerpos en sangre que presenta. La prueba de Coombs indirecto se caracteriza por el enfrentamiento manipulado que se hace en laboratorio con los hematíes del recién nacido y el suero anti-D, luego con suero Coombs (antiglobulina humana de conejo) y finalmente lavando la muestra.

DESCRIPTORES: DETERMINACIÓN, PRUEBA DE COOMBS INDIRECTO, SANGRE, CORDÓN UMBILICAL, RECIÉN NACIDO.

OBJETIVOS

Los objetivos que se van a determinar en este capítulo serán:

- Detectar anticuerpos dirigidos contra antígenos de los hematíes distintos de los ABO.
- Disminuir riesgos perinatales en grupos de gestantes con Rh negativo, y además multíparas.
- Concienciar a la población activa de los riesgos perinatales a los que se expone el embrión durante el proceso de embarazo y el parto.
- Mantener en observación exhaustiva al recién nacido con estas características.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda sistemática bibliográfica exhaustiva de 79 artículos desde 2013 hasta 2017, de los cuales se prestó especial interés a unos 15. Prestando especial interés a los últimos cinco años.

La búsqueda se realizó en bases de datos como Pubmed, Medline, Dialnet, Lilacs, Embase, Scielo, Cochrane y Scienciedirect.

Se obtuvieron artículos de revistas, anales de pediatría y estudios de laboratorio específicos, relacionados con el tema

Los descriptores utilizados han sido:

"INFECCIONES POR CITOMEGALOVIRUS", "NEONATOS", "MADRES", "EMBARAZO"

RESULTADOS

La aglutinación de hematíes marcará un resultado positivo, por el contrario, si resulta negativo se someterá a una segunda prueba de coombs directa para evitar falsos negativos (prueba control). Si esta última prueba resulta ser positiva, se considerará también sangre problema con Rh positivo. El recién nacido estará en vigilancia y observación sobre las primeras 48-72horas de vida, haciéndoles controles con bilirrubinómetro cada doce horas y analítica de sangre venosa diariamente para diagnosticar precozmente ictericia y/o anemia prenatal.

CONCLUSIÓN

Antiguamente muchos de los recién nacidos fallecían a los pocos días de nacer sin conocer las causas. En la actualidad gracias al gran avance científico y tecnológico se ha podido identificar y estudiar los anticuerpos de los Rh en grupos sanguíneos y reducir impresionantemente la mortalidad de los neonatos. La introducción de la vacuna de inmunoglobulina Rh, también ha sido un paso agigantado en el seguimiento de embarazos de madres con Rh negativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Choque Osco Gustavo, Mazzi Gonzales de Prada Eduardo, Álvarez Endara Julio, Pantoja Ludueña Manuel. Caso inusual de enfermedad hemolítica neonatal. Rev. bol. ped. [Internet]. 2013; 52(3): 155-158. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752013000300004&lng=es.
2. Mejias Quintero Mileidy Egleet, Huertas González José María, Salem Salem Haidar. Citomegalovirus y embarazo: reporte de dos casos clínicos. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2016; 62(1): 77-83. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100008&lng=es.
3. Laitano, Gina. Enfermedad hemolítica del recién nacido por anticuerpos antieritrocitarios maternos. Revista Ciencia y Tecnología (12), Junio 2013. Citado en : https://lamjol.info/index.php/RCT/article/view/1706

TEMA 66. INTOXICACIÓN POR SULFATO DE MAGNESIO EN NEONATO

CRISTIAN ROMOSAN
AYCHEL ELENA ROURA PILOTO
ENCARNACION IZQUIERDO ALMIRON
MARTA GALLARDO BENASACH.

ÍNDICE

•INTRODUCCIÓN

•DESCRIPCIÓN DEL CASO

•CONCLUSIÓN

•ERFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUCCIÓN

El Sulfato de Magnesio es actualmente el medicamento de elección para el tratamiento de la embarazada con preeclampsia severa y eclampsia. Dado que atraviesa la placenta, alcanza elevados niveles en el plasma fetal, provocando en ocasiones superar la concentración plasmática materna.

(Palabras clave: Hipermagnesemia, recién nacido, preeclampsia).

DECRIPCIÓN DEL CASO

Se derivó desde el centro de salud a nuestro centro, por cifras tensionales elevadas en dos ocasiones (140/100 mmHg y 150/100 mmHg), asintomática. En Servicio Urgencia de Maternidad se constató presión arterial de 15 0/100 mmHg, albuminuria en 2 tomas consecutivas separadas por 6 horas, y examen físico normal. Se ingresó con diagnóstico de Síndrome Hipertensivo del Embarazo con posible Preeclampsia Moderada, iniciándose tratamiento con alfa metildopa 500 mg cada 8 horas por vía oral. La evaluación de unidad fetoplacentaria y los exámenes de severidad fueron normales. La proteinuria de 24 horas fue de 7,307 gramos razón por la cual se diagnosticó Preeclampsia Severa, se inició tratamiento con sulfato de magnesio en dosis habituales y se decidió interrupción del embarazo.

Se administró misoprostol vía vaginal en 3 veces, una ampolla de droal para manejo del dolor y profilaxis con ampicilina intravenosa por antecedente de colonización materna desconocida por *Streptococcus* Grupo B. Debido a falta de progresión del trabajo de parto asociada a registro sospechoso se decidió interrupción vía cesárea a las 12 horas de iniciada la inducción, habiendo recibido $MgS0_4$ por un total de 17 horas (22 gr en total de $MgS0_4$). La cesárea se realizó sin incidentes bajo anestesia regional, observándose líquido amniótico claro sin distocia de cordón.

Madre recibe perfusión de MgS04 por un total de 17 hrs antes de decidirse la interrupción del embarazo por vía alta debido a un registro sospechoso. Se obtuvo recién nacido de 2 620 gramos, deprimido, sin esfuerzo respiratorio, hipotónico y cianótico, que respondió parcialmente a la reanimación inicial con ventilación a presión positiva. Se decidió ingreso a Cuidados Intensivos de la Unidad de Neonatología para monitorización, soporte y manejo. Se detectaron niveles plasmáticos elevados de MgS04 de 4,7 mg/dL compatibles con el diagnóstico de Hipermagnesemia. La sintomatología fue disminuyendo progresivamente, decidiéndose el alta tras 7 días de hospitalización.

CONCLUSIÓN

- Se presenta caso clínico de un recién nacido, con antecedente de sulfato de magnesio administrado a la madre y que evoluciona con un cuadro de hipermagnesemia caracterizado por depresión neonatal, apneas centrales, requerimientos de oxígeno e hipotonía, los cuales van normalizándose progresivamente en el curso de 7 días.

BIBLIOGRAFÍA

1. Belfort MA, Anthony J, Saade GR, Allen JC Jr: A comparison of magnesium sulfate and nimodipine for the prevention of eclampsia. N Engl J Med 2003; 348:304.

2. Cloherty J, Eichenwald E, Stark A: Manual of Neonatal Care. Editorial Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia 2004; 781.

3. Pryde G, Besinger R, Gianopoulos J, Mittendorf R: Adverse and beneficial effects of tocolytic therapy. Sem Perinat 2001; 25 (5): 316-40.

4. Witlin AG, Sibai BM: Magnesium sulphate therapy in preeclampsia and eclampsia. Obstet Gynecol 1998; 92 (5): 883-9.

TEMA 67. PROGRAMA DE ESCUELA DE ESPALDA COMO MEDIDA DE PROMOCIÓN, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL DOLOR CRÓNICO LUMBAR INESPECÍFICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

MONTSERRAT ZAMBRANA GUIRADO

MAGDALENA DOS SANTOS MORENO

PATRICIA ADRADOS GÓMEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. OBJETIVOS.
3. EN QUÉ CONSISTE LA ESCUELA DE ESPALDA.
4. RESULTADOS.
5. CONCLUSIÓN
6. BIBLIOGRAFÍA.

1. INTRODUCCIÓN

Para comenzar a hablar de la lumbalgia, primero es necesario definirla, y esta se concreta como la sensación dolorosa circunscrita al área de la columna lumbar, teniendo como efecto una repercusión en la movilidad normal de la zona debido al dolor.

Cuando se habla de dolor lumbar inespecífico o lumbalgia inespecífica, se refiere a aquel proceso de dolor lumbar en el cual no se puede determinar la causa que lo produce. Aproximadamente un 90% de los casos no presenta ningún tipo de lesión demostrable, sino una asociación entre factores musculares y psicosociales que generan conductas de evitación, miedo y atrofia muscular, provocando un círculo vicioso que favorece la cronificación y la incapacidad.

Clasificación de la lumbalgia inespecífica según el tiempo de evolución

- Según su tiempo de evolución, la podemos clasificar en tres grupos: agudas, subagudas o crónicas, pero existe una falta de consenso a la hora de intentar delimitar el período correspondiente a cada grupo. En todo caso, entre las 8 y 12 semanas se considera de alto riesgo para el desarrollo de cronicidad e incapacidad.
- 1-LUMBALGIA AGUDA
- Algunos autores plantean que la lumbalgia aguda presenta un tiempo de evolución inferior a las 4 semanas, mientras que otros la describen como aquella que no va más allá de las 2 semanas o incluso de la semana de evolución.

- El dolor lumbar agudo es recurrente en un 60-80 % de los casos. Hay una evidencia moderada que la incorporación del ejercicio, tanto en su modalidad aeróbica como en la de flexibilización y tonificación de la musculatura del tronco, puede disminuir la frecuencia y la intensidad de las recurrencias.
- 2-LUMBALGIA SUBAGUDA
- Existen autores que consideran que este tipo de lumbalgia presenta un tiempo de evolución comprendido entre las 4 y 12 semanas, pero para otros serían las comprendidas entre las 2 y las 12 semanas o incluso entre la semana y las 7 semanas. Desafortunadamente hay pocos trabajos que contemplen de forma específica el tratamiento del dolor lumbar subagudo.

- 3-LUMBALGIA CRÓNICA
- Como ocurre con las lumbalgias antes comentadas, y en lo que respecta a las de tipo crónica, no existe un consenso absoluto respecto a su tiempo de evolución. De esta manera, algunos autores la describen como aquella que ya supera los 3 meses, mientras que para otros se consideraría crónica cuando ya supera las 7 semanas de evolución.
- Uno de los grandes “fracasos” de la medicina ha sido el tratamiento de la epidemia de la incapacidad asociada con el dolor lumbar crónico, lo que supone un gran costo económico y socio laboral que sufren las sociedades industrializadas.

- El ejercicio físico se encuentra entre los tratamientos más prescritos para las lumbalgias crónicas, ya que puede resultar de gran utilidad en aquellos procesos para volver a la actividad diaria y favorecer la vuelta al trabajo.

Las pocas medidas y más generales que proponen los expertos son las siguientes:

- Se debe dar la misma importancia a la reducción del dolor como a la recuperación de la función. Se debe recomendar al paciente llevar una vida activa y proponer modalidades de tratamientos activos por delante de los pasivos.

- Se debe intentar mantener a la persona trabajando o reincorporarla lo antes posible, ya que cuanto más tiempo permanezca alejada del trabajo, más difícil será su reincorporación.
- Intentar dedicar recursos al correcto tratamiento en las primeras etapas, ya que la incapacidad crónica requiere procesos más costosos y con menor éxito.

Origen anatómico del dolor lumbar

- Con tal de entender de dónde podría venir el dolor lumbar, me parece apropiado comentar las principales estructuras que podrían estar implicadas en la génesis de la lumbalgia. Estas serían las siguientes:

1-Disco intervertebral:

- De forma natural, la inervación del disco se produce a nivel del tercio externo del anillo fibroso, no obstante, se ha comprobado que en los pacientes con lumbalgia crónica esta inervación está aumentada, ya que se pueden observar terminaciones en la parte interna del anillo fibroso y también en el núcleo pulposo. Por lo tanto, se puede afirmar que en estos pacientes se produce una hipersensibilidad como consecuencia de una mayor inervación y un proceso inflamatorio asociado.

2-Articulaciones inter apofisarias posteriores:

- Pueden estar muy implicadas en la génesis de la lumbalgia, ya que se ha comprobado que la cápsula articular presenta una rica inervación a estos niveles.

3-Músculos:

- Los músculos posteriores del tronco que permiten soportar las posturas del cuerpo humano, los movimientos y estabilización de la columna lumbar, se pueden presentar en 3 grupos generales funcionales:
- Los rotadores menores e intertransversales (levator costarum longi, levator costarum brevi, intertransverse lateralis, rotatores e interespinales), músculos más profundos, que aparentemente actúan como sensores de posición en cada articulación, más que de generadores de movimiento.
- Multifidus, iliocostalis lumborum y longissimus thoracis que tienen 3 acciones principales: generar largos momentos de extensión por encima de la región lumbar, generar pinzamiento posterior y afectar y controlar uno o dos segmentos lumbares únicamente.

- Músculos abdominales en la flexión y estabilización de tronco junto al psoas y al cuadrado lumbar.Se piensa que una de las principales causas de la lumbalgia inespecífica es el espasmo o contractura muscular de los paraespinales, debido a que se ha comprobado mediante estudios bioquímicos la rica inervación de estos músculos.
- La mayoría de los episodios agudos de lumbalgia inespecífica se deben inicialmente al mal funcionamiento de la musculatura y posteriormente a un mecanismo neurológico. En los casos subagudos, este mecanismo se mantiene activado y puede llegar a inducir cambios persistentes en las neuronas medulares. En los casos crónicos se suman factores musculares y psicosociales que constituyen un círculo vicioso dificultando la recuperación espontánea.

4-Ligamento lumbodorsal:

- Se puede considerar como un cinturón natural de la espalda. La activación del músculo gran dorsal y los músculos abdominales oblicuos profundos, contribuyen a las fuerzas de rigidez y a la estabilización de la columna lumbar a través de la fascia. Probablemente también tiene una función propioceptiva, a parte de la función estabilizadora para la parte posterior, junto a la fascia abdominal por la parte anterior y los músculos abdominales funcionales lateralmente.

5-Periostio, raíz nerviosa, ganglio posterior y duramadre:

- La inervación del periostio debe ser el origen del dolor asociado a los procesos degenerativos de tipo óseo, como la osteoporosis. En relación a la raíz nerviosa posterior, la parte de la duramadre que la recubre y el ganglio nervioso posterior, formado por fibras nerviosas sensitivas, se ha comprobado que son los principales responsables del dolor asociado al proceso ciático.

¿Qué causa el dolor de espalda?

- No existe correlación entre la clínica referida por el paciente y la alteración anatómica hallada por las técnicas de imagen.

- Llegar a un diagnóstico etiológico de certeza sólo es posible aproximadamente en el 10% de los casos, o incluso en el 20%.

- Entre el 80% y el 90% de las lumbalgias serán inespecíficas.

- Las alteraciones que afectan al control sensitivo-motor y a la sensibilidad y predisposición al dolor parecen actuar como mecanismo subyacente del dolor lumbar crónico.

Cambios en áreas del cerebro:

- Cuando el dolor se prolonga en el tiempo la actividad cerebral relacionada con la percepción de dolor de espalda cambia de localización desde regiones involucradas con el dolor agudo a regiones relacionadas con circuitos emocionales.
- El dolor crónico de espalda baja es una de las principales causas de discapacidad. La intervención más eficaz es el ejercicio, con un beneficio superior en términos de dolor y funcionalidad.
- El 80% de los adultos experimenta dolor lumbar por lo menos una vez en su vida. El dolor lumbar (DL) es la tercera causa de consulta en urgencias, la cuarta en medicina general, la segunda de pensión por invalidez y la primera de reubicación laboral. El DLCI es un problema de salud importante en todo el mundo.

2. OBJETIVOS

- Analizar la eficacia del ejercicio terapéutico en dolor lumbar crónico inespecífico.

- Conocer el grado de adherencia a los programas de ejercicio terapéutico es indispensable para evaluar la eficacia como servicios de salud, planificar estrategias, optimizar recursos, y favorecer la plena recuperación de los pacientes en un menor tiempo.

3. EN QUÉ CONSISTE LA ESCUELA DE ESPALDA

- La Escuela de espalda es un programa de atención sanitaria en la que se enseñan habilidades que protegen la espalda, va dirigido a personas con patología y sin patología y a aquellos colectivos que tienen predisposición a padecerla.

- El programa se basa en analizar individualmente al paciente, se realiza un estudio y exploración de la postura, actividad física y profesional del paciente. Posteriormente se lleva a cabo un programa de activación de la musculatura estabilizadora de tronco y región lumbopélvica, que es la que mayor afectación tiene en pacientes con DL, así como ejercicios de relajación y flexibilización de todas las articulaciones del cuerpo.

- Todos los pacientes con DL presentan: dolor, discapacidad, kinesofobia y disminución de la calidad de vida. El DLCI contribuye a la discapacidad, ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, mala calidad de vida y costos de atención médica.

4. RESULTADOS

- Durante muchos años, la opción de tratamiento para el DLCI incluyó recomendaciones para el descanso y la inactividad. Sin embargo, el ejercicio puede tener beneficios específicos en la reducción de la gravedad del dolor crónico, así como beneficios más generales asociados con la mejora de la salud física y mental en general y el funcionamiento físico.

- Los programas de prevención consultados reportaron como pilares en su fundamentación a la higiene postural y la corrección postural, la adecuación del puesto de trabajo, la información y educación sobre la anatomía-biomecánica-mecanismo de dolor, la actividad física y el ejercicio (fortalecimiento y relajación), la restauración funcional del afectado y la intervención interdisciplinar.

5. CONCLUSIÓN

- Un programa de escuela de espalda podría contribuir a disminuir el dolor inespecífico de espalda y mejorar los hábitos posturales en pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico.
- Con argumentos basados en los paradigmas “muchos tratamientos no tiene una eficacia duradera” y “no es posible predecir la población laboral más susceptible a desarrollar una lumbalgia mecanopostural para orientar programas preventivos”, se presenta la importancia de las herramientas de higiene postural concomitante a la actividad física bajo un enfoque de promoción de la salud, prevención y paliación de la enfermedad basadas en trabajos interdisciplinares;

- de igual forma se hace manifiesto que la efectividad de estas herramientas es proporcional a la participación de todos aquellos miembros y elementos que lo integran.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jordá Llona M, Pérez Bocanegra E, García-Mifsud M, Jimeno Bernad R, Ortiz Hernández R, Castells Ayuso P. Back school: a simple way to improve pain and postural behaviour. An Pediatr (Barc). 2014 Aug;81(2):92-8.

2. Nava-Bringas TI, Roeniger-Desatnik A, Arellano-Hernández A, Cruz-Medina E. Adherence to a stability exercise program in patients with chronic low back pain. Cir Cir. 2016 Sep-Oct;84(5):384-91.

3. Vásquez-Ríos JR, Nava-Bringas TI. Lumbar stabilization exercises. Cir Cir. 2014 May-Jun;82(3):352-9.

4. Franco KFM , Franco YRDS , Oliveira NTB , Padula RS , Cabral CMN. Factores predictivos para la progresión a través de los niveles de dificultad de los ejercicios de Pilates en pacientes con dolor lumbar: un análisis secundario de un ensayo controlado aleatorizado. Braz J Phys Ther. 2018 abr. 17.

5. Yamato TP , Maher CG , Saragiotto BT , Hancock MJ , Ostelo RW , Cabral CM , Menezes Costa LC , Costa LO . Pilates para el dolor lumbar. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 2.

6. M. A. Capó-Juan. Efectividad de programas educativo-terapéuticos en Fisioterapia. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.23 no.3 Madrid may./jun. 2016.

7. Geneen LJ, Moore RA , Clarke C , Martin D , Colvin LA , Smith BH. Actividad física y ejercicio para el dolor crónico en adultos: una descripción general de las revisiones Cochrane. Cochrane Database Syst Rev. 2017 abr 24; 4:

8. H.Hernández-Lázaro,M.A.Cacho-del Amo. Back schools in Primary Health Care: A systematic review for a bio-psychosocial approach. Fisioterapia. Volume 40, Issue 2, March–April 2018, Pages 94-100

9. Jorge Armando Martínez Gil, Daniela Sánchez Oropeza. Lumbalgia mecanopostural en actividades laborales, una caracterización de programas preventivos. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, ISSN-e 1885-527X, Nº. 25 (Vol. 14, marzo), 2017.

10. Lydia Hernández Molina, Alberto García Pérez, Noemí Martínez García, Gregorio Alberto Rodríguez Barba. Eficacia de los ejercicios específicos de estabilización en el dolor lumbar crónico. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, ISSN-e 1885-527X, Nº. 25 (Vol. 14, marzo), 2017

11. Peterson L, Haladay DE. Pilates-based exercise in the treatment of a patient with persistent low back pain following transforaminal lumbar interbody fusion .Physiother Theory Pract. 2018 Jun 26:1-8.

TEMA 68. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN

MARTA ESPINOSA ATANCE

RAQUEL GAITANO ESCRIBANO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. ¿CÓMO PRODUCE EL EFECTO ANTICONCEPTIVO?
3. TIPOS DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL
    3.1 Anticoncepción oral combinada
    3.2 Anticoncepción con progestágeno sólo
    3.3 Parche anticonceptivo transdérmico
    3.4 Anillo vaginal
    3.5 Implantes subdérmicos de progestágenos
    3.6 Anticoncepción de emergencia con levonorgestrel
4. EFECTOS ADVERSOS
5. ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO
6. CONCLUSIONES
7. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

En nuestro país hay 2 millones de mujeres expuestas a un embarazo no deseado por la no utilización de método anticonceptivo o el uso inconsciente del preservativo. Es necesaria la implicación de los profesionales sanitarios para mejorar la información y la asistencia en materia de anticoncepción.

En esta publicación nos vamos a centrar en el segundo método más usado, la anticoncepción hormonal, en sus diferentes vías de administración, con claro predominio de la vía oral. (1) (2)

1. INTRODUCCIÓN

Consiste en la asociación entre un estrógeno (en general, etinilestradiol), y un progestágeno; o en presentaciones de progesterona aislada sin el componente estrogénico. Están disponibles en diversas presentaciones y vías de administración (oral, intramuscular, implantes subdérmicos, transdérmicos, vaginal y asociado al sistema intrauterino). Actúan con la finalidad de bloquear la ovulación. (1)

2. ¿CÓMO PRODUCE EL EFECTO ANTICONCEPTIVO?

Los esteroides anticonceptivos **inhiben la ovulación** por su acción sobre el hipotálamo y centros nerviosos superiores, interrumpiendo la producción de hormonas y la secreción de gonadotropina que usualmente hace que la ovulación no ocurra. Los estrógenos pueden inhibir directamente la secreción de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH); también hacen que la hipófisis responda menos a la GnRH. Por otra parte, los progestágenos pueden impedir el pico de LH a mitad del ciclo.

Los progestágenos hacen que el **moco cervical** se espese y se vuelva más viscoso, esto hace impenetrable a los espermatozoides. Al mismo tiempo, producen atrofia gradual del **endometrio**, dificultando la implantación, continuación de crecimiento y aporte de glucógeno. (3)

3. TIPOS DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

3.1 Anticoncepción oral combinada

- ACOC con etinilestradiol y drospirenona: La eficacia, control del ciclo y efectos secundarios son similares a los ACOC de baja dosis de estrógenos. El impacto sobre el metabolismo lipídico e hidrocarbonado es mínimo. Debido a su efecto antimineralocorticoide la DRSP teóricamente contrarresta la retención hidrosalina inducida por el estrógeno y por tanto evitaría la ganancia de peso. La DRSP debe utilizarse con cautela en mujeres con hiperkalemia, pues es un antagonista de la aldosterona con propiedades ahorradoras de potasio. (1) (2).

3.1 Anticoncepción oral combinada

- ACOC con valerato de estradiol y dienogest: compuesto por valerato de estradiol (VE2) y dienogest (DNG) en una dosificación multifásica. El efecto sobre la función hepática del E2 es menor que el que tiene el EE, induciendo menores cambios en lípidos, lipoproteínas y en la hemostasia, ya que es idéntico al producido en el ovario de forma endógena. También tienes menos riesgo de desarrollar tromboembolismo, y se asocia a un sangrado menos intenso y duradero. Estas características del E2 han llevado a que fuese propuesto como un componente más seguro para la anticoncepción hormonal oral. (2)

3.2 Anticoncepción con progestágeno sólo

El principal objetivo de los contraceptivos con progestágeno sólo es evitar los efectos secundarios metabólicos y clínicos de los estrógenos. Son una opción en mujeres con alguna contraindicación para la toma de estrógenos. Sin embargo, debido a que no produce deprivación hormonal el patrón de sangrado puede ser irregular sin ciclo identificable o producir amenorrea, constituyendo uno de los motivos más frecuente de rechazo o abandono. Se han desarrollado diferentes formas de anticonceptivos con progestágeno sólo: oral, implantes subdérmicos, DIU e inyectable.

Se considera como una opción razonable en mujeres con antecedente o alto riesgo de enfermedad cardiovascular, TEV o hipertensión arterial y durante la lactancia, ya que la píldora de progestágeno no afecta a la calidad de la leche y la pequeña cantidad de hormona que pasa a la leche no tiene efectos adversos sobre el lactante. (2)

3.3 Parche anticonceptivo transdérmico

Es un parche adhesivo que se aplica una vez a la semana durante tres semanas, seguido de una semana sin él- Las concentraciones plasmáticas hormonales son más estables en la vía transdérmica evitándose las fluctuacines de la vía oral. La eficacia del parche anticonceptivo es alta y similar a la de ACOC aunque las mujeres de más de 90 kg presentan mayor tasa de fallo como anticonceptivo. En cuanto a efectos secundarios con el parche puede producirse reacción cutánea local, y son más frecuentes efectos relacionados con los estrógenos como mastalgia, dismenorrea, nauseas y vómitos, lo que se traduce en una tasa mayor de interrupción anticipada y de abandono debido a efectos adversos. Aunque los datos aun no son concluyentes, existe la posibilidad de un mayor riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) en usuarias de parche respecto a ACOC. Otra ventaja teórica del parche sería que, al evitar el primer paso hepático se pueden reducir las interacciones con otros fármacos. (2)

3.4 Anillo vaginal

Es un anillo flexible del material plástico de acetato de viniletileno. Una vez en la vagina libera diariamente y de forma continuada 15 microgramos de EE y 120 microgramos de etonogestrel, de aquí pasa a la circulación sistémica. Tiene una eficacia alta, con una tasa de fallo que oscila según los estudios del 0.6-1.18 por 100 mujeres año.

Se introduce en la vagina del primer a quinto día del ciclo natural donde permanece durante 3 semanas, la cuarta semana se retira y se reintroducirá un nuevo dispositivo el mismo día de la semana siguiente. Puede seguir siendo eficaz durante 4 semanas, si el anillo permanece más de 4 semanas, se recomienda método anticonceptivo adicional durante 7 días. El anillo no puede estar fuera de la vagina más de tres horas, si se excede este periodo debe utilizarse anticoncepción de barrera durante 1 semana. (2)

3.5 Implantes subdérmicos de progestágenos

- Implanon: Tiene una duración de 3 años. Está formado por una sola varilla.
- Jadelle: Está formado por dos varillas. Con una duración de 5 años. (2)

3.6 Anticoncepción de emergencia con levonorgestrel

La anticoncepción de emergencia es el uso de medicación hormonal o un dispositivo intrauterino de cobre, poco después de haber mantenido una relación sexual sin protección, para evitar el embarazo.

La pauta de progestágeno sólo es más eficaz que la combinación de estrógeno y progestágeno (método Yuzpe), consiste en una única dosis de 1500 mcg de LVN tan pronto como sea posible, preferentemente dentro de las primeras 12 horas tras haber mantenido relaciones sexuales sin protección y no más tarde de 72 h. El porcentaje de embarazos se va incrementando un 50% cada 12 horas de retraso en el tratamiento. (2)

4. EFECTOS ADVERSOS

Enfermedad cardiovascular: Los mecanismos por los que los ACOC pueden inducir enfermedad cardiovascular (ECV), implican la acción de los estrógenos sobre el sistema hemostático, la de los gestágenos sobre el metabolismo de los lípido y la acción combinada de ambos sobre el metabolismo de los hidratos de carbono y la tensión arterial. Eleva aproximadamente al doble el riesgo de IAM. Este incremento en usuarias de ACOC es mayor si son fumadoras y fumadoras mayores de 35 años. El accidente cerebro vascular (ACV) isquémico aumenta en usuarias de ACOC de baja dosis respecto a no usuarias. La incidencia de ACV isquémico se incrementa en mujeres que presentan migraña con áurea. Por lo tanto, en las mujeres portadoras de cardiopatía isquémica, ACV, migraña con aura o con múltiples factores de riesgo para ECV (> 35 años de edad, diabéticas, fumadoras e hipertensas), debemos optar por métodos anticonceptivos no hormonales o anticonceptivos apenas de progestágeno. Entre esos últimos, los más indicados son los PP, el implante liberador de etonogestrel y el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. (1)

4. EFECTOS ADVERSOS

Tromboembolismo venoso (TEV): Los ACOC multiplican por 3 el riesgo de TEV, este riesgo varía con la dosis de EE, el tipo de progestágeno y la vía de administración y es mayor durante el primer año de toma. La edad y la obesidad incrementan los episodios de TEV, las usuarias de ACOC con obesidad presentan un riesgo dos veces superior respecto a no obesas por lo que la toma de ACOC debe evitarse en mujeres perimenopausicas obesas. 2

Cáncer: Los hallazgos más relevantes son que usuarias de ACOC presentan una reducción significativa del 12 % cáncer colorrectal, cuerpo uterino y ovario. Así como, un pequeño pero no significativo aumento de riesgo de cáncer de pulmón, cérvix, sistema nervioso central e hipófisis. No se hallaron diferencias entre los 2 grupos en cuanto al riesgo de cáncer de mama. Sin embargo, el uso de ACOC se ha asociado a mayor riesgo de desarrollar CIN y cáncer invasivo de cérvix. La infección por papilomavirus es el principal agente causal del cáncer de cérvix, los ACOC actuarían como cofactor. En cuanto al cáncer de mama, existe controversia sobre el impacto de la ACOC. (2)

5. ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO

A la hora de elegir un método anticonceptivo, se deben tener en cuenta varios factores, como criterios médicos, preferencias según la edad, actividad sexual, plan reproductivo, antecedentes patológicos y la actitud que tiene hacia el método tras ser informada (cumplimiento, aceptación de cambios patrón de sangrado…).

Los mayores determinantes de la aceptación son la eficacia, el control del ciclo y los efectos secundarios. Respecto al método anticonceptivo hay que tener en cuenta su eficacia, contraindicaciones, efectos secundarios, coste y posibles beneficios. (2), (3)

5. ELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Categorías de la OMS para la selección de método anticonceptivo:

CATEGORÍA	SELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO
1	Ninguna restricción en el uso de AHC
2	Las ventajas superan los riesgos, su uso es recomendable
3	Los riesgos, generalmente superan los beneficios. Método no recomendable.
4	El riesgo del método es inaceptable. No debe usarse.

6. CONCLUSIONES

El uso de anticoncepción hormonal, está sujeto a beneficios y riesgos. Un buen consejo anticonceptivo para las mujeres debe incluir todos los aspectos tanto positivos como negativos, dentro del contexto particular de cada caso, para facilitarles la elección.

7. BILIOGRAFÍA

1. Brito Milena Bastos, Nobre Fernando, Vieira Carolina Sales. Contracepción hormonal y sistema cardiovascular. Arq. Bras. Cardiol. 2011;96(4):81-89.

2. De La Cuesta Benjumea R, Franco Tejeda C, Iglesias Goy E. Información Terapeutica del Sistema Nacional de Salud 2011;35(3): 75-87.

3. Lugones Botell Miguel, Quintana Riverón Tania Yamilé, Cruz Oviedo Yolanda. Anticoncepción hormonal. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1997 Feb [citado 2018 Jun 13] ; 13(1): 49-58. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000100009&lng=es.

TEMA 69. PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRÚRGICAS

EVA Mª BLANCO LOPEZ

RAQUEL PARDO SALAMANCA

ISABEL GALLARDO GARCIA

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN
2 OBJETIVOS
3 MÉTODO
4 RESULTADOS
5 CONCLUSIONES
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 INTRODUCCIÓN

Se considera infección de la localización quirúrgica a toda infección relacionada con una intervención quirúrgica, ya sea en el propio lecho quirúrgico o en su proximidad y que ocurre dentro de los 30 días tras la cirugía o en un año si se ha colocado material extraño (implante, prótesis). Es la tercera infección nosocomial más frecuente.

2 OBJETIVOS

Buscar la calidad asistencial en todo proceso que se realice a un paciente quirúrgico e identificar las medidas más eficaces en la prevención de la infección de heridas quirúrgicas.

3 MÉTODO

Búsqueda de evidencias científicas sobre el tema en elsevier, acircal y revisión de las principales guías de práctica clínica.

4 RESULTADOS

Influyen una serie de factores de riesgos:

A)Relacionados con el paciente:

.Edad avanzada.

.Algunos estudios han encontrado que niveles elevados de glucemia (>200 mg/100 ml) en el periodo postoperatorio inmediato se encontraban asociados a un mayor riesgo.

.El uso del tabaco retrasa la cicatrización primaria de la herida y puede aumentar el riesgo de infección.

.Se ha demostrado que los pacientes que están recibiendo corticoides o inmunosupresores en el preoperatorio pueden estar más predispuestos a desarrollar infecciones.

.Una desnutrición calórico proteica grave se asocia con infecciones postoperatorias.

.La estancia preoperatoria alargada de los pacientes supone un mayor riesgo.

B) Asociados a la intervención quirúrgica

.Se ha observado que las tasas de infecciones son mayores en los pacientes rasurados mediante cuchilla que en los tratados con crema depilatoria o que no son depilados.

.En cuanto a la antisepsia quirúrgica de manos y antebrazos, los miembros del equipo quirúrgico deberían realizar una adecuada higiene de sus manos y antebrazos mediante solución antiséptica, inmediatamente antes de ponerse la bata y los guantes.

.El nivel de microorganismos en el aire del quirófano es directamente proporcional al número de personas que se desplaza por la habitación.

.Los quirófanos deberían mantener una presión positiva con respecto a los pasillos y áreas adyacentes.

.Se debe asegurar un adecuado recambio de aire mediante el sistema de ventilación.

.La duración de la cirugía hay que tenerla en cuenta.
.Control de la hipotermia y de la hipoxia.
.Profilaxis antimicrobiana.
.Cirugía de urgencias.
.Cuidados de la herida quirúrgica.

C) Manejo de la herida:

.La medida de prevención más eficaz es la higiene de manos sin olvidar que el uso de guantes no evita el lavado.

.Utilizar solución salina isotónica y no irrigar a presión para evitar lesionar el tejido de granulación incipiente.

.Se cubrirán con un apósito estéril, con el objetivo de absorber el exudado, evitar la contaminación con fuentes exógenas y protegerla de agresiones externas.

.Es importante mantener bien seca la herida para evitar la maceración y proliferación de microorganismos.

.Por último, mencionar la técnica Mölndal, es una técnica de cura húmeda en la que se usa un antiséptico incoloro que permite ver la evolución de la herida con sus cambios de coloración; el apósito utilizado es de hidro-fibra con el que se absorbe el exudado, cubierto por un film de poliuretano transparente, que permite visualizar la evolución de la herida sin necesidad de cambiar el apósito.

.La aplicación de esta técnica podría disminuir el índice de infecciones, puesto que al evitar el cambio de apósito diario y con ello la exposición de la herida al ambiente externo se disminuye la probable contaminación de la misma.
.Recordar la importancia de educar tanto al paciente como a la familia en el cuidado de la herida y en la identificación de los signos de infección.

5 CONCLUSIONES

La responsabilidad del control de infecciones es labor de todos los profesionales de la salud, médicos, enfermería, terapeutas, etc aunque la enfermería juega un papel crucial en la prevención de las infecciones ya que es la responsable de los cuidados de la herida.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Díaz-Agero-Pérez, C et al. Evaluación de infección de la herida quirúrgica en 14 hospitales de la Comunidad de Madrid: estudio de incidencia. Rev Enfermerdades infecciosas y Microbiología clínica. Vol.29, 4, pp257-262. Abril 2011

-Infecciones en cirugía Fecha de la última revisión: 16/07/2014 Atención primaria, Fisterra: portal de salud para médicos y pacientes https://www.fisterra.com/

-Lorena Lodoso García*, José Felipe Reoyo Pascual**. * Graduada en Enfermería. ** Licenciado Especialista en Cirugia General y del Apto Digestivo. Hospital Universitario de Burgos. Revista Acircal. Asociación de Cirujanos de Castilla y León. ORIGINAL: PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA COLORRECTAL: ¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA? www.evento.es/revistaACIRCAL/04/02.Original1_Prev_ISQ_CCR_BUR.pdf

TEMA 70. CASO CLINICO: MIGRAÑA POR DEFICIT DE ENZIMA DAO

DAVID REVELLES PASADAS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- DESCRIPCION DEL CASO
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- DIAGNÓSTICO
- EVOLUCIÓN
- CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

La migraña provoca fuertes dolores en un lado de la cabeza, así como molestias visuales y auditivas. Esta dolencia afecta a un 12% de la población y en un 90% de los casos se debe a que los pacientes tienen un déficit de la enzima DAO.
Las personas con déficit de DAO no pueden eliminar la histamina, con lo que esta pasa a la sangre y se acumula en el plasma, provocando efectos adversos como migraña y trastornos gastrointestinales.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 26 años de edad, que desde hace tiempo sufre cefaleas intensas, acompañadas de nauseas, desordenes del hábito intestinal (diarreas y estreñimiento), a veces vómitos y contracturas musculares.
Se ha tratado las cefaleas con analgésicos y Aines, sin que se consigan mayores respuestas al tratamiento.
La paciente está en tratamiento con anticonceptivos orales, pautado por su ginecóloga y con control analítico periódico por el tratamiento.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se le realiza analítica completa con Tsh. En los resultados se observan todos los valores dentro de la normalidad, salvo el colesterol, que está un poco elevado (hipercolesterolemia de origen familiar).
Se vuelve a pasar consulta a la paciente y se le vuelve a preguntar por los síntomas, al asociarlos a según qué comidas, se le decide realizar un enzimoinmunoanalisis. El resultado es 64 HDU/ml, lo cual significa una actividad intermedia de enzima diaminoxidasa.

DIAGNÓSTICO

Déficit de enzima DAO

EVOLUCIÓN

Se le prescribe a la paciente el medicamento Migrasin® .
Además, se le dan una serie de pautas a seguir, se le explica los alimentos que debe evitar: leche cruda, pasteurizada y derivados lácteos; cítricos, fresas y plátanos; marisco, pescado azul y salsas de pescado; embutido crudo (como salchichón, chorizo o bacon); algunas verduras como los tomates, las espinacas o las berenjenas; y el alcohol, especialmente el vino tinto y el cava.
En consultas posteriores, la paciente refiere notar una mejoría evidente con los cambios realizados. Así mismo, refiere, que cuando se ha olvidado tomar el Migrasin y ha tomado algún alimento de los de la lista anterior, ha sufrido de nuevo las cefaleas, dolores abdominales y musculares.

CONCLUSIONES

Ante cefaleas acompañadas de contracturas musculares y trastornos digestivos, que no remiten con tratamientos convencionales con analgésicos y AINES, se debería de realizar estudios enzimáticos en vez de ahondar y probar con múltiples combinaciones analgésicas; ya que sabiendo los niveles enzimáticos, se puede establecer una sencilla dieta y un tratamiento adecuado, que mejoría enormemente la calidad de vida de la gente que sufre déficit de enzima DAO.

TEMA 71. ELECCIÓN ADECUADA DE LAS AGUJAS HIPODERMICAS PARA PLUMA DE INSULINA

ISABEL GALLARDO GARCIA

EVA MARIA BLANCO LOPEZ

RAQUEL PARDO SALAMANCA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGÍA
4. RESULTADOS
5. DISCUSION
6. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓN

Las plumas de insulinas, utilizadas para la administración de insulina. Las agujas tienen una longitud variable desde 4mm a 12mm. Son agujas subcutáneas utilizadas en el tratamiento con insulina, para el control de glucemia en pacientes diabéticos.

2. OBJETIVOS

Importancia de una correcta elección de las agujas, para una mayor efectividad.
Técnica de administración correcta.

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, SciELO, Dialnet y Cuiden; en artículos publicados entre los años 2009 y 2015.

PALABRAS CLAVES: Insulina, subcutáneo, absorción.

2. RESULTADOS

Se ha demostrado que hay una mejora de la absorción de la insulina si la inyección subcutánea se realizada con la técnica y material correcto; coger pliegue en ángulo de unos 90º y contar hasta 10 para evitar el rebosamiento. La longitud de las agujas son de 4, 5, 6, 8 y 12 mm; las cuales son utilizadas según tipo de paciente; las de 8 mm son las consideradas básicas, han demostrado efectividad y seguridad; las de 4, 5 y 6 las utilizadas en niños; y las de 12 mm anteriormente utilizadas en obesos y actualmente en desuso, para evitar con ellas inyecciones intramusculares causantes de hipoglucemias.

5. DISCUSION

Se ha demostrado que hay unos 2 mm desde la piel hasta la zona subcutánea, siendo las agujas de 4 mm suficientes para la mayoría de las personas. A mayor tamaño de la aguja mayor riesgo de inyección intramuscular, ocasionando hipoglucemias de los pacientes. Se concluye que la aguja estándar es la de 8 mm y las de 4, 5 y 6 las que deben utilizar los niños. Uno de los puntos más importantes en la administración de insulina aparte de la elección adecuada de la aguja es una técnica correcta; pliegue para evitar inyección en musculo y contar hasta 10 para que no haya rebosamiento.

6. BIBLIOGRAFIA

- Garcia Cases S. Estudio del correcto empleo de las agujas hipodérmicas para plumas de insulina. Panorama actual del medicamento. 2015; 39(38). P 442-445
- Frid A, Hirsch L, Gaspar R, Hicks D, Kreugel G, Liersch J, et al. New injection
recommendations for patients with diabetes. Diabetes Metab. 2010 Sep;36 Suppl 2:S3–18
- Hirsch LJ, Gibney M, Albanese J, Qu S, Kassler-TaubK, Klaff LJ, et al. Comparative glycemic control, safety and patient ratings for a new 4 mm x 32G insulin pen needle in adults with diabetes. Curr. Med. Res. Opin. 2010 Jun;26(6):1531–41
- Vidal M. Colungo C. Jansá M. Administración de insulina nuevas recomendaciones. Rev Rol Enferm. 2011; 34(6). P 50-61.

TEMA 72. ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE. EVALUACIÓN Y CRIBADO

MANUEL GARCÍA FENOLLOSA

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- EPIDEMIOLOGÍA
- ETIOLOGÍA
- CLASIFICACIÓN
- RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO ÓSEO
- FACTORES DE PROGRESIÓN
- HISTORIA NATURAL
- CLÍNICA
- EXPLORACIÓN FÍSICA
- CRIBADO
- EXPLORACIONES RADIOGRÁFICAS
- RESONANCIA MAGNÉTICA
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN DE ESCOLIOSIS

•SRS: curva lateral >=10º Cobb con rotación en Rx en bipedestación.

•Deformidad tridimensional torsional de la columna y del tronco, que causa una curvatura lateral en el plano frontal, rotación axial en el plano horizontal y, a veces, alteración con reducción de las curvaturas del plano sagital.

EPIDEMIOLOGÍA

- 20% secundarias.
- 80% idiopáticas. 2-3 % de la población, aunque varía según la latitud.
    - 10% requieren tratamiento conservador.
    - 0.1-0.3 % requieren cirugía.

- Relación del ángulo Cobb con la prevalencia:
    - 10-20º: prevalencia del 2-3%.
    - 20-30º: prevalencial del 0.3-0.5%.
    - 30-40º: prevalencia del 0.1-0.3%.
    - >40º: prevalencia < 0.1%.

ETIOLOGÍA

- Multifactorial.
- Coexiste con otras alteraciones
  - Asimetría en la estructura del tronco de encéfalo.
  - Déficits sensitivos y del equilibrio.
  - Trastornos plaquetarios y del colágeno.
- Se sugiere una afectación hereditaria, con mecanismo desconocido
  - Historia familiar
  - Múltiples loci: cromosomas 8, 9, 17, 19, X.
  - Test saliva.
- Se sugieren alteraciones sistémicas de la síntesis de proteínas y MPS, GH, niveles de melatonina, variantes de IL-6, estructura y función del receptor estrogénico.
- Papel de la musculatura axial y tejido conectivo.

CLASIFICACIÓN

- CRONOLÓGICA
  - Infantil: 0-2 años.
  - Juvenil: 3-9 años.
  - Adolescente: 10-17 años.
  - Adulto: mayor de 18 años.

- TOPOGRÁFICA
  - Cervical: ápex hasta C6-C7.
  - Cervicotorácica: ápex de C7 a T1.
  - Torácica: ápex de T1-2 a T11-12.
  - Toracolumbar: ápex de T12 a L1.
  - Lumbar: ápex por debajo de L1-2.

RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO ÓSEO

•El estadio 2 Tanner (inicio de la pubertad) inicia el pico de crecimiento en niñas y lo precede en niños.

•El pico de crecimiento puberal comienza por las piernas. Puede ser asimétrico.

•La menarquia suele aparecer a los 2/3 de este pico de crecimiento, que se suele detener 1-2 años después.

•La alteraciones del plano sagital como la enfermedad de Scheuermann tiene un inicio más tardío, sobre el estadio II-III de Risser, pasada ya la menarquia.

FACTORES DE PROGRESIÓN

- Antecedentes familiares de escoliosis.
- Laxitud cutánea y articular.
- Tipo de curva (torácicas y dobles).
- Alteración en plano sagital (hipocifosis).
- Sexo (F).
- Edad de presentación < 12 años. Potencial de crecimiento.

- Tras la maduración ósea las curvas >50º tienen riesgo de progresión 0.75-1%/año. Seguridad en <30º.
    - Maduración ósea
        - 2 años tras menarquia con Risser 4.
        - Tanner avanzado con Risser 5.

HISTORIA NATURAL

- No supone un aumento de la mortalidad.
- Aumento leve y significativo del dolor en la edad adulta, sin repercusión en calidad de vida ni funcional. Relación con Cobb.
- Restricción pulmonar en >70º (algunas fuentes >50%). Mayor incidencia y gravedad en juveniles.
- Trastorno obstructivo pulmonar (39% en >40º)
- No afectación neurológica o mínima afectación.
- Sin repercusión en embarazo y parto.
- Alteración de la percepción corporal.
- 32% presentan limitaciones: vestido, restricción de actividad física.

CLÍNICA: DOLOR

- No confirmada la relación con Cobb.

- Ejercicios, corsé y cirugía tienen efectos beneficiosos sobre el dolor.

- 9% se debe a patología subyacente (lisis, listesis, Scheuermann, siringomielia, tumor, médula anclada…).

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Talla/peso
- Inspección: 3 vistas.
- Plomada y flechas (medidas desde C7, T12, L3, S2 a la vertical).
- Adams (sensibilidad 73-100% según la zona, especificidad 69-100%).
- Asimetría de MMII.
- Escoliómetro de Bunnel:
    - Mide la rotación.
    - Peor concordancia con asimetría de tronco en niños y en obesos.
    - Útil en cribado (la deformidad tórax precede a la de la columna).
- Valoración de la flexibilidad de las curvas.

CRIBADO

•El examen del raquis es particularmente importante antes y durante el pico de crecimiento puberal.
•Requiere personal entrenado.
•En la programa de salud Comunidad Valenciana las revisiones más próximas son las de los 11-12 años y 14 años, de acuerdo con American Academy of Orthopaedic Surgeons, the Scoliosis Research Society, the Pediatric Orthopaedic Society of North America, and the American Academy of Pediatrics (aunque en chicas recomiendan a los 10-12).
•Deberíamos prestar atención especialmente precoz a aquellos niños que presenten factores de progresión.
•La eficacia de progamas de screening escolares se encuentra en discusión y no se pueden recomendar con la evidencia actual.

EXPLORACIONES RADIOGRÁFICAS

- Debemos vigilar la correcta posición, reconstrucción y protección.
- 2 proyecciones PA y lateral en la evaluación inicial,
- Minimizar controles radiográficos: solo PA si es posible y no más de 1 radiografía/año si se detecta progresión fuera de indicación quirúrgica.
- Se recomienda Rx con corsé tras su prescripción.
- Existen estudios de fiabilidad en PACS.
- Mediciones:
    - Maduración ósea: Risser, osificación del cartílago trirradiado, atlas de edad ósea.
    - Rotación vertebral: Peidrolle, Nash y Moe.
    - Ángulo de Cobb.
    - Eje sagital, incidencia pélvica.

RESONANCIA MAGNÉTICA

La indicamos en los siguientes casos:

•Síntomas neurológicos.

•Dolor intenso: infección, tumor…

•Inicio precoz (antes de los 10 años), con rápida progresión.

•Anomalías radiográficas o aumento de la cifosis.

•No por sistema en curvas torácicas izquierdas.

BIBLIOGRAFÍA

•Balague F, Pellise F. Adolescent idiopathic scoliosis and back pain. Scoliosis Spinal Disord. 2016;11:27.

•Negrini S, Aulisa AG, Aulisa L, et al. 2011 SOSORT guidelines: Orthopaedic and Rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis*. 2012;7:3.

•Negrini S, Donzelli S, Aulisa AG, et al. 2016 SOSORT guidelines: orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis and Spinal Disorders*. 2018;13:3. doi:10.1186/s13013-017-0145-8.

•Screening for Idiopathic Scoliosis in Adolescents, Topic Page. June 2004. U.S. Preventive Services Task Force. www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsaisc.htm (Accessed on February 28, 2008).

TEMA 73. VIRUS DE LA HEPATITIS A

VANESSA PATRICIA GÓMEZ TOCÓN

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- MANIFESTACIONES CLINICAS
- PREVENCION
- CUIDADOS DE ENFERMERIA

INTRODUCCION

El virus de la hepatitis A es el más frecuente.
Es causada por el virus ARN (Picornavirus) de la familia de los enterovirus.
Se transmite primordialmente a través de la vía fecal-oral, por la ingestión de alimentos o líquidos infectados por el virus. Tiene mayor prevalencia en países con sobrepoblación y con pobre saneamiento.
Se encuentra en las heces de pacientes infectados antes del inicio de los síntomas y durante los primeros días de la enfermedad.
Factores de riesgo de contagio: guarderías, instituciones asistenciales, etc…

- Transmisión vía fecal-oral:
  - Contacto directo persona-persona.
  - Contacto con productos contaminados.
- Periodo de incubación: Se estima entre 15 y 28 días, desde la exposición al desarrollo de la infección.
- Periodo prodrómico: Se estima entre 10 y 15 días. Durante este periodo aumenta el riesgo de contagio.
- Periodo ictérico: Se estima entre 2 y 3 meses. El riesgo de contagio disminuye.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Muchos pacientes son anictéricos (sin ictericia) y asintomáticos.

Cuando aparecen los síntomas, se parecen a aquellos que cursan con infección leve de las vías respiratorias superiores. La anorexia, es un síntoma temprano, a menudo es acentuada. Más tarde la ictericia y la orina oscura pueden volverse aparentes. La indigestión esta presente en grados variables.

El paciente también puede desarrollar una fuerte aversión al sabor de los cigarros o humo de cigarro y otros olores fuertes.

PREVENCION

- Aconsejar el saneamiento adecuado del hogar y la comunidad.
- Recomendar la higiene individual a conciencia.
- Instruir a los pacientes acerca de las practicas seguras para preparar y servir los alimentos.
- Apoyar la supervisión eficaz de la salud en escuelas, dormitorios, instalaciones de cuidados prolongados, barracas y campamentos.
- Fomentar los programas comunitarios de la educación de la salud.
- Facilitar la notificación obligatoria de hepatitis viral a los centros de salud pública correspondiente.
- Vacunación recomendada para todos los niños menores de 1 año de edad y mayores.

PREVENCION

- Vacunación recomendada para los viajeros a países en vías de desarrollo, usuarios de drogas ilegales, varones que tienen sexo con varones y personas con hepatopatía crónica y receptores de productos de plasma combinado.
- Fomentar la vacunación para interrumpir los brotes en toda la comunidad.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- La enfermera ayuda al paciente y a la familia a enfrentar la discapacidad temporal y las fatiga que son comunes en la hepatitis y los instruye para buscar cuidado adicional de la salud si los síntomas persisten o empeoran.
- El paciente y la familia también necesitan guías especificas acerca de la dieta, el reposo, la importancia de evitar el alcohol, así como las medidas de sanidad e higiene, en particular el lavado de manos (después de ir al baño y antes de comer) y la sanidad del ambiente (comida y provisión de agua seguras, eliminación eficaz de las aguas residuales).

BIBLIOGRAFÍA

- Villamil F. Hepatitis víricas. S.A. ELSEVIER; 2016.
- Howard C. T., Lok A. S. F. , Locarnini S. A. , Zuckerman A. J. Viral Hepatitis. Wiley Blackwell; 2013.
- Lemus J.D.; Aragues y Oroz V. Epidemiologia y Salud Comunitaria. Corpus; 2008.
- Eiros Bouza J.M., Artero A., Oteo J.A. Manual de enfermedades infecciosas. 2 ed. Ediciones Universidad de Valladolid; 2016.

TEMA 74. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA MENOPAUSIA

MARTA ESPINOSA ATANCE
RAQUEL GAITANO ESCRIBANO
BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CONCEPTOS Y DEFINICIONES
- CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA MENOPAUSIA
- SIGNOS Y SÍNTOMAS
- RECOMENDACIONES EN LA PERIMENOPAUSIA Y CLIMATERIO
- CUIDADOS DE ENFERMERÍA
- TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

• La menopausia marca el inicio de una etapa vital llena de cambios que no siempre son fáciles de aceptar [1].

• Son muchas las variables que influyen en la actitud con la que se van a afrontar dichos cambios (creencias propias y socioculturales, apoyo y actitud del entorno…) [2].

• Persiste el estereotipo generalizado de asociar la menopausia con connotaciones negativas (pérdida de la juventud, sexualidad…) aunque también puede entenderse como una liberación (despreocupación por quedar embarazada y final de las molestias que supone la menstruación) [2].

INTRODUCCIÓN

• Las mujeres que atraviesan este periodo necesitan apoyo e información rigurosa para poder enfrentarlo con naturalidad, así como resolver sus dudas y preocupaciones. De esta manera, podrán satisfacer sus necesidades biopsicosociales y mantener su calidad de vida y bienestar integral [1, 2].

• El papel de la enfermera, especialmente la comunitaria, es esencial para [2]:

- Proporcionar cuidados de calidad, centrando el objetivo de atención en la promoción y mantenimiento de la salud.
- Realizar una educación para la salud detallada e individualizada según las necesidades de cada paciente.
- Abordar posibles problemas de autocuidado.

CONCEPTOS Y DEFINICIONES [2, 3, 4, 5, 6]

• **Menopausia:** Cese permanente de la menstruación debido a la pérdida de la actividad folicular ovárica. Comienzan a producirse alteraciones hormonales que dan lugar a una sintomatología característica. Ocurre en torno a los 45-55 años de edad.

• **Menopausia precoz:** Cuando ocurre antes de los 40 años.

• **Menopausia tardía:** Cuando se retrasa hasta después de los 55 años.

• **Climaterio:** Periodo de tiempo que va desde 2-8 años antes de la menopausia hasta 2-6 años de la última menstruación. Tiene una duración de entre 5 a 15 años. Es en esta etapa cuando se van instaurando la mayoría de cambios fisiológicos asociados a la madurez de la mujer.

• **Perimenopausia/ transición menopáusica**: Abarca desde el comienzo de los cambios hormonales y clínicos hasta un año después de la última regla.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA MENOPAUSIA [2, 3, 4, 5, 6]

• **Cambios genitourinarios:** las paredes vaginales se vuelven menos elásticas, más delgadas y rígidas; la vagina se vuelve más pequeña; las secreciones se convierten en escasas y acuosas, el tejido genital externo disminuye y se adelgaza (atrofia de los labios), disminuye el tamaño de las mamas, se aprecia atrofia de todo el epitelio vesical.

• **Cambios cutáneos:** aparece atrofia de la piel y disminución de la elasticidad (se vuelve fina y reseca). Existe una correlación entre los niveles de estrógenos y el grosor de la piel y su contenido de colágeno.

• **Cambios cardiovasculares:** la falta de estrógenos aumenta el riesgo de la mujer de padecer una enfermedad coronaria, y eso a su vez favorece la formación de placas de ateroma y la ateroesclerosis.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA MENOPAUSIA [2, 3, 4, 5, 6]

• **Cambios en el sistema osteoarticular:** se produce una pérdida de masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del hueso, favoreciendo a la aparición de osteoporosis (la masa ósea comienza a disminuir a partir de los 40 años y se acelera alrededor de la menopausia).

• **Cambios psíquicos:** los más frecuentes son trastornos del sueño (insomnio), mayor nivel de ansiedad, disminución de la capacidad de concentración, pérdida de memoria, irritabilidad y cambios de humor. Es frecuente la tendencia a la tristeza, incluso a la depresión leve.

SIGNOS Y SÍNTOMAS [3, 4, 5, 6]

• El conjunto de signos y síntomas que acompañan a la fisiopatología del climaterio anteriormente detallada se denomina **“Síndrome climatérico”.**

• El 25% de las mujeres en esta etapa apenas desarrollan síntomas. El otro 75%, por el contrario, si los presenta y necesita ayuda y/o apoyo profesional.

• Clasificación de los síntomas:
  - A corto plazo.
  - A medio plazo.
  - A largo plazo.

SIGNOS Y SÍNTOMAS [3, 4, 5, 6]

- A corto plazo:

  - Ciclos irregulares o desaparición de los mismos.
  - Vasomotores: sofocos, sudoraciones nocturnas...
  - Alteraciones psíquicas: insomnio, ansiedad, irritabilidad…
  - Disfunciones sexuales.

- A medio plazo:

  - Cambios atróficos del aparato genito-urinario: sequedad vaginal, dificultades en las relaciones sexuales, sintomatología de cistitis, incontinencia urinaria…

  - Cambios en la piel: sequedad, disminución de la elasticidad, dificultad para la cicatrización…

SIGNOS Y SÍNTOMAS [3, 4, 5, 6]

- A largo plazo:

  - Alteraciones osteoarticulares: osteopenia, osteoporosis: fracturas de cadera (cuello de fémur). Fracturas de columna (vertebrales). Fracturas de muñecas (cúbito y radio).
  - Enfermedades cardiovasculares.

- Otros síntomas a largo plazo:

  - Pérdida de memoria.
  - Tendencia al aumento de peso.

RECOMENDACIONES EN LA PERIMENOPAUSIA Y EL CLIMATERIO [3]

• La asociación española para el estudio de la menopausia (AEEM) propone el siguiente decálogo:

1. Mantener una dieta equilibrada, rica en calcio. Evitando el sobrepeso y la obesidad.

2. Realizar actividad física moderada diaria.

3. Tomar el solo 15 minutos al día para conseguir el nivel de vitamina D adecuado.

4. Evitar hábitos tóxicos, como el tabaco.

5. Evaluar el posible riesgo cardiovascular y eliminar los factores de riesgo.

RECOMENDACIONES EN LA PERIMENOPAUSIA Y EL CLIMATERIO [3]

• La asociación española para el estudio de la menopausia (AEEM) propone el siguiente decálogo:

6. Evaluar el posible riesgo de cáncer de mama y estimular el diagnóstico precoz mediante las campañas de mamografía.

7. Evaluar el posible riesgo de osteoporosis y en pacientes de alto riesgo medir la densidad mineral del hueso.

8. Vivir la menopausia con vitalidad y optimismo.

9. Mantener una actividad sexual satisfactoria.

10. Cuidar la calidad de vida para conseguir el bienestar de la mujer durante la menopausia.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA [2]

• Aportar información suficiente a la población de mujeres sobre la menopausia y el climaterio.

• Reestructurar ideas irracionales y erróneas sobre la visión de la menopausia a nivel físico, emocional y sexual.

• Explicar los síntomas derivados del climaterio, físicos y psicológicos. Resolver dudas.

• Promover hábitos saludables para minimizar los problemas derivados del climaterio (Ejercicio, dieta equilibrada, no hábitos tóxicos…)

• Proporcionar técnicas de autoayuda que faciliten el afrontamiento de diversas situaciones.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA [2]

- Aplicar técnicas de respiración controlada para disminuir los sofocos y el nerviosismo.

- Ofrecer talleres de educación sanitaria, para que la mujer afronte esta etapa y aumente su calidad de vida y su salud.

- Facilitar información sobre las posibilidades de ocio y formación, fomentando las interacciones sociales y la ocupación del tiempo libre.

- Vigilancia de los parámetros clínicos (como la presión arterial y peso).

- Vigilancia periódica de los indicadores bioquímicos.

- Apoyo psicológico para reforzar la autoestima.

TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS

• En los casos leves generalmente no se precisa tratamiento farmacológico, Sino que se recomienda modificar el estilo de vida (adecuar vestido, regular temperatura ambiente, evitar factores desencadenantes de los sofocos, pérdida de peso, ejercicio, dejar de fumar…

Tratamiento farmacológico [4, 5, 7, 8, 9]:

- Tratamiento hormonal: estrógenos, gestágenos, tibolona.
- Tratamiento no hormonal: los antidepresivos y el hipotensor clonidina se han probado en pocos pacientes, no hay evidencia científica de que tengan efecto beneficioso.
- Tratamiento alternativo a la T.Hormonal: Fitoestrógenos.
- Tratamiento con SERM: son moduladores selectivos de los receptores estrogénicos. Son similares a los estrógenos y funcionan como agonistas o antagonistas según el tejido.

TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS

Tratamientos alternativos [8]:

• El Black cohosh y el sauzgatillo podrían ser una alternativa de segunda línea en el tratamiento de los síntomas vasomotores.
• Se han realizado múltiples estudios que analizan el uso de la homeopatía o de la vitamina E , pero no se han obtenido resultados concluyentes al respecto, por lo que no se recomienda su uso.
• Hierbas medicinales: Como el Aceite de onagra, Ginseg, Dong Quai, hierbas medicinales chinas…Tampoco se recomiendan.
•No existen datos sobre la eficacia de la raíz de regaliz, la salvia, la zarzaparrilla, la flor de la pasión, el ginkgo biloba y la raíz de valeriana.
•Las mujeres deben ser informadas sobre la escasa efectividad de los tratamientos alternativos y de la ausencia de datos de los efectos adversos.

TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS

Cambios en el estilo de vida [6] :

- Dietoterapia:
    a) Disminuir el consumo de grasas saturadas.
    b) Evitar el consumo de azúcares refinados.
    c) Aumentar la ingesta de fibra y agua.
    d) Consumir una adecuada cantidad de calcio y vitamina D.

- Control del peso e índice de masa corporal (IMC).
- Hacer ejercicio aérobico, por lo menos 30 minutos, 3 veces a la semana.
- Evitar el alcohol y las bebidas que contengan cafeína.
- No fumar.

TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS

Técnicas terapéuticas: [7, 8]

• La técnica de la respiración rítmica es moderadamente eficaz y podría ser un tratamiento complementario para los síntomas vasomotores.

• La acupuntura y la magnetoterapia no se recomiendan en el tratamiento de los síntomas vasomotores (resultados poco concluyentes en los estudios realizados)

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Garduño MD, Olivos Rubio M, Gómez Torres D, Cruz Bello P. Intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio. Enferm. Univ. 2016 Septiembre; 13(3): 142-150. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revistaenfermeria-universitaria-400-linkresolver-intervencion-educativa-enfermeria-fomentar-eIS1665706316300021

2. Lara Ojeda RM. Atención de enfermería en la menopausia. Propuesta de intervenciones enfermeras para mejorar el afrontamiento de esta etapa del ciclo vital. Rev. Paraninfo Digital. 2013; 19.Disponible en: http://studylib.es/doc/7411747/reuniones-cientificas-de-la-fundacion-index

BIBLIOGRAFÍA

3. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). [Online].; 2017 [actualizado 19 junio 2018]. Disponible en: http://www.aeem.es/paralamujer/6.html.

4. Fisterra, Atención Primaria en la red. Menopausia y terapia hormonal. [Online].; /Última revisión 29/8/2017 [citado junio 2018. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/menopausia-terapia-hormonal/

5. Pérez LE, Rojas I. Menopausia: Panorama actual de manejo. Revista Med. 2011 Junio; 19(1).56-65. Disponible en: **http://www.redalyc.org/pdf/910/91022534006.pdf**

BIBLIOGRAFÍA

6. Torres Jiménez AP, Torres Rincón JM, Climaterio y menopausia. Rev. de la Facultad de Medicina de la UNAM Vol. 61, (2),51-58. Marzo-Abril 2018. Disponible en : http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un182j.pdf

7. Vega Velasco, S. González Hernando, C (dir.).Cuidados y abordaje de enfermería en el climaterio [TFG] [Valladolid]: Universidad de Valladolid; 2017.
Disponible en:
https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/24735/1/TFG-H977.pdf

BIBLIOGRAFÍA

8. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004. Disponible en : http://www.infodoctor.org/rafabravo/guiamenopausia.pdf

9. López García-Franco A , Arribas Mir L , Bailón Muñoz E , Baeyens Fernández J, del Cura González I , Iglesias Piñeiro M et al. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria. 2016 Junio; 48(1): 105-126. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27- articulo-actividades-preventivas-mujer-S0212656716301913

TEMA 75. ÚLCERAS VENOSAS EN EXTREMIDADES INFERIORES

RAQUEL GAITANO ESCRIBANO
BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN
MARTA ESPINOSA ATANCE

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. DEFINICIÓN
3. ETIOLOGÍA
4. FRECUENCIA
5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS
6. DIAGNÓSTICO
7. TRATAMIENTO
8. CONCLUSIÓN
9. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Las úlceras de origen venoso constituyen una patología frecuente en los miembros inferiores, por lo que representan un problema importante de salud.

Su etiología está relacionada con la hipertensión venosa retrógrada, produciendo alteraciones en la microcirculación, que termina ocasionando lesiones tróficas en piel y tejido subcutáneo. Todo ello deriva en un deterioro de la calidad de vida de la persona, así como un aumento del consumo de recursos sanitarios.

2. DEFINICIÓN

La úlcera venosa es una lesión que se caracteriza por la pérdida de integridad tisular, sobretodo en miembros inferiores, generalmente en la línea media distal de la pierna, entre la rodilla y el tobillo.

Se relaciona con la insuficiencia en el sistema venoso, originando lesiones de tipo crónico, por lo que se intuye el grave problema que representan, así como el gran impacto en la vida de las personas que la padecen [1].

3. ETIOLOGÍA

Las úlceras venosas se originan a causa de una insuficiencia en el sistema venoso. Esta deficiencia podría ser debida al aumento de la presión dentro de las venas de los miembros inferiores o a trombosis venosa. Todo ello podría ser debido a un mal funcionamiento de las válvulas venosas [2].

La función de las válvulas venosas consiste en impedir que la sangre que retorna hacia el corazón fluya hacia abajo.

Las válvulas sanas impiden que la sangre se estanque en la periferia [2].

Por todo lo anteriormente dicho, un mal funcionamiento de las válvulas provocaría la acumulación de sangre en los tobillos, aumentando la presión venosa distal. Como resultado, podría originar una hinchazón de las extremidades inferiores, edema, fragilidad de los capilares y, por consiguiente, aumento del riesgo de aparición de úlceras.

4. FRECUENCIA

La úlcera venosa es la más frecuente entre las úlceras. Representa entre un 80 y 90% de las úlceras encontradas en extremidades inferiores [1, 3].

La insuficiencia venosa crónica es la causa más común de úlceras en piernas, debido a la incompetencia valvular, ya sea superficial o profunda. Se estima que un 75% de estas lesiones se deben a esta causa [1].

En general, la prevalencia de úlcera venosa en extremidades inferiores gira en torno al 1-2% de la población adulta. Sin embargo estas cifras descienden hasta el 0,1% si se refiere a úlceras abiertas en el momento de la encuesta [3].

Su prevalencia aumenta con la edad, y afecta con mayor frecuencia a las mujeres. Además, en el 26% coexiste con insuficiencia arterial [4].

5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El cuadro clínico característico suele afectar con mayor frecuencia a la cara interna de la pierna, en la región maleolar medial, de manera unilateral.

En cuanto a las signos tempranos relacionados con la hipertensión venosa encontramos las venas varicosas superficiales, la hiperpigmentación, la dermatitis y el eritema [3].

En una primera fase de evolución, se distingue edema unilateral, indoloro con sensación de pesantez.

A continuación aparece la dermatitis e hiperpigmentación de color marrón o negro.

Por último, a consecuencia de la mala circulación en la zona, se produce la ulceración. La contusión o el trauma representan dos mecanismo que frecuentemente desencadenan la aparición de úlceras [3].

La úlcera venosa suele aparecer con un contorno irregular, de profundidad variable, aunque suelen ser más superficiales que las de origen arterial [3].

Habitualmente aparece dolor, quemazón y pesantez, sirviendo de alivio la elevación del miembro afectado.

Estas lesiones podrían aparecer cubiertas por tejido necrótico, amarillento y /o tejido de granulación [3].

6. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico puede realizarse en base a características morfológicas de la lesión, así como de sus manifestaciones clínicas.

El diagnóstico diferencial se hace entre úlceras venosas y arteriales, evaluando el riego sanguíneo, la isquemia, sensibilidad...

La venosa suele aparecer en el tercio inferior de la pierna, mientras que la arterial lo suele hacer en dedos, talón o pie. Además, úlcera arterial afecta a planos más profundos, afectando incluso a músculos y huesos, y presenta un contorno bien definido. En cambio, la úlcera venosa aparece con bordes irregulares, en un plano más superficial.

Otra diferencia que encontramos es la piel perilesional, ya que en la lesión arterial la observaremos brillante y/o fría al tacto y con la lesión venosa la piel estará caliente y con manchas varicosas.

Por último, otra gran diferencia sería la presencia de pulso en el miembro con úlcera venosa, y la ausencia del mismo en la arterial [1].

La mejor manera de diferenciarlas es por medio de la ultrasonografía doppler, que compara la presión sanguínea de la extremidad inferior con la superior.

7. TRATAMIENTO

7.1. LIMPIEZA

La primera etapa del tratamiento de las úlceras comienza con la limpieza de la misma. Para ello se debe utilizar una solución que permita eliminar el tejido necrótico, respetando el tejido de granulación.

Diversos autores [4, 5, 6] recomiendan la utilización de suero salino isotónico para la irrigación de la lesión, puesto que tiene el mismo pH que el plasma sanguíneo y no constituye un impedimento para la cicatrización.

Según exponen en sus trabajos [4, 5, 6], los autores coinciden en que la solución salina sería la más indicada para la limpieza de la herida, irrigando con una presión suficiente como para eliminar detritus del lecho de la lesión, sin dañar el tejido de granulación.

Otro factor que influye en la cicatrización de la lesión es la temperatura de la solución salina, que se recomienda sea de unos 37ºC, con lo que se estimula la mitosis durante la granulación y epitelización [7].

7.2. DESBRIDAMIENTO

Resulta frecuente que en este tipo de lesiones aparezca tejido necrótico y desvitalizado. Dado que la mejoría de la lesión se ve influenciada por la presencia de este material, se hace imprescindible su desbridamiento hasta la exposición del tejido sano [1].

La necrosis es debida a la muerte de las células, relacionada con la pérdida de integridad de las membranas celulares, ocasionando una respuesta inflamatoria.

Esta situación podría ser debida a una hipoxia severa, infección, exposición a toxinas y/o agentes químicos [8].

Los métodos que disponemos para la desbridación son [1]:

a) Autolítico. Con él se produce la autodestrucción natural del tejido necrótico, llevado a cabo por las enzimas. Es un método selectivo, ya que no daña el tejido sano, pero es lento en comparación con otros métodos. Como ventaja, el autolítico es un método indoloro y no invasivo.

b) Químico. Con éste se obtiene una rápida eliminación del tejido necrótico, con el inconveniente de que no es selectivo, por lo que podría resultar dañado el tejido de granulación.

c) Mecánico. De esta forma se consigue una rápida eliminación del tejido desvitalizado, mediante la fricción o el corte. Como inconveniente encontramos que resulta doloroso y requiere pericia y habilidad del profesional para realizar la técnica.

7.3. MANTENIMIENTO DE AMBIENTE HÚMEDO

Para una evolución favorable de la lesión resulta necesario mantener un ambiente húmedo, ya que con ello se favorece la granulación y epitelización de la lesión. Este tipo de cura permite que el exudado se mantenga en contacto con la superficie de la herida y ayude a su cicatrización. Además, los apósitos utilizados, no se adhieren a la herida, evitando de esta manera producir más daño en la retirada del mismo.

7.4. TERAPIA COMPRESIVA

El fundamento de la compresión de la úlcera venosa se basa en en el tratamiento de la hipertensión venosa. Con ello, se mejora el retorno venoso, disminuyendo el edema y la sintomatología [10].

Resulta especialmente beneficioso el uso del vendaje multicapa en el tratamiento de estas lesiones, ya que ha demostrado una reducción de las mismas [11].

Con el tratamiento compresivo de la extremidad afectada se consigue controlar la hipertensión venosa. Con ello, se mejora la circulación sanguínea y aumenta la probabilidad de proliferación y emigración de células epidérmicas.

En un estudio [12] realizado sobre la evidencia disponible desde 1985, se concluye que la terapia de compresión en las úlceras venosas mejora las tasas de curación. Además destaca la eficacia del vendaje multicapa frente a otros, y que la compresión más adecuada es la “fuerte o alta”, entendida como superior a 25 mmHg.

8. CONCLUSIÓN

Las úlceras venosas son un proceso frecuente entre la población, que supone una disminución en la calidad de vida de las personas que la padecen, además de elevados costes económicos sanitarios.

Existen diferentes tratamientos para dar solución a las lesiones venosas, que deben elegirse de manera individualizada, basándose en la evidencia actual disponible.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Guimarães Barbosa J.A., Nogueira Campos L.M.. Directrices para el tratamiento de úlcera venosa. Enferm. glob. 2010; (20).
2. Wittens, C., Davies, A. H., Bækgaard, N., Broholm, R., Cavezzi, A., Chastanet, S., … Rosales, A. Management of Chronic Venous Disease. Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery- 2015; 49(6), 678–737.

3. Tavizón OE, Alonzo-Romero L. Algunos aspectos clínicopatológicos de la úlcera de pierna. Dermatología Rev Mex. 2009; 53: 80-91.
4. Borges EL. Tratamento tópico de úlceras venosas: proposta de uma diretriz baseada em evidências. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Tese de doutorado. Ribeirão Preto. 2005; 305.
5. Yamada BFA. Úlceras Venosas. In: Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem Multiprofissional do tratamento de Feridas. São Paulo:Atheneu. 2003; 247-59.

6. Oliveira AC, Martinho GH, Nunes AA. Feridas e Curativos. In: Martins AP. Manual de Infecção Hospitalar. Epidemiologia, Prevenção, Controle. 2ª ed. CCIH-Hospital das Clínicas-UFMG. Belo Horizonte: MDSI. 2001; 325-35.
7. Blanes, Leila. Tratamento de feridas. Baptista-Silva JCC, editor. Cirurgia vascular: guiailustrado. São Paulo. 2004.
8. Sánchez Socarrás Violeida. Mecanismos reguladores de la muerte celular no necrótica. Rev Cubana Invest Bioméd. 2001; 20(4): 266-274.

9. Rius Tarruella Joan, López Bertrán Ramón. Evaluación in vitro de las propiedades de seis apósitos para la cura en ambiente húmedo de heridas exudativas. Gerokomos. 2008; 19(1): 30-40.
10. Serra N., Palomar F., Fornes B., Capillas R., Berenguer M., Aranda J. et al . Efectividad del tratamiento de las úlceras venosas con vendaje compresivo multicapa asociado a protección de la piel perilesional con Cavilon® (película barrera no irritante). Gerokomos. 2010; 21(3): 124-130.

11. Cullum N, Nelson EA, Fletcher AW, Sheldon TA. Compression bandages and stockings for venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD000265.
12. Marinel.lo J. Úlceras de la extremidad inferior. Concepto, clasificación y epidemiología de la úlcera de extremidad inferior. Barcelona: Glosa, 2005; 25-44.

TEMA 76. EDUCACIÓN SANITARIA PARA PADRES PRIMERIZOS

MIRIAM ASENJO GARCÍA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- CONTENIDO EDUCACTIVO
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Con la llegada del recién nacido a casa, puede ocurrir que los padres se sientan abrumados por el cambio que supone la presencia de un nuevo miembro en la familia.

La educación maternal que, se inicia desde el primer contacto con la embarazada, se centra más en aspectos del cuidado durante el embarazo y parto que en los cuidados del niño.

La fiebre, la tos, las infecciones respiratorias, los accidentes y los problemas intestinales son, por este orden, las cinco causas más frecuentes de consulta.

OBJETIVOS

Identificar nivel de conocimientos de los padres.

Instruir a los padres acerca del cuidado del niño y de los posibles síntomas de normalidad- anormalidad que requieran asistencia médica.

Enseñar recomendaciones para cada caso.

CONTENIDO EDUCATIVO

1. Principales características de síndromes febriles y su manejo.
2. Cuidados en los problemas respiratorios.
3. Actuación ante un accidente (traumatismo, ingestión tóxicos)
4. Cuidados en problemas gastrointestinales

SINDROMES FEBRILES

Se habla de fiebre en el niño cuando la temperatura rectal es igual o superior a 38 °C.

Los procesos febriles frecuentemente se acompañan de otros síntomas, como cefalea, anorexia, malestar general, fatiga y dolores musculares.

La mayoría de los casos sólo es un síntoma de un proceso benigno.

Hay que tratar los niños febriles sólo cuando la fiebre se acompaña de malestar general o dolor.

- El ibuprofeno y el paracetamol tienen la misma eficacia para tratar el dolor y su dosificación debe realizarse en función del peso del niño y no de la edad. La combinación o alternancia de ibuprofeno y paracetamol no es aconsejable.
- El uso de paños húmedos, friegas de alcohol, está desaconsejado.
- Los baños con agua templada disminuyen poco la fiebre. Puede usarse para ayudar a los antitérmicos.
- No abrigar ni desnudar demasiado.
- Debe estar bien hidratado. Hay que ofrecer frecuentemente líquidos y procurar que éstos tengan hidratos de carbono (zumos de frutas, batidos, papillas, etc.).

- ❖No es aconsejable el uso de paracetamol o ibuprofeno tras la vacunación para prevenir las reacciones febriles o locales.
- ❖Ni la cantidad de fiebre ni el descenso de ésta tras administrar ibuprofeno o paracetamol sirven para orientar sobre la gravedad de la infección.

Importante vigilar signos de empeoramiento clínico y consultar al médico si:

• Manchitas en la piel, de color rojo oscuro o morado, que no desaparecen al

• estirar la piel de alrededor.

• Decaimiento, irritabilidad o llanto excesivo y difícil de calmar.

- Rigidez de cuello.
- Convulsión o pérdida de conocimiento.
- Dificultad para respirar (marca las costillas y hunde el esternón, se oyen como
- silbidos cuando respira, respiración muy rápida, agitada, etc.).
- Vómitos y/o diarrea persistentes o muy abundantes que causen deshidratación
- (lengua seca, ausencia de saliva, ojos hundidos, etc.).
- Si no orina o la orina es escasa
- Siempre requiere consulta urgente la fiebre en un niño menor de 3 meses.

PROBLEMAS RESPIRATORIOS

La tos es un mecanismo de defensa del organismo, valorar junto a la presencia de otros síntomas de enfermedad respiratoria.

- ❖No fumar, el niño debe respirar aire libre de humos.
- ❖La hidratación es muy importante. Los mocos y las flemas cuanto más líquidas sean más fácilmente serán eliminadas por la tos.
- ❖Usar humidificadores, eso sí, si no hay alérgicos en la casa, ya que el aumento de la humedad favorecerá el crecimiento de los ácaros del polvo doméstico y habrá más problemas de alergias.

❖Adiestrar a los padres como realizar lavados nasales con suero fisiológico, que ayudarán a eliminar los mocos de la nariz, tantas veces como sea necesario. No usar aspiradores nasales.

Consultar al médico:

- Respiración más rápida o agitada de lo habitual.
- Cuando para respirar marca mucho las costillas, se hunde el esternón o mueve las alas de la nariz para coger aire.
- Ruido intenso al meter el aire (estridor).
- Respiración en la que se oyen silbidos o pitidos al echar el aire.

- Cuando los labios y la lengua adquieran un color azulado u oscuro.
- Fiebre alta, sobre todo en bebés de pocos meses.
- Cuando la tos se asocie a irritabilidad, decaimiento o supuración de oídos.
- Si la tos y mocos duran más de 10-15 días.

ACCIDENTES

Los más habituales son traumatismos.

Ante un traumatismo cráneo encefálico (TCE) mantener la calma.

Observación domiciliaria 24 horas:

- Manténgalo en un ambiente tranquilo bajo la supervisión de un adulto.
- Si el niño tiene sueño puede dejarle dormir, pero despertándole cada cuatro horas, aproximadamente, para observar sus reacciones. Debe mantener un comportamiento adecuado.

- Si presenta dolor de cabeza puede tomar paracetamol o ibuprofeno a dosis habituales.
- Transcurridas dos horas sin vómitos ofrézcale una dieta blanda.
- A las 24 horas del traumatismo, se puede reiniciar el ritmo normal de vida.

Acudir a urgencias si:

- El niño es muy pequeño, menos de 3-6 meses.
- La caída es superior a 1 metro de altura.
- Herida abierta que precisa puntos de sutura.
- Pérdida de conocimiento aunque sea por pocos minutos.

- Tiene vómitos repetidos, dolor de cabeza intenso o progresivo.
- Está confuso, somnoliento, irritable o cuesta mucho despertarle.
- Si el niño comienza con movimientos anormales, debilidad u hormigueo de extremidades, tiene dificultad para caminar, habla o ve mal o tiene las pupilas de diferente tamaño.
- Salida de líquido claro o sangre por la nariz o los oídos.

La ingesta accidental de medicamentos o productos de limpieza es otro accidente frecuente.

No administrar ningún remedio por cuenta propia, llamar al centro toxicológico y seguir sus recomendaciones.

Si acude al médico llevar el envase del producto ingerido.

PROBLEMAS GASTROINTESTINALES

VÓMITOS

Es uno de los síntomas más frecuentes, controlar el número y duración.

Es normal que los niños menores de 6 meses expulsen pequeñas cantidades de leche después de comer, regurgitación.

- Evitar la deshidratación ofreciéndole líquidos azucarados (zumos, agua) en cantidades pequeñas, aproximadamente, una cucharada cada 5 minutos.
- Si se acompaña de diarrea es preferible utilizar soluciones de rehidratación de venta en farmacias. No use soluciones caseras (limonada alcalina), ni refrescos comerciales.

❖Observar la aceptación por parte del niño. Si los líquidos son bien tolerados puede aumentar la frecuencia paulatinamente.

❖Cuando tome bien los líquidos ofrézcale comida, nunca forzándole, en pequeñas cantidades. Dieta blanda.

Consultar al médico cuando:

- Menor de 3 meses y ha vomitado dos o más tomas.
- Vomita mucho, no tolera sólidos, ni líquidos o vomita, aunque no tome nada.
- Los vómitos son verdosos, contienen sangre o parecen posos de café.
- Si está adormilado, decaído, tiene mucha sed, los ojos hundidos, llora sin lágrimas u orina poco.
- Cursa con mucho dolor abdominal o de cabeza.

DIARREA

Heces acuosas y blandas tres o más veces en un día. La diarrea aguda dura un corto tiempo y es un problema común. Por lo general, dura uno o dos días, pero puede durar más tiempo. Luego desaparece sola.

Los bebés hacen deposición casi después de cada toma. Siendo más blandas si toman lactancia natural.

- Evitar la deshidratación.
- No es necesario ningún tiempo de ayuno. Desde el principio ofrecer comida, sin forzar. En general, los niños, tienen poco apetito.

- Con lactancia materna debe continuar con ella aumentando el número de tomas.
- Los biberones de leche hay que hacerlos con el número de cacitos habitual, sin diluirlos más.
- La dieta astringente no es imprescindible, es suficiente una alimentación suave, apetecible para el niño. Los alimentos que se suelen tolerar mejor son: cereales (arroz, trigo), patata, pan, carne magra, verdura, pescado, yogur y fruta. Evite comidas flatulentas, con mucha grasa o azúcar.
- No administrar medicamentos sin consultar al médico.

Acudir a urgencias si:

• Las deposiciones son muy líquidas, abundantes y frecuentes de tal manera que, el niño no es capaz de beber al mismo ritmo que pierde.

ESTREÑIMIENTO

Deposiciones muy duras o no defeca con asiduidad, más de 3 días sin expulsar heces.

No es imprescindible que el niño defeque todos los días.

La dieta inadecuada (demasiados huevos, carne, leche, bollos, dulces comerciales) y los hábitos incorrectos (aguantarse las ganas de defecar repetidamente, no intentar defecar todos los días) constituyen la causa principal del estreñimiento infantil.

- El niño debe sentarse en el retrete para intentar defecar todos los días a la misma hora, mejor después de alguna de las comidas.
- Debe permanecer sentado 5-10 minutos. Puede entretenerse con algún libro o juego.
- Hay que enseñarle que no debe aguantarse las ganas de ir al baño cuando sienta el deseo.
- Aumentar la ingestión de líquido (agua, zumos) y fibra (cereales con fibra, pan con fibra, frutas y verduras).
- En el caso de bebés puede ayudar la estimulación anal (con un pequeño bastoncillo de algodón mojado en aceite, se introduce un poco y se hace movimiento rotatorio).
- No debe administrar a su hijo laxantes, ni enemas, sin consultar con su pediatra.

Acudir a urgencias si:

- Dolor abdominal importante.
- Si aparece sangre en las heces.
- El niño vomita muchas veces, no tolera sólidos, ni líquidos.
- Si está muy decaído y se queja mucho.

CONCLUSIÓN

La llegada al hogar de un niño es una situación nueva, que en ocasiones genera en los padres primerizos ansiedad y dudas.

Una adecuada educación sanitaria generaría mayor seguridad en los padres, reduciendo así, las consultas de este tipo.

BIBLIOGRAFÍA

A Pérez Polo, A Bartolomé Ferrero. Actitud y conocimiento de los padres sobre la fiebre. Revista pediátrica atención primaria. vol.18 no.72 Madrid oct./dic. 2016. ISSN 1139-7632

R Piñeiro Pérez, C Muñoz Archidona, M de la Parte Cancho. Hiperfrecuentadores en Urgencias Pediátricas: ¿es toda la culpa de los padres? Revista pediátrica atención primaria. vol.19 no.74 Madrid abr./jun. 2017. ISSN 1139-7632

Las cinco causas de consulta más frecuentes en Urgencias Infantiles. Guía de salud infantil. 10-12-2015. Disponible en: www.levante-emv.com/especiales/guia-salud-infantil/2015/12/cinco-causas-consulta-frecuentes-urgencias-infantiles-n893_12_25289.html

Decálogo de la fiebre. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Última consulta el 28 de junio de 2018. Disponible en: http://www.aepap.org/biblioteca/ayuda-en-la-consulta/decalogo-de-la-fiebre

Hojas informativas para padres. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Última consulta 28 de junio de 2018. Disponible en: https://seup.org/publicaciones/publicacionesgt/hojaspadres.html

TEMA 77. ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD DEL PÁRKINSON Y SU CALIDAD DE VIDA

NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

RAQUEL LÓPEZ TURPIN

NIEVES ASENCIO LÓPEZ

MARIA EULALIA VERA NIETO

INTRODUCCIÓN

La enfermedad del Parkinson (EP) , se define como un síndrome extrapiramidal que afecta a los ganglios basales. Es una patología neurodegenerativa donde sus manifestaciones abarcan, problemas motores (rigidez muscular, marcha festinante) y otras consecuencias de carácter cognitivo y psicológico. Actualmente no hay cura. El tratamiento abarca fármacos (levodopa) y procedimientos quirúrgicos

PALABRAS CLAVE

PÁRKINSON, LEVODOPA, ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA, MARCHA FESTINANTE

OBJETIVOS

Identificar los principales síntomas de la enfermedad del Párkinson.

METODOLOGÍA

Verificación bibliográfica de escritos científicos publicados en los últimos cinco años. Bases de datos utilizadas: Cinalh, Scielo y Mediline. Se registró la búsqueda a artículos disponibles en castellano, inglés y portugués a texto completo. Léxicos utilizados: tratamiento, etiología, párkinson, enfermedad neurodegenerativa. Tras la búsqueda realizada y posterior selección se escogieron 8 artículos.

RESULTADOS:

Los trastornos de movimiento abarcan un amplio espectro de alteraciones motoras: falta de movimiento, movimientos inapropiados, incoordinación… El Párkinson es la enfermedad neurodegenerativa más frecuente en la población después del Alzehimer, no siendo causa directa de muerte, aunque sí contribuyente. El índice de mortalidad aumenta en pacientes con demencias asociadas y cuando debuta en edad avanzada. Cuatro son los principales síntomas de la enfermedad : temblor, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural. El proceso evolutivo de síntomas suma de manera gradual (media estimada 5 -15 años.)

CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN

Como sucede en todas las patologías degenerativas, lo que debe intentar el personal sanitario es que prevalezca el entusiasmo para conseguir que el paciente sea una persona funcional, lo más autónoma posible, ya que ella se da cuenta perfectamente de lo que su cuerpo está experimentando, por lo que tenemos que conseguir con las actividades médicas, fisioterapéuticas y de terapia ocupacional que el paciente se encuentre lo mejor posible.

BIBLIOGRAFÍA

Burgos R., Sarto B., Segurola H., Romagosa A., Puiggrós C., Vázquez C. et al . Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. Nutr. Hosp. [Internet]. 2012 Dic [citado 2018 Jun 29] ; 27(6): 2048-2054. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000600034&lng=es. http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6100.

BIBLIOGRAFÍA

Juri C Carlos, Chaná C Pedro. Levodopa en la enfermedad de Parkinson: ¿Qué hemos aprendido?. Rev. méd. Chile [Internet]. 2006 Jul [citado 2018 Jun 29] ; 134(7): 893-901. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000700014&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000700014

TEMA 78. MANEJO DEL TRASTORNO DE INSOMNIO EN EL PACIENTE ANCIANO

PEDRO PADILLA ROMERO

MARÍA TERESA LÓPEZ ARTEAGA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CASO CLÍNICO
- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del sueño figuran entre los de mayor prevalencia de la patología humana, afectando aproximadamente a un 20% de la población adulta. Las mujeres son más propensas a padecerlos y su aparición aumenta con la edad de los sujetos. Sus manifestaciones clínicas repercuten ampliamente en la vida del sujeto que los sufre, pueden ser causa de un deterioro de sus relaciones sociales y evolucionar hasta producir complicaciones somáticas y/o un trastorno mental secundario. El insomnio es el trastorno de sueño más frecuente en la población general.

El DSM define el insomnio como la dificultad para iniciar o mantener el sueño o la sensación de no haber descansado suficiente después de un periodo de sueño que aparentemente resulta adecuado en cantidad (sueño no reparador).

Se habla de insomnio primario cuando no está relacionado con otro trastorno mental ni con una etiología orgánica conocida. Puede aparecer asociado a síntomas de ansiedad o depresión que no cumplen criterios para un trastorno mental específico, la alteración crónica del sueño puede ser un factor de riesgo (o quizás, un síntoma temprano) para padecer un trastorno de ansiedad o un trastorno afectivo.

En la polisomnografía puede encontrarse una mayor latencia del sueño, un aumento de la actividad alfa (más propia de la vigilia), un aumento del tiempo total de la fase 1 y una disminución de la duración de las fases 3 y 4. También se relaciona con mayor incidencia de problemas fisiológicos que se relacionan con el estrés, como por ejemplo, cefaleas tensionales y problemas gástricos y también alteraciones de la memoria y de la concentración.

El insomnio primario es más frecuente en mujeres y su prevalencia aumenta con la edad. En los sujetos ancianos es más típico encontrarse la dificultad para mantener el sueño, con el consiguiente despertar temprano. Suele comenzar en el adulto joven o en la mediana edad y es muy raro en niños y adolescentes.

Se diferencia entre insomnio de conciliación, de mantenimiento o despertar precoz. Según su duración: transitorio o de pocos días de evolución, de corta duración o menor a tres semanas y crónico de mayor tiempo de evolución.

El curso del insomnio primario es variable. Las principales complicaciones relacionadas son: derivadas del tratamiento con sedantes o hipnóticos (prescritos o autoadministrados), de la toma de alcohol para inducir el sueño o del consumo de estimulantes para potenciar el estado de alerta. El manejo terapéutico es principalmente psicológico, siendo los hipnóticos una terapia coadyuvante.

Trataremos el caso de un paciente anciano con trastorno de insomnio refractario a tratamiento no farmacológico y que presenta intolerancia a las benzodiacepinas.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 65 años. Casado, padre de dos hijos.

Antecedentes

Somáticos: HTA, HBP

Salud Mental

-No referidos.

-Familiar de 1º grado con TAG

-Tratamiento: niega toma actual de psicofármacos.

Enfermedad actual: El paciente refiere que desde hace aproximadamente 2 meses tiene dificultades para dormir, comentando que le cuesta mantener el sueño durante la noche. El MAP le pautó tratamiento con lorazepam 1mg en noche hace 1 mes, pero el paciente dejó de tomarlo porque le sentaba mal refiriendo que tras tomarlo pasaba las noches más inquieto y ansioso, siendo diagnosticado de Reacción paradójica a benzodiacepinas.

El paciente es valorado en CEX de Salud Mental, donde se completa el estudio:

-solicitan analítica con perfil tiroideo, vitaminas y ácido fólico: sin alteraciones significativas

-se estudia el tratamiento orgánico del paciente: únicamente toma antihipertensivo y omeprazol, descartándose insomnio en relación a tratamiento médico.

El paciente afirma que es una persona activa física y mentalmente, refiriendo que lleva a cabo las medidas de higiene del sueño pautadas por su MAP: dice que no duerme siesta, que hace ejercicio físico moderado saliendo a andar 40 minutos por las tardes y que no come mucho en la cena. No refiere ánimo bajo, aunque debido al insomnio refieren tanto el cómo su esposa que durante las mañanas se encuentra irritable.

Exploración psicopatológica: Consciente, orientado. No alteraciones mnésicas. Bradipsíquico, sin alteración del contenido del pensamiento. No clínica psicótica. No alteración mayor del estado de ánimo. No ansiedad. No ideación autolítica. Insomnio de conciliación y mantenimiento.

Juicio clínico: Trastorno de insomnio (307.42, según DSM-5)

Tratamiento:

-Medidas de higiene del sueño

-Melatonina de liberación prolongada 2mg en noche

El paciente es reevaluado al mes, comentando que había tolerado el nuevo tratamiento y refiriendo mejoría en el insomnio de conciliación y de mantenimiento, comentando también que ya no se encontraba irritable por las mañanas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La prevalencia de los trastornos del sueño aumenta de forma lineal con la edad, siendo más frecuente en sujetos con problemas médicos o psicológicos y en aquellas personas que se automedican. El insomnio en el anciano es el más frecuente de los trastornos del sueño y a menudo coexiste con comorbilidades médica, neurológica o psiquiátrica. Una posible alternativa al tratamiento con benzodiacepinas, o antidepresivos y antipsicóticos sedativos (los cuales solo estarían justificados cuando existe patología concomitante) es la melatonina de liberación prolongada, que imita el patrón de secreción fisiológico de la melatonina y que está indicada en pacientes mayores de 55 años. Este fármaco ha demostrado una buena relación beneficio/riesgo, además presenta buena tolerabilidad sin provocar dependencia ni fenómenos de abstinencia o insomnio de rebote, lo que ha hecho que se considere en varias guías clínicas como un agente de primera línea en los pacientes mayores de 55 años con trastorno de insomnio.

BIBLIOGRAFÍA

•Álamo González C., Alonso Álvarez ML., Cañellas Dols F., Martín Águeda B., Pérez Díaz H., Romero Santo-Tomás O., Joaquín Terán Santos J. Pautas de actuación y seguimiento: Insomnio. Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C); 2015.

•José Miguel Baena Díez, Sebastià Riu Subirana, Jordi Monedero Boado, Grup d'Atenció a la Gent Gran, Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Tratamiento del insomnio en el anciano. FMC. 2006; 13 (6): 317-324.

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-1.

- Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. J Clin Sleep Med 2008; 4:487.

TEMA 79. CRIBADO METABÓLICO EN EL RECIÉN NACIDO

RAQUEL LÓPEZ TURPÍN

NIEVES ASENCIO LÓPEZ

NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

Mª EULALIA VERA NIETO

INTRODUCCIÓN:

El cribado metabólico es una muestra de sangre que se recoge al recién nacido y dependiendo de la Comunidad Autónoma donde nace, a veces acompañado de orina, cuyo objetivo es la detección de algunas enfermedades endocrino-metabólicas, que de no ser detectadas precozmente pueden producir problemas físicos o intelectuales.

OBJETIVO:

Explicar cómo se realiza la recogida de muestras del cribado metabólico en el recién nacido de forma correcta, evitando los errores que se pueden derivar de una mala praxis enfermera y explicando cómo hacer la técnica de la manera más confortable para el bebé.

METODOLOGÍA Y PALABRAS CLAVE

METODOLOGÍA:

Búsqueda bibliográfica en varias bases de datos: CINAHL , PUBMED y MEDES.

PALABRAS CLAVE EMPLEADAS:

Sangre, orina, mano, neonato, venas.

RESULTADOS:

Se realiza entre las 48-72h de vida, normalmente antes del alta hospitalaria. La extracción la realiza enfermería, mientras el neonato lacta o se le da sacarosa como medidas analgésicas. La punción se hará preferentemente en las venas del dorso de la mano, con aguja intravenosa 21G. Si no se consigue punción venosa se punciona con lanceta en cara posterolateral del talón. Previamente desinfectar la zona con alcohol (70º) o clorhexidina (2%) dejando secar unos minutos. Las gotas formadas tocan el papel solo por una cara impregnando bien hasta traspasar a la otra cara. En la mano las gotas salen prácticamente solas a través del émbolo de la aguja. Dejar secar al aire evitando fuentes de calor. La orina se recoge colocando una gasa estéril en el pañal y tras orinar impregnando el papel absorbente con la gasa.

CONCLUSIÓN:

A la hora de la realización de esta técnica es primordial evitar una situación de estrés al bebé y a sus padres. La enfermería tiene un papel muy importante en esta técnica, pues de su destreza y profesionalidad a la hora de la extracción de sangre y recogida de orina va a depender un correcto resultado en la detección precoz de metabolopatías en niños, evitando en la medida de lo posible el sufrimiento del neonato durante la extracción.

Dependiendo de cada CCAA las enfermedades a detectar son más o menos, con un mínimo de 7, las más importantes.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Galbe Sánchez-Ventura J.. Screen-viewing abuse impact on mental development. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 Sep [citado 2018 Jun 28] ; 11(43): 471-484. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000400009&lng=es.

2. Sanjurjo Crespo P. Conceptos de screening neonatal y diagnóstico metabólico urgente. En Urgencias Metabólicas en el Periodo Neonatal y del Lactante. Ergon 2004.

3. Vicente E., Casas L., Ardanaz E.. Origen de los programas de cribado neonatal y sus inicios en España. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Jun 28] ; 40(1): 131-140. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000100131&lng=es. http://dx.doi.org/10.23938/assn.0012.

TEMA 80. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

CRISTIAN GARVÍN CAMPANARIO

LIDIA RAMÍREZ GALAFATE

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.

2. PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.
   2.1. EVALUACIÓN DE RIESGOS LABORALES.
   2.2. PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA.

3. EQUIPOS DE TRABAJO Y MEDIOS DE PROTECCIÓN.

4. INFORMACIÓN, CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES.

5. FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES.

6. **PROTECCIÓN DE LOS TRABAJADORES ESPECIALMENTE SENSIBLES A DETERMINADOS RIESGOS**
   - **5.1. PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD.**
   - **5.2. PROTECCIÓN DE LOS MENORES.**

7. **OBLIGACIONES DE LOS TRABAJADORES EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS.**

8. **BIBLIOGRAFÍA.**

1. INTRODUCCIÓN

Según el artículo 14 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Este derecho se materializa en los siguientes derechos derivados:

- Derecho de información, consulta y participación.
- Formación en materia preventiva.
- Paralización de la actividad en caso de riesgo grave e inminente, y vigilancia de la salud.

El empresario deberá adoptar las medidas que sean necesarias para la protección de la seguridad y salud de los trabajadores. Esto deberá desarrollarse mediante una acción permanente, sin que el coste de estas medidas recaiga sobre los trabajadores.

2. PLAN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

La prevención de riesgos laborales, deberá integrarse en el sistema general de gestión de la empresa, a través de la implantación y aplicación de un plan de prevención.

Dicho plan de prevención de riesgos laborales, incluirá l estructura organizativa, las responsabilidades, las funciones, prácticas, procedimientos, procesos y recursos necesarios para realizar la acción de prevención de riesgos en la empresa.

Los instrumentos esenciales para la gestión y aplicación del plan de prevención son los siguientes:

- Evaluación de riesgos laborales.
- Planificación de la actividad preventiva.

2.1. EVALUACIÓN DE RIESGOS LABORALES

El empresario ha de realizar una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores, teniendo en cuenta la naturaleza de la actividad, las características de los puestos de trabajo y los trabajadores que lo desempeñan. Igual deberá hacerse la elección de los equipos de trabajo, sustancias químicas y el acondicionamiento de los lugares de trabajo.

2.2. PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA

Si los resultados de la evaluación ponen de manifiesto situaciones de riesgo, el empresario debe realizar las actividades preventivas necesarias para eliminar o reducir y controlar esos riesgos.

Para cada actividad preventiva, se incluirá el plazo para llevarla a cabo, la designación de responsables y los recursos humanos y materiales necesarios para su ejecución. Se efectuará un seguimiento continuo para asegurarse de su efectiva ejecución.

3. EQUIPOS DE TRABAJO Y MEDIOS DE PROTECCIÓN

El empresario deberá adoptar las medidas necesarias para que los equipos de trabajo sean adecuados para el trabajo, garantizando la seguridad y salud de los trabajadores.

Deberá así proporcionar los equipos de protección individual adecuados para el desempeño de sus funciones a cada trabajador, velando por su uso efectivo.

4. INFORMACIÓN, CONSULTA Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES

INFORMACIÓN: el empresario debe llevar a cabo las medidas necesarias para que los trabajadores reciban información necesaria sobre:

- Los riesgos para la seguridad y la salud.
- Las medidas y actividades de protección y prevención aplicables.
- Las medidas a adoptar en situaciones de emergencia.

En las empresas que existan representantes de los trabajadores, la información se facilitará a través de ellos. Aun así, deberá informarse a cada trabajador sobre los riesgos específicos que afecten a su puesto de trabajo, y de las medidas de prevención y protección aplicables a dichos riesgos.

El **incumplimiento** de este deber de información por el empresario, es susceptible de incurrir en **infracción laboral**.

CONSULTA DE LOS TRABAJADORES: Los trabajadores serán consultados por el empresario para adoptar las decisiones en relación a:

- Planificación y organización del trabajo en lo referente a temas de seguridad y salud de los trabajadores.
- Organización y desarrollo de actividades de protección de la salud y prevención de riesgos.
- Designación de los trabajadores encargados de las medidas de emergencia.
- Procedimientos de información y documentación.
- Organización de la formación en materia preventiva.

- Cualquier acción con efecto sobre la seguridad y salud de los trabajadores.

Si existen representantes de los trabajadores, las consultas se realizan con dichos representantes.

DERECHOS DE PARTICIPACIÓN Y REPRESENTACIÓN:

Los trabajadores tienen derecho a participar en la empresa para la prevención de riesgos laborales.

Los representantes de los trabajadores, deberán actuar en defensa de los intereses de éstos, en materia de prevención de riesgos, ejerciendo las competencias que dichas normas establecen en materia de información, consulta y negociación, y vigilancia y control.

En las Administraciones Públicas, el derecho a participación se ejercerá conforme a la Ley 7/1990, de 19 de julio, sobre Negociación Colectiva y Participación en la determinación de las condiciones de trabajo de los empleados públicos.

5. FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES

El empresario garantizará que cada trabajador recibe una formación teórica y práctica en materia preventiva en el momento de su contratación y cuando se produzcan cambios en las funciones que desempeñe.

Esta formación deberá estar enfocada en el puesto de trabajo que cada trabajador desempeñe, adaptándose a la evolución de los riesgos. Deberá impartirse dentro de la jornada laboral o en otras horas, pero con el descuento del tiempo invertido en la misma. Se podrá impartir por la empresa mediante medios propios o con servicios ajenos, y su coste no recaerá sobre los trabajadores.

6. PROTECCIÓN DE LOS TRABAJADORES ESPECIALMENTE SENSIBLES A DETERMINADOS RIESGOS

El empresario debe garantizar la protección de los trabajadores que por sus características personales sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo.

6.1. PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD

La evaluación de los riesgos debe comprender la determinación de la naturaleza, el grado y duración de la exposición de las trabajadoras a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en su salud o en la del feto.

El empresario adoptará las medidas necesarias para evitar la exposición a dicho riesgo, adaptando las condiciones o el tiempo de trabajo.

Cuando la adaptación de las condiciones o el tiempo de trabajo no sea posible, o a pesar de ello, las condiciones de trabajo pudieran influir negativamente en la salud de la trabajadora o del feto, y así sea certificado por los Servicios Médicos del INSS o de las Mutuas, ésta deberá desempeñar un puesto de trabajo o función diferente y compatible con su estado.
Será también de aplicación durante el período de lactancia.

Las trabajadoras tienen derecho a ausentarse del trabajo, con derecho a remuneración, para la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto, previo aviso y justificación de la necesidad de su realización dentro de la jornada laboral.

6.2. PROTECCIÓN DE LOS MENORES

Antes de la incorporación de jóvenes menores de 18 años y previamente a cualquier modificación de sus condiciones laborales, el empresario deberá efectuar una evaluación de los puestos de trabajo para determinar los posibles riesgos que puedan poner en peligro la seguridad o salud de estos trabajadores.

Así, informará a dichos jóvenes y a sus padres o tutores que hayan intervenido en la contratación, de los posibles riesgos y todas las medidas adoptadas para la protección.

7. OBLIGACIONES DE LOS TRABAJADORES EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

- Usar adecuadamente las máquinas, aparatos, herramientas y medios con los que desarrolle su actividad.

- Utilizar correctamente los medios y equipos de protección facilitados por el empresario.

- Utilizar correctamente y no poner fuera de funcionamiento los dispositivos de seguridad existentes.

- Informar de inmediato a su superior directo y a los trabajadores responsables de la protección y prevención, acerca de cualquier situación que conlleve riesgo para la seguridad o salud de los trabajadores.

- Contribuir al complimiento de las obligaciones establecidas por la autoridad para proteger la seguridad y salud de los trabajadores.

- Cooperar con el empresario para que pueda garantizar unas condiciones de trabajo seguras y sin riesgos.

El **incumplimiento de las obligaciones** por los trabajadores, tendrá la consideración de **incumplimiento laboral**.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

- R.D. 1215/1995, de 18 de julio, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo.

TEMA 81. CUIDADOS DE UNA OSTOMIA

RAQUEL PARDO SALAMANCA

EVA Mª BLANCO LOPEZ

ISABEL GALLARDO GARCIA

ÍNDICE

1 DEFINICIÓN
2 OBJETIVOS
3 RECOMENDACIONES BÁSICAS
4 CUIDADOS DEL ESTOMA Y PIEL PERIESTOMAL
5 EDUCACIÓN SANITARIA Y RECOMENDACIONES GENERALES
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 DEFINICIÓN

La ostomía se refiere a un procedimiento quirúrgico cuyo resultado es la derivación externa de las heces y la orina a través de un estoma abdominal. Las ostomías más comunes son la colostomía y la ileostomía para las heces, y la urostomía para la orina. Estos procedimientos se realizan en todos los grupos de edad, desde los neonatos hasta los ancianos.

La ostomía realizada con mayor frecuencia es la colostomía (55%), seguida por la ileostomía (31%), y la urostomía (14%). Las ostomías pueden ser temporales o permanentes, y se realizan por una serie de causas, como son, entre otras: el cáncer colorrectal, la enfermedad inflamatoria intestinal, el cáncer de vejiga, la diverticulitis, la enterocolitis necrotizante, las anomalías congénitas, la enfermedad de Hirschsprung y otros cánceres y trastornos, como son la obstrucción, la perforación y el traumatismo.

2 OBJETIVOS

Promover los cuidados necesarios para facilitarles una vida normal a los portadores de ostomías y educación sanitaria para una buena evacuación intestinal y cuidados de la piel perilestomal

3 RECOMENDACIONES BÁSICAS

A) Crear una relación terapéutica con el paciente y su familia.
La relación terapéutica es una relación intencionada con el objetivo de promover los mejores intereses y resultados para el paciente. Se basa en un proceso interpersonal que tiene lugar entre la enfermera, y el paciente y su familia.
Para que ésta sea eficaz, la enfermera debe de conocer:
·El trastorno o el proceso patológico que afecta al paciente.
·El motivo por el que la cirugía requiere una ostomía temporal o permanente.
·El tipo de ostomía.
·Las necesidades de atención esperadas adaptadas a las necesidades del paciente.
·El entendimiento y las perspectivas de vida del paciente con una ostomía.
·La red de apoyo disponible, tanto familiar como de recursos comunitarios u otros recursos relevantes.

B)Hacer una evaluación integral del paciente y su familia que incluya:
-Historial y estado físico (edad, sexo, diagnóstico y problema que presenta el paciente, historial del problema del paciente, pronóstico: curativo o paliativo, tipo de ostomía y duración: temporal, permanente…)
-Conductas psicosociales (afrontamiento y adaptación, imagen corporal distorsionada, calidad de vida afectada, sexualidad y preocupaciones sexuales).
-Normas culturales, espirituales y religiosas.
C)Consultar con los miembros del equipo multidisciplinar lo relativo a la evaluación y la intervención, si es necesaria, para todos los pacientes que requieran una ostomía o que ya estén ostomizados.
La comunicación eficaz y el trabajo conjunto entre los miembros del equipo multidisciplinar es esencial para hacer posible que los pacientes y sus familias reciban una información apropiada y constante.

D)Planificar un plan de atención personalizado, tanto para el paciente y su familia, que mejore la salud y el autocuidado en el manejo de la ostomía.
El paciente y la enfermera han de desarrollar un plan de atención con objetivos alcanzables y que se amolde a las necesidades del paciente.

4 CUIDADOS DEL ESTOMA Y PIEL PERIESTOMAL

·Manejo correcto de los dispositivos colectores.

·Evitar el exceso de contenido en los dispositivos, cambiándolo siempre que haya fuga o el paciente tenga sensación de quemazón o prurito en la zona.

·Aprovechar cada cambio de dispositivo para inspeccionar el estoma y la piel periestomal en busca de posibles complicaciones, como:

a) Necrosis: Complicación grave secundaria a un compromiso vascular del asa intestinal implicada.

b) Estenosis: Por procesos infecciosos acompañados de inflamación que obstruye la luz intestinal.

c) Prolapso: Caída del intestino a través del estoma.

d) Retracción: Desaparición de la protuberancia normal del estoma al mismo nivel o por debajo del nivel cutáneo.

e) Hernia Periestomal: Sucede por debilidad muscular de la pared abdominal, que hace que el intestino sobresalga hacia la zona paraestoma, si es muy grande precisa de reparación quirúrgica.
f) Alteración de la piel periestomal: Es la más frecuente y en cuya solución tiene un papel importante la enfermería.
Vigilar la aparición de complicaciones generales o sistémicas:
-Hemorragia.
-Diarrea/Estreñimiento.
-Descompensación del balance hidroelectrolítico. Riesgo alto en caso de ileostomía.

Vigilar la aparición de alteraciones emocionales.

-Proteger la intimidad del paciente, favoreciendo así mismo un entorno limpio y cómodo.

-Eliminar los dispositivos contaminados minimizando olores desagradables.

-Animar al paciente a que exprese sus sentimientos, respetando sus silencios y aclarando cualquier percepción errónea que tenga sobre sí mismo y sobre su nueva situación.

5 EDUCACIÓN SANITARIA Y RECOMENDACIONES GENERALES

A)Higiene del estoma y cambio de bolsa:

·Realizar sentado o en pie.

·Despegar la bolsa de arriba abajo, evitando tirar de la piel circundante. Importante asegurarse que la piel está bien seca antes de pegar la bolsa, secar a toques suaves sin friccionar, con gasas que no deja hebras.

·Lavar el estoma con agua y jabón neutro.

·Adaptar el tamaño del orificio de la bolsa al tamaño del estoma, se recorta a través de una plantilla.

B)Alimentación:

·Dieta equilibrada.

·Beber un mínimo de 2 litros de líquidos al día.

·Mantener los horarios de las ingestas para conseguir la regularización del tránsito intestinal.

- Evitar ingestas abundantes de legumbres, pepino, coliflor, frutos secos bebidas gaseosas por aumentar los gases intestinales; así como también los espárragos, los ajos y las cebollas por aumentar el olor de las heces.

C)Vida habitual

Insistir al paciente a que tienda al autocuidado, lo que mejorará su autoestima y sensación de no dependencia.

No descuidar las actividades sociales y de ocio que tenía antes de la ostomía y así evitar el aislamiento social.

Animarle a que exprese sus sentimientos y temores.

Animarle a comprobar cómo sus hábitos no tienen porqué cambiar, como por ej: la forma de vestir

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Guías de buenas prácticas clínicas Cuidados y manejo de las ostomías. Agosto 2009

CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE OSTOMIZADO www.gapllano.es/.../CUIDADO%20INTEGRAL%20AL%20PACIENTE%20OSTOMI..

TEMA 82. NIÑOS Y JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO I Y SUS CUIDADORES: PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ANA MARÍA LICERÁN PERALBO

BERNABÉ ANTONIO FERNÁNDEZ NAVARRETE

ÍNDICE

- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN
- JUSTIFICACIÓN
- OBJETIVOS
- DETEMINACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS
  - ALIMENTACIÓN
  - AUTOINYECCION Y AUTOCONTROL
- ESTRUCUTURA Y TEMPORALIZACIÓN
- ACTIVIDADES Y TMPORALIZACIÓN
- RECURSOS
- EVALUACIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

El grupo de población al que va a ir dirigido nuestro programa de educación para la salud serán diabéticos con Diabetes Mellitus tipo I. La franja de edad de la que nos ocuparemos estará comprendida entre los 4 y los 14 años, que acaben de debutar o que lleven poco tiempo conviviendo con la enfermedad, incluyendo además en el programa a los padres de los pacientes, ya que a estas edades tan tempranas el mayor cuidado de la enfermedad y la mayor carga la llevan los padres o cuidadores. También porque se ha demostrado que el niño que aprende sus hábitos y costumbres desde pequeño, las tendrá toda la vida, y dada la importancia del buen seguimiento de la enfermedad se hace necesario llevar a cabo un programa para la salud que abarque los aspectos más importantes que se han de tener en cuenta, tanto desde el punto de vista

del niño, como de los padres.
Un niño diabético bien educado en salud será un adulto diabético sano y sin más complicaciones que las que puede llegar a tener otra persona que no padezca la enfermedad.
En esta, como en otras enfermedades crónicas, la educación para la salud forma el pilar básico para conseguir un buen nivel de calidad de vida.

El grupo al que nos vamos a dirigir estará formado tanto por niñas como por niños diabéticos y a sus padres o tutores, aunque la presencia de éstos no será necesaria en algunas sesiones en las que el tema vaya dirigido a la independencia del niño. Las sesiones llevadas a cabo con el grupo de diabéticos y padres tendrán lugar en un centro de atención especializada.

Como ya mencionamos, el problema que trataremos en nuestro programa para la salud será la diabetes tipo I en niños, ya que tanto ellos como sus familias necesitan en estas etapas más apoyo que en ninguna debido a la incertidumbre y al “no saber qué hacer” con el nuevo problema que se les ha planteado. Además, para los niños, los programas de Educación Diabetológica suponen también un punto de partida para comprender mejor su enfermedad y llevarla con plena serenidad y seguridad.

Los pacientes de nuestro programa serán niños en edad escolar de entre 4 y 14 años, con un nivel socioeconómico medio, así como un nivel cultural positivo de la familia.

En la mayoría de los casos, estos programas son de utilidad para que las familias de los niños con diabetes no se sientan tan solas y vean que hay otros niños iguales que sus hijos, nietos o sobrinos.

Para los niños, aparte de una actividad más aparte de las que tienen en el colegio, supone un cambio en su vida, ya que pasan de ser el niño “enfermo” de la familia, a ser “un niño más de la consulta de diabetes”.

JUSTIFICACIÓN

La Diabetes Mellitus, según la definición de la OMS: “Es una situación de elevación crónica de la concentración de glucosa en sangre, que puede resultar de factores genéticos y ambientales, que con frecuencia actúan conjuntamente”.
La prevalencia de la diabetes tipo 1 se estima en 0.92 pacientes por 1.000 en niños menores de 14 años.
Aunque puede aparecer a cualquier edad es habitual que comience sobre todo, en la preadolescencia. Su incidencia está en 10.12 casos nuevos por 100.000 habitantes/años.
Como consecuencia de lo anterior, la diabetes supone hoy día un problema sanitario económico y social de gran importancia que precisa la máxima atención para planificar programas de prevención y control.

El diagnóstico de diabetes en un niño supone una gran conmoción en la familia, provoca en los padres emociones intensas, miedo, ansiedad, depresión, culpa que puede alterar la unidad familiar. El impacto de la diabetes va a depender de la edad del debut y de la familia.

El cuidado de este trastorno requiere una continuidad en el tratamiento que supone la estabilidad en el tiempo de una serie de hábitos y conductas que aseguren la adherencia al tratamiento. Así podría decirse que la diabetes es un arte de planificación y coordinación de alimentos, actividad física, insulina y control de glucosa. El buen control de esta enfermedad en la infancia hace que la aparición de las complicaciones (micro y macrovasculares) a corto y largo plazo se evite y/o retrasen e igualmente produce que se mejore la calidad de vida y se eviten los ingresos hospitalarios.

La necesidad de programas de Educación para la Salud para las personas con diabetes y sus familiares es el pilar esencial en el tratamiento de la diabetes conocido desde el año 1972 por el equipo de L. Millar. Actualmente avalado tanto en el Proceso Integral de la diabetes tipo I y en el Tercer Plan de Salud de Andalucía.

Según los resultados de El diabetes Control and Complicaciones Trial (DCCT) se demostró que la terapia intensiva y la normo-glucemia reducen la evolución de la retinopatía, neuropatía y neuropatía, comprobándose la importancia de la Educación Diabetológica.

En la diabetes infantil el tratamiento no es administrado por el propio paciente sino por el cuidador de éste. Es decir, que las características personales o psicológicas que aseguren la adherencia al tratamiento del enfermo van a depender, principalmente de otra persona distinta al paciente.

En este caso todos los conocimientos técnicos y habilidades recaen sobre los cuidadores que tienen que asumir la responsabilidad del cuidado cotidiano. Esto es lo que hace de la diabetes una enfermedad única, peculiar y, en muchas ocasiones, agotadora.

Por otra parte, los rápidos cambios fisiológicos y psicológicos que se producen durante la infancia hacen que estos paciencias sean muy difíciles de tratar y las familias con un niño con diabetes deben tener el apoyo social, económico y psicológico necesario, ya que su evolución va a depender de cómo hayan sido entrenados y capacitados.

De acuerdo con esta línea, el programa que se propone va dirigido a los niños y a los padres de niños con diabetes de 4 a 14 años (en el debut), que pertenecen al Complejo Hospitalario de Jaén, y de otros distritos de la provincia que lo soliciten.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- El niño y su familia aprenderán a vivir con la diabetes fomentando su autonomía y calidad de vida en un 85% de los casos.
- Se conseguirá el mejor control metabólico que sea posible evitando la aparición de complicaciones agudas y crónicas en un 75% de los casos.
- Los niños y las familias conocerán las variables psicológicas que les pueden influir en la adherencia al tratamiento en un 80% de los casos, y proporcionaremos apoyo psicológico continuo tanto a los padres como al niño.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

De conocimiento:

- El 95% de los padres y los niños entenderán las bases del tratamiento, qué es la diabetes, las causas y efectos sobre el control glucémico.
- El 85% de los padres aprenderán las diferencias entre la diabetes tipo I y la II y cuál es la que padece su hijo.
- El 90% de los padres y niños conocerán qué valores de glucemia se consideran normales.
- El 95% de las familias conocerán cuáles son los objetivos de buen control de la enfermedad.
- El 95% de los niños y padres aprenderán los conceptos básicos sobre la alimentación en la diabetes.
- El 95% de los padres y niños aprenderán el efecto de la insulina y su función en el organismo.
- El 90% de las familias conocerán las características y principios básicos de una dieta equilibrada.

- El 85% de los niños y padres serán capaces de reconocer signos y síntomas de una hipoglucemia y una hiperglucemia.
- El 85% de los padres y los niños comprenderán la importancia del cuidado e higiene del pie, piel y boca.

De actitudes:

- El 75% de los niños realizarán una dieta adecuada a su enfermedad a partir de la realización del programa.
- El 80% de los niños tendrán precauciones antes de realizar un ejercicio físico extra para prevenir las hipoglucemias.
- El 90% de los padres y los niños mostrarán interés por las técnicas de autocontrol y autoinyección de insulina.
- El 85% de los niños y padres mostrarán interés sobre el cuidado de los pies, la piel y la boca.

De habilidades:

- El 90% de los padres y niños sabrán preparar e inyectar la dosis de insulina, así como mezclarla, si fuera necesario.
- El 90% de los padres y niños sabrán diferenciar el tipo de insulina, así como las distintas maneras de conservación según la disponibilidad de la misma.
- El 85% de los niños y padres conocerán la variabilidad de la insulina según la zona de inyección y factores que modifican su acción.
- El 80% de las familias reconocerán los alimentos que contienen hidratos de carbono, proteínas y grasas.
- El 80% de los padres aprenderán cómo calcular e intercambiar hidratos de carbono.
- El 90% de los padres y niños sabrán la importancia de mantener la ingesta de 6 tomas de hidratos de carbono y horario.

- El 90% de los niños tendrán capacidad para solucionar una hipoglucemia de forma adecuada.
- El 95% de los niños y padres sabrán como prevenir las causas de una hipoglucemia.
- El 80% de los padres sabrán cómo realizar una cetonuria cuando hay niveles altos de glucosa y sabrán interpretarla.
- El 90% de los niños sabrán realizarse correctamente la técnica de glucemia capilar.
- El 85% de los padres sabrán interpretar los resultados para modificar el tratamiento adecuadamente.
- El 95% de los padres y niños conocerán las contraindicaciones en caso de hiperglucemia/cetonuria ante la realización de ejercicio físico.
- El 95% de los padres y niños sabrán qué suplementación deben tomarse si van a realizar un ejercicio físico extra.
- El 75% de los padres disminuirán su nivel de ansiedad durante el programa.

El tiempo recomendado para trabajar los objetivos, según propone “The Teaching Setter”, documento elaborado por Diabetes Education Study Group (DESG) las horas necesarias en el programa de educación terapéutica inicial en el debut tendrían que ser:

mínimas indispensables: 9 horas (+ ó –) 2 horas.

recomendadas: 17 horas (+ ó -) 3 horas.

DETEMINACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS

La utilización del modelo precede es beneficioso para justificar la utilidad del programa de educación para la salud, a través del modelo precede se estudian los comportamientos de la población sobre la que vamos a trabajar, de manera que nos ayuda a hacer más hincapié en actitudes, comportamientos y pensamientos más negativos de la población sobre su enfermedad y a la vez nos facilita el que potenciemos aún más los comportamientos, actitudes y pensamientos positivos de esta población.

Escogeremos dos objetivos clave para el buen seguimiento de la diabetes: la alimentación y el autocontrol y autoinyección.
Dada la importancia de estos dos factores nos hemos visto en la necesidad de analizarlos más detenidamente por separado, observando cuáles son los principales puntos a favor y en contra que los propios pacientes y los padres de los mismos encuentran en ellos:

Alimentación:

Factores predisponentes:

Positivos:

"Si como más fruta y menos dulces estaré más sano".

"Si no como tantas chuches se me picarán menos los dientes".

"Será muy bueno que deje de comer tantos dulces porque así estará más sano".

Negativos:

“Todo el mundo come bollycaos en el recreo y yo tengo que comerme una manzana”.

“En el recreo todos se compran dos bolsas de gusanitos y me da envidia”.

“Ahora tendré que hacer comidas diferentes para él y para sus hermanos”.

<u>Factores facilitadotes:</u>

Positivos:

“Así podré ahorrar el dinero de las chucherías y comprarme un patinete”.

“Si seguimos toda la familia la alimentación de mi hija estaremos más sanos”

Negativos:

“Cuando todos estén comiéndose sus dulces me sentiré mal al ver lo que comen”.

“Me da pena ver que su hermano se puede comer un dulce y él se queda mirándolo con pena”.

<u>Factores reforzantes:</u>

Positivos:

“Si como bien tendré el azúcar controlado”.

“Así no se pondrá gordo, los niños a estas edades comen muchas tonterías”.

Negativos:

“Los dulces y las chuches me gustan mucho”.

“Tengo miedo de que le discriminen en el colegio por no hacer lo mismo que los demás”.

Autocontrol y autoinyección:

Factores predisponentes:

Positivos:

"Ahora que me han enseñado cómo pincharme no tengo que llamar a papá para que me ponga la insulina y puedo hacerlo yo solo".

"No tendré que ir continuamente al colegio para controlarle el azúcar".

Negativos:

"Era más cómodo ponerle yo la insulina a mi hija porque yo me sentía más segura".

"Mis compañeros se asustan cuando me ven pincharme".

Factores facilitadotes:

Positivos:

“En la consulta de enfermería nos están ayudando mucho a controlar la diabetes de mi hijo”

Negativos:

“*Muchas veces pierde días de colegio para venir aquí a que la enseñen, y nosotros también tenemos que venir y dejar aparcadas nuestras cosas”.*

Factores reforzantes:

Positivos:

“Mis padres no tienen que estar tan pendientes de mi”

“Puedo irme al colegio y hacerme los controles yo solo”.

“Me quedo más tranquila sabiendo que si se siente bajo se sabe controlar ella misma el azúcar”.

Negativos:

“Es una lata tener que ponerme insulina 5 veces al día”.

“No me gusta pincharme tanto en los dedos para hacerme el control”.

“Muchas veces se queja de que tiene cardenales en los brazos de pincharse”.

ESTRUCUTURA Y TEMPORALIZACIÓN

Educación inicial o de supervivencia:

- Clases individuales.
- Tiempo 6-8 clases de 60-90 minutos de duración.
- Frecuencia diaria.
- Se inicia durante su hospitalización y se prosigue posteriormente en la consulta de diabetes.

Educación básica de refuerzo o de seguimiento:

- Educación grupal (6-8 personas), siempre que los padres reúnan las condiciones para este tipo de educación.
- Tiempo 2 horas.
- Frecuencia: una clase cada 15-20 días.
- Para padres de niños con diabetes de 4 a 14 años que acuden desde su domicilio.

Grupo de apoyo para madres y padres con niños con diabetes:

- Grupo abierto.
- Tiempo 1 hora y media.
- Frecuencia: cada 15 días.
- Lugar: Consulta de diabetes infantil.

Teléfono de contacto:

- Línea directa, para aclarar dudas que surjan, consultas…
- Horario: de 8 a 15 horas.
- Para padres de niños que hacen seguimiento en el hospital.

ACTIVIDADES Y TMPORALIZACIÓN

Una vez el niño ingresa, el primer paso será disminuir la ansiedad de los padres y determinar en qué fase de adaptación a la enfermedad se encuentran éstos, para empezar la educación diabetológica (fase de aceptación) transcurridas aproximadamente 48h del diagnóstico y durante su hospitalización.

El método utilizado, al inicio del proceso educativo, es fundamentalmente la educación individual, ya que ésta facilita los conocimientos, habilidades y las actitudes permitiendo centrar la atención en la persona y adaptarse a las fases o reacciones emocionales de los padres ante el diagnóstico de la diabetes de su hijo.

Comenzaremos con una entrevista dirigida, escucha activa, discusión y coloquio.

A continuación se iniciarán las sesiones correspondientes con padres y niños (si la edad de los niños lo permite), a través de charlas teórico-prácticas, pactos, resolución de casos reales o imaginarios de manera estructurada, diarias, durante 60-90 minutos, adaptándose al contenido antes mencionado.

Una vez conseguidos los objetivos básicos, en fases posteriores se utilizará educación grupal, talleres con métodos muy participativos, mesas redondas, coloquios.

Se resolverán dudas a demanda cuando los padres lo precisen.

Materiales:

- Una sala dedicada para las sesiones de educación diabetológica: sillas, mesas, ordenadores.
- Para transmitir la información: folletos informativos, proyector de transparencias, diapositivas, pizarra, rotuladores.
- Para realizar autoanálisis: glucómetros, tiras reactivas, lancetas, diarios de control.
- Para la toma de notas: bolígrafos, lápices de colores, rotuladores, libretas.
- Para realizar las prácticas de alimentación: peso, alimentos de materiales sintéticos (plástico), cartas de alimentos.
- Para realizar la técnica de insulina: jeringas, algodón, insulina, glucagón.
- Libros sobre Diabetes Infantil.

EVALUACIÓN

La evaluación es fundamental en todo el proceso educativo, ya que es lo que nos permite saber si se han conseguido los objetivos propuestos. Ésta será continua en cada sesión. Se llevará a cabo mediante los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de conocimientos. Se pasará al inicio y al final del programa y tratará sobre los diferentes temas tratados en el mismo. Los conocimientos serán también evaluados a partir del diálogo-coloquio.
- Encuesta alimentaria. Se pasará al inicio y al final del programa y nos informará sobre los hábitos de alimentación de los niños con diabetes en sus domicilios.
- Encuesta de ansiedad. Se pasará a los padres al inicio y al final del programa.

- Registro de evaluación del programa: se recogerán datos de fechas y sesiones explicadas y evaluadas.
- Gráficas diarias del perfil de glucemia.
- Plan de alimentación. Distribución, horario y equivalencias de hidratos de carbono.
- Gráfica de horario y zonas de inyección de insulina.
- Hoja de evaluación subjetiva del programa por el paciente (por los padres).

BIBLIOGRAFÍA

Montilla-Pérez M., Mena-López N., López-de-Andrés A. ***Efectividad de la educación diabetológica sistematizada en niños que debutan con Diabetes Mellitus tipo 1.*** Index Enferm 2012. Vol. 21(1-2): P. 18-22.

Proceso Asistencial Integrado Diabetes Mellitus 1 y 2. 2009. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Educación terapéutica ante la Diabetes Tipo I (DMI). Revista ROL de enfermería. Vol. 30. nº 10. Octubre 2007.

Cuarto Plan Andaluz de Salud 2009-2013. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Bimbela Pedrosa J.L. ***Cuidando al cuidador. Counseling para médicos y otros profesionales de la salud.*** Granada. Escuela andaluza de Salud Pública.

Lebovitz, E. ***Tratamiento de la Diabetes Mellitus y sus complicaciones.*** Barcelona: American Diabetes Association. 1999.

López Siguero J.P. ***Actualizaciones en endocrinología. Diabetes Mellitus en la Infantcia y la Adolescencia.*** Madrid. Diaz de Santos. 1997.

L. Rubin A.; Cassan. A. ***Diabetes para duumies. El libro de consulta para todos. Cómo comprender la diabetes y afrontarla.*** Ed. Granica. 2005.

Publicación para diabéticos de la Sociedad Española de Diabetes. Págs. 18-24. Diciembre/Enero 2007.

TEMA 83. PATOLOGÍA GINECOLÓGICA

M.ª ROSARIO ÁLVAREZ LLANZÓN

ÍNDICE

- BARTHOLINITIS
- ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA
- CUERPOS EXTRAÑOS EN VAGINA
- PROLAPSO UROGENITAL
- BIBLIOGRAFÍA

BARTHOLINITIS

Es una inflamación de las glándulas vestibulares mayores o de Bartholino en la vulva por obstrucción del canal excretor que está situada en el tercio inferior de los labios menores.

A. CLÍNICA.- Dolor águdo vulvar, como consecuencia de la formación de un abceso que se puede producir en 2 o 3dias, provocando edema, inflamación y sensabilización de la zona.

B. DIAGNÓSTICO.- Es clínico no es necesario solicitar ninguna prueba.

C. TRATAMIENTO.-

1.-Si no se ha formado abceso:Cloxacilina 500mg vo durante 7días ,ademas de antiinflamatorios y analgésicos.

2.-Si se ha formado abceso, tratamiento quirúrgico.

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

- Es un síndrome clínico caracterizado por la infección del tracto genital superior femenino y que puede afectar al endometrio, trompas de falopio…
- A FACTORES DE RIESGO.- Adolescentes sexualmente activa (mayores de 25 años),ITS, Múltiples parejas sexuales.
- B CLÍNICA.- Dolor águdo en hipogastrío, fiebre >38, sangrado vaginal.
- C DIAGNÓSTICO.- La Laparoscopia es la prueba de elección.
- D TRATAMIENTO.- Antibioterapía.

CUERPOS EXTRAÑOS EN VAGINA

- Los más comúnmente introducidos en la vagina de una mujer adulta son tampones y preservativos. Es un problema frecuente en adolescentes,por lo que ante un flujo anormal debe sospecharse.
- A CLÍNICA.- Puede presentarse como una vulvovaginitis no infecciosa,leucorrea mal oliente o sangrado vaginal.
- B DIAGNÓSTICO.- Mediante Historia Clínica,los síntomas y la exploración física, pudiéndose visualizar mediante especuloscopia o mediante tacto vaginal.
- C TRATAMIENTO.- Consiste en la extracción del cuerpo extraño.

PROLAPSO UROGENITAL

- Es el descolgamiento del útero a través de la vagina. Se produce por la laxitud de los tejidos y de los ligamentos suspensorios del útero. Normalmente aparece en mujeres con uno o más partos vaginales influyendo en su etiopatogenia: partos prolongados,instrumentales…
- A CLÍNICA.- Varía según la zona prolapsada y son más severos cuanto mayor es el grado de prolapso. Aparece dolor genital, sensación de bulto, sangrado…
- B DIAGNÓSTICO.- Por la clínica y la exploración física.
- C TRATAMIENTO.- Esencialmente el tratamiento quirúrgico sino se pudiese un pesario que se introduce en vagina y reduce el prolapso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bajo Arenas JM, Lailla Vicens JM, Xercavins Montosa J. Fundamentos de Ginecología, 1ªde.Madrid; SEGO; 2009.

2. Gary Cunningham F, Gant N, Leveno K y Cols, Williams Obstetricía. E. Médica Panamericana. Madrid 2002.

3. Zapardiel Gutiérrez I, De la Fuente Valero J, Bajo Arenas JM, Guía Práctica de Urgencias en Obstetricía y Ginecología, SEGO,2008.

TEMA 84. ESTUDIO DE LESIONES ANULARES PRURIGINOSAS MÚLTIPLES EN EXTREMIDADES

NIEVES ASENCIO LÓPEZ

MARIA EULALIA VERA NIETO

NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

RAQUEL LÓPEZ TURPIN

EXPOSICIÓN DEL CASO:

Adolescente mujer de 13 años sin antecedentes familiares ni personales de interés, afincada en medio rural, que consulta por múltiples lesiones en cara interna del muslo y pierna izquierda de un mes de evolución.

El cuadro comenzó como una única lesión en muslo, diseminándose posteriormente por todo el miembro inferior izquierdo.

DESCRIPTORES:

Estudio, lesiones, vesiculopústulas, prurito.

EXAMEN FÍSICO:

Tº: 36,8ºC, TA: 110/70 mmHg, FC: 80 l.p.m. SatO2 100%.

Sin afectación del estado general. Múltiples placas anulares de borde eritematoso, bien definido, con vesiculopústulas y centro aclarado, distribuidas en muslo y pierna izquierda. Se acompaña de prurito

Sin lesiones contralaterales palmoplantares ni afectación de mucosas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Luz de WOOD: fluorescencia amarilla de lesiones.
- Examen directo de tinción de KOH: presencia de hifas tabicadas y ramificadas.
- Cultivo en medio de SABOURAUD: positiva para Microsporum canis.

JUICIO CLÍNICO:

Una vez realizada la anamnesis y las pruebas complementarias, se puede decir que la paciente presenta

- TINEA CORPORIS.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Con el resultado del cultivo de la lesión, no se plantea la realización de diagnóstico diferencial.

CONCLUSIONES:

El origen de la infección por Tinea Corporis suele ser una lesión activa de un animal, de otro niño o del suelo, sin poder descartar la transmisión indirecta por objetos.

El periodo de incubación es de 1 a 3 semanas.

El tratamiento de elección fue Griseofulvina a 20mg/kg/24h

vía oral, durante 6 semanas.

La paciente presentó aclaramiento de las lesiones con disminución del prurito a los pocos días del tratamiento, progresando hasta la curación total de las lesiones sin presentar efectos adversos ni comlicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Fernández Gómez A, Clavero Adell M, García Osés I, Arnal Alonso JM, Puig García C, García Latasa de Aranibar FJ. Teledermatología en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2017 Jun [citado 2018 Jun 28] ; 19(74): 171-175. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000200016&lng=es.

Pérez-Elizondo Antonio David, López-Lara Norma Deyanira. Mucinosis folicular primaria: simulando una tiña corporal. Rev. bol. ped. [Internet]. 2015 [citado 2018 Jun 28] ; 54(3): 130-132. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752015000300003&lng=es.

TEMA 85. ATENCIÓN A PACIENTES ANTICOAGULADOS.

ANA ELISABET LÓPEZ LÓPEZ

ÍNDICE

•¿Qué son los anticoagulantes y quienes deben tomarlos?
• ¿Qué tipo de anticoagulantes existen?
• Anticoagulantes orales antivitamina K
•Anticoagulantes orales de nueva generación (NACOs).
•Complicaciones frecuentes.
•Contraindicaciones.
•Bibliografía.

¿Qué son los anticoagulantes y quienes deben tomarlos?

Su principal efecto consiste en retardar el tiempo de coagulación de la sangre, impidiendo que la vitamina K sea utilizada por el hígado en la síntesis de los factores de coagulación.
El tratamiento anticoagulante es preventivo, la protección frente a la trombosis o la embolia no es total.

INDICACIONES:

- Trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.
- Prevención del embolismo de origen cardiaco:
    - Valvulopatía mitral o aórtica.
    - Prolapso de la válvula mitral.

- Fibrilación auricular y cardioversión electiva.
- Prótesis valvular cardiaca.
- Infarto agudo del miocardio.

- Prevención secundaria del infarto agudo de miocardio.
- Miocardiopatía dilatada.
- Accidentes isquémicos transitorios repetitivos secundarios.
- Enfermedad cerebrovascular o trombosis arterial cerebral progresiva.
- Disección de pared de la carótida intracraneal.
- Prevención de la oclusión tras cirugía reconstructiva arterial periférica.

¿Qué tipos de anticoagulantes existen?

ANTICOAGULANTES INYECTABLES:

- Heparina sódica
- Heparina de bajo peso molecular.

ANTICOAGULANTES ORALES:

- Antivitamina K o AVK 8 (anticoagulante orales clásico): Modifican la capacidad de coagular la sangre evitando que la vitamina K sirva para formar algunos de los factores de la coagulación, tales como los factores II, VII, IX y X. Estos son: Acenocumarol, warfarina y femprocuman.
- Anticoagulantes nueva generación (NACOs):inhibidores directos de diferentes factores de la coagulación, dependiendo de cada fármaco. Estos son: Dabigatran, Apixaban, Rivaroxaban, Edoxaban.

Anticoagulantes Orales Antivitamina K

¿ Qué dosis debe tomar?

Se debe de realizar una prueba que se denomina **tiempo de protrombina,** cuyo resultado se expresa con las siglas **INR.** Así una persona cuyo resultado de INR es 2, querrá decir que su sangre tarda en coagular dos veces más que la de una persona sin anticoagular cuyo INR será igual a 1.

¿En que rango debe mantener su INR?

Dependiendo de la enfermedad que ha indicado la anticoagulación, deberá mantener el valor del INR en un intervalo concreto. Ejemplo:
Fibrilación auricular→ 2,0-3,0
Prótesis valvular mecánica→ 2,5-3,5

¿Pueden tomar otros medicamentos?

Los anticoagulantes Antivitamina K presentan múltiples interacciones con otros medicamentos. Interacciones que pueden alterar de una forma u otra el efecto del anticoagulante, aumentando o disminuyendo su efecto.

Si es necesario un analgésico de forma ocasional puede tomar los que están compuestos por paracetamol pero máximo de 1-2 gr al día.

Recomendaciones nutricionales.

El contenido de vitamina K de la dieta puede interferir en la eficacia del tratamiento.
La mayor parte de la vitamina K procede de los alimentos de origen vegetal, especialmente hortalizas de color amarillo oscuro o verduras de hoja verde como las espinacas, el brócoli, el repollo, la lechuga romana, las endibias, la col rizada, la remolacha, los espárragos y algunas clases de soja fermentada. Estos alimentos no están prohibidos pero deben ser controlados en la dieta. Se recomienda tomar 2 raciones de verdura y hortalizas diarias (preferentemente una de ellas cruda).
También hay que tener en cuenta que una fuente importante de vitamina K es la toma de suplementos de vitaminas, de productos naturales o de herboristería.

Anticoagulantes Orales de Nueva Generación (NACOs)

¿Qué dosis debe tomar?

Este tipo de anticoagulantes orales no requiere controles periódicos para reajustar las dosis porque su efecto es constante y predecible, sin que factores genéticos o alimentarios alteren su efecto.
El médico determina la dosis que debe tomar.

¿ Quienes lo pueden tomar?

Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes adultos con fibrilación auricular no valvular, con uno o más factores de riesgo, como por ejemplo, ictus o ataque isquémico transitorio previos, edad igual o superior a 75 años, HTA, DM, insuficiencia cardiaca congestiva.

Interacciones con otros medicamentos.

Los nuevos anticoagulantes también son susceptibles de interacciones farmacocinéticas, pero no hay demasiada información sobre este campo y los parámetros de laboratorio no pueden guiar la dosificación en caso de que se presenten interacciones.

Disminuyen el efecto: rifampicina, hierba de san juan, carbamazepina y fenitoína.

Aumentan el efecto: antimicóticos azólicos (ketoconazol, voriconazol, posaconazol), inhibidores de proteasas del VIH (ritonavir), eritromicina, claritromicina, verapamilo, amiodarona, AINES.

Complicaciones frecuentes

La principal complicación es la hemorragia.

Síntomas para acudir a urgencia:

- Pérdida brusca de visión.
- Hemorragia en la nariz que no se puede detener.
- Dolor de cabeza intenso con vómitos.
- Esputos con sangre y vómitos con sangre.
- Heces de color negro y pastoso.
- Hemorragias ginecológicas severas.
- Sangre en orina.

Contraindicaciones

Contraindicaciones absolutas:

- Diátesis hemorrágicas graves.
- Alergia al medicamento.
- Procesos hemorrágicos activos.
- Hemorragia intracraneal reciente.
- Aneurisma intracerebral.
- Hipertensión grave o no controlable.

Contraindicaciones relativas:

- Mala absorción intestinal.
- Ulcus gastroduodenal activo.
- Enfermedad hepática o renal severa.
- Esteatorrea.
- Cirugía reciente del SNC.
- Retinopatía hemorrágica.

BIBLIOGRAFÍA

- Federación española de asociaciones de anticoagulados (FEASAN). Guía de consulta para pacientes anticoagulados. [citado 1 julio 2018]. Disponible en : http://anticoagulados.info/docs/guia_consulta_pacientes_coagulados.pdf
- José Mateo. Nuevos anticoagulantes orales y su papel en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol Supl. 2013;13(C):33-41 - Vol. 13 .
- Criterios y recomendaciones generales para el uso de los anticoagulantes orales directos (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. [publicado 21 noviembre 2016, citado 1 julio 2018]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/criterios-anticoagulantes-orales.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- Recomendaciones nutricionales para pacientes con anticoagulantes orales (sintrom, aldocumar). [citado 1 julio 2018]. Disponible en: http://www.humv.es/estatico/ua/endocrino/recomendaciones/Recomendaciones_Nutricionales_Anticoagulantes_Orales.pdf .

TEMA 86. CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO: EVALUACIÓN MEDIANTE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA MULTIDETECTOR (TCMD)

ANA MILENA MUÑOZ

ÍNDICE

- OBJETIVOS
- REVISIÓN DEL TEMA Y PUESTA AL DÍA
- CONCLUSIONES

OBJETIVOS

•Nuestro objetivo principal es destacar el papel de la Tomografía axial computarizada multidetector (TCMD) en la evaluación y estadificación del cáncer de ovario avanzado cuya diseminación al peritoneo se manifiesta en forma de carcinomatosis peritoneal.

•Es fundamental conocer la extensión y localización de la enfermedad peritoneal para valorar la resecabilidad y el pronóstico.

REVISIÓN DEL TEMA Y PUESTA AL DÍA

La carcinomatosis peritoneal es el proceso maligno que afecta con más frecuencia al peritoneo, siendo las neoplasias primarias de la cavidad abdominal como el carcinoma de estómago, colon, ovario o páncreas su origen más frecuente. La siembra peritoneal es la vía más común para la diseminación del cáncer de ovario.

Debido a que el 90% de los cánceres de ovario son carcinomas epiteliales superficiales, las células tumorales pueden desprenderse del ovario y circular por el peritoneo, con la consiguiente siembra peritoneal en múltiples localizaciones.

El cáncer de ovario es una de las neoplasia malignas más frecuente en las mujeres.
A pesar de los esfuerzos para desarrollar un método efectivo de detección de cáncer de ovario, la mayoría de los pacientes son diagnosticados con la enfermedad en estadío avanzado ya que los síntomas son inespecíficos, incluyendo entre los más frecuentes la distensión abdominal debido a ascitis maligna y la alteración de la motilidad intestinal que ocasiona naúseas, hinchazón abdominal, dolores intermitentes y obstrucción intestinal.

La TCMD es la modalidad de imagen de elección para el diagnóstico de pacientes con sospecha de carcinomatosis peritoneal y para valorar su extensión.

Los patrones morfológicos en TCMD de la afectación peritoneal pueden presentarse como enfermedad de pequeño volumen con implantes nodulares subcentimétricos solitarios o múltiples. Si los nódulos se unen conforman placas que involucran las superficies viscerales. También puede presentarse como engrosamiento del epiplón o si implican grandes masas epiploicas dan el aspecto de “omental cake”. Otros hallazgos por imagen incluyen la evaluación de la ascitis, el patrón estrellado de realce mesentérico y el engrosamiento y realce peritoneal.

Los implantes pueden realzar tras la administración de material de contraste intravenoso y calcificarse, especialmente en el cistoadenocarcinoma de ovario.

La localización de las lesiones más comunes donde asientan las metástasis peritoneales como resultado de la circulación del líquido peritoneal incluyen el hemidiafragma derecho, hígado, canal paracólico derecho, intestino, epiplón y pelvis.

En el abdomen, los implantes en la superficie diafragmática aparecen como un engrosamiento nodular o en placas del diafragma. En los estudio de TCMD con contraste intravenoso, la afectación del hígado y del bazo da como resultado el festoneado de la superficie por masas que son de menor atenuación que el parénquima.

En la pelvis, los implantes se localizan más frecuentemente en el mesocolon sigmoide, los ligamentos uterosacros laterales al recto y la pared lateral de la pelvis, la vejiga, el fondo de saco, el recto y los canales inguinales.

La localización de las lesiones más comunes donde asientan las metástasis peritoneales como resultado de la circulación del líquido peritoneal incluyen el hemidiafragma derecho, hígado, canal paracólico derecho, intestino, epiplón y pelvis.

En el abdomen, los implantes en la superficie diafragmática aparecen como un engrosamiento nodular o en placas del diafragma. En los estudio de TCMD con contraste intravenoso, la afectación del hígado y del bazo da como resultado el festoneado de la superficie por masas que son de menor atenuación que el parénquima.

En la pelvis, los implantes se localizan más frecuentemente en el mesocolon sigmoide, los ligamentos uterosacros laterales al recto y la pared lateral de la pelvis, la vejiga, el fondo de saco, el recto y los canales inguinales

Es fundamental evaluar mediante TCMD la extensión y localización de la enfermedad peritoneal para valorar la resecabilidad y el pronóstico.

El tratamiento integral con citorreducción quirúrgica y la quimioterapia intraperitoneal permite mejorar en gran medida la calidad de vida e influir en la supervivencia en pacientes con cáncer de ovario.

El papel de la tomografía axial computarizada también incluye la evaluación de la respuesta al tratamiento y el seguimiento de los pacientes para la evaluación de la remisión de la enfermedad o recaídas.

CONCLUSIONES

Las metástasis peritoneales son la forma más común de diseminación del cáncer de ovario y se desarrollan como resultado de la circulación del fluido peritoneal.

La TCMD es de elección para la evaluación extraovárica en pacientes con cáncer de ovario con sospecha de carcinomatosis peritoneal, siendo la detección de estas lesiones fundamental para la estadificación, tratamiento y el seguimiento de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Marin D, Catalano C, Baski M, Di Martino M, Geiger D, Di Giorgio A, et al. 64-Section multi-detector row CT in the preoperative diagnosis of peritoneal carcinomatosis: correlation with histopathological findings. Abdom Imaging. 2010 Dec;35(6):694-700.

- Prat J, FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. Int J Gynaecol Obstet. 2014 Jun; 124(1):1-5.

- Franiel T, Diederichs G, Engelken F, Elgeti T, Rost J, Rogalla P. Multi-detector CT in peritoneal carcinomatosis: diagnostic role of thin slices and multiplanar reconstructions. Abdom Imaging. 2009 Jan-Feb;34(1):49-54.

TEMA 87. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL PROCESO DE DUELO

ANDRÉS VIGUERAS LAX

MARÍA JOSÉ VIGUERAS LÓPEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
    1.1 Definición proceso de duelo
    1.2 Manifestaciones

2. FASES DEL DUELO
3. TAREAS BÁSICAS
4. TIPOS DE DUELO
5. ATENCIÓN A LA FAMILIA EN EL DUELO

INTRODUCCIÓN

Definición

*"E*l duelo es la reacción natural normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido, que sufren sus seres queridos antes, durante y después de su fallecimiento. Es una experiencia de sufrimiento total, entendiendo por tal el proceso físico, psicoemocional, sociofamiliar y espiritual por el que pasa el doliente en todos los momentos; e incluye el conjunto de expresiones conductuales, emocionales, sociofamiliares y culturales del mismo" *Guía Práctica de Cuidados Paliativos*

INTRODUCCIÓN

Manifestaciones más importantes:

- Físicas: pérdida de apetito, alteraciones del sueño, opresión en el pecho, pérdida de energía y diferentes dolores somáticos.
- Conductuales: agitación, llanto, cansancio, aislamiento.
- Cognitivas: pensamientos obsesivos acerca del fallecido, baja autoestimasensación de indefensión, desesperanza, incredulidad y problemas de memoria y concentración.
- Sentimientos de tristeza, soledad, cansancio, culpa, ansiedad, confusión, añoranza, enfado, irritabilidad…
- Espirituales: sentirse abandonado por Dios, perdida o ganancia de la fe, resentimiento hacia la Iglesia y los religiosos, cambio de escala de valores o sentido de la vida, cuestiones existenciales…

FASES DEL DUELO

1.Fase de negación: fase de evitación de la verdad, permite amortiguar el dolor, y preparación para una aceptación parcial. Sentimiento de incredulidad y dolor.

2. Fase de ira: el reconocimiento de que la negación no puede seguir.. En esta fase el individuo puede responder alejándose de la realidad, distanciándose de las personas próximas, con respuestas frías e inadecuadas. Sentimiento de rabia.

3. Fase de depresión: empieza a entender la muerte, supone la preparación para la aceptación. Sentimiento de tristeza y desinterés.

4. Fase de aceptación: Fin de lucha contra la muerte, se termina de aceptar. Sentimiento de paz, reconducción de la vida y planteamiento de nuevos objetivos.

TAREAS BÁSICAS DEL DUELO

1. Aceptar la realidad de la pérdida

2. Experimentar las emociones de dolor y pérdida

3. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente

4. Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

Existen 2 características que indican que el duelo ha terminado:
- La capacidad de recordar y hablar de la persona fallecida sin dolor.
- La capacidad de establecer nuevas relaciones y aceptar los retos de la vida.

TIPOS DE DUELO

Según intensidad/tiempo de las manifestaciones:

a) Duelo normal: es el más frecuente. Diferentes vivencias en todas las dimensiones de la persona: pérdida de apetito, sensación de debilidad, rabia, dolor y malestar, etc.

b) Duelo anticipatorio: empieza antes de la muerte. Forma de anticipar la pérdida que va a ocurrir inevitablemente en un período de tiempo corto. Cuando el ser querido se encuentra en una situación de terminalidad.

c) Duelo ambiguo:

- Percepción de la persona ausente físicamente pero presente psicológicamente
- Percepción de la persona físicamente pero no psicológicamente. Ocurre con frecuencia en personas con demencias o daño cerebral que se encuentran en estado vegetativo.

TIPOS DE DUELO

d) Duelo patológico o complicado: reacción de mala adaptación a la pérdida del ser querido. Distintos tipos de duelo complicado:

- Duelo crónico: la persona no ha sido capaz de acabar el duelo, toda su vida gira en torno a la persona fallecida.
- Duelo congelado o retardado: en personas que inicialmente no han mostrado afectación o dolor por el fallecimiento del ser querido.
- Duelo enmascarado: la persona tiene los síntomas y conductas que la causan dificultades y sufrimiento, pero no las asocia con la muerte del ser querido.
- Duelo exagerado o eufórico: en este duelo puede aparecer una intensa reacción al duelo o negación de la muerte, llegando a pensar que la persona sigue viva

ATENCIÓN AL DUELO

La guía del National Institute of Clinical Excellence (NICE) establece un “modelo de atención al duelo de tres niveles”:

Nivel 1: Soporte e información del duelo y de los recursos disponibles

La mayoría de los dolientes reciben el apoyo que necesitan por parte de sus familiares y amigos, por tanto la función del profesional es informarle sobre el proceso de duelo y facilitarle los recursos de los que disponen.

Nivel 2: Asesoramiento

Algunas personas pueden requerir una ayuda profesional o una intervención psicológica.

Prestar atención al riesgo de la persona y a la detección precoz de problemas relacionados con el duelo por si fuera necesaria la derivación a una atención más especializada.

ATENCIÓN AL DUELO

Nivel 3: Intervención especializada

Personas con insuficientes recursos para afrontar la situación y con características de padecer duelo complicado, necesitarán atención especializada, que será proporcionada por equipos de salud mental, psicoterapeutas o profesionales expertos en el duelo.

Objetivos:

- Evaluar conductas problemáticas para determinar el tratamiento más adecuado
- Fomentar la aceptación de la realidad
- Aumentar y reforzar las conductas adecuadas,
- Reestructurar los pensamientos que causan un aumento en la intensidad y duración de las emociones.

BIBLIOGRAFÍA

•. Buigues Mengual F., Torres Pérez J., Mas Sesé G., Femenía Pérez M., Baydal Cardona R. Guía de Actuación Clínica en AP. Paciente terminal. [En línea] Generalitat Valenciana. Consellería de sanitat. 2010. [Acceso: junio 2018]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf

•. Arrieta Ayestarán M., Balagué Gea L., Bañuelos Gordon A., Clavé Arruabarrena E., Egaña Otaño L., Etxeberria Aguirre A., et al. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. [En línea] Vitoria-Gasteiz. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf

•Llauradó Sanz G. Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. Ene. [En línea] 2014. [Acceso: junio 2016] 8(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100006

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de Cuidados Paliativos. [En línea] Madrid. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (SECPAL) [Acceso: junio 2018] Disponible en: http://www.secpal.com/%5C%5CDocumentos%5CPaginas%5Cguiacp.pdf
- Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. An. Sist. Sanit Navar. 2007. 30(3): 163-76
- Lacasta Reverte M.A., Sanz Llorente B., Soler Saíz C. Yelamos Agua C., de Quadras Roca S., Gándara del Castillo A. Atención al Duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica y Protocolo de Actuación. [En línea] Madrid. Monografías SECPAL 2014. Disponible en:http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5C01_MONOGRAFIA%205%20-%20OK-20140622%20Para%20imprenta%20final%20final.pdf

TEMA 88. CASO CLÍNICO: INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA DOS MESES Y MEDIO DESPUÉS DEL PARTO.

ELISABET FRIGOLA FOLQUÉ

ÍNDICE

•Descripción del caso
•Pruebas complementarias y controles
•Pautas y evolución
•Tratamiento y evolución post tratamiento farmacológico
•Diagnóstico y conclusiones
•Bibliografía

Caso clínico: inicio de la lactancia materna dos meses y medio después del parto.

Descripción del caso. Madre de 32 años de edad con bebé de 2 meses y medio diagnosticado de fisura palatina en el nacimiento.
Se desaconseja la lactancia materna en el hospital por parte del equipo de obstetrícia y pediatría, para asegurarse una mejor alimentación del bebé mediante lactancia artificial con biberón y tetina anatómica adaptada a la malformación del paladar.
Se administra a la madre 2 comprimidos de Dostinex® 0,5mg dosis única, 13 horas después del parto.

Pruebas complementarias y controles.

Se realizan controles de peso semanales al bebé donde tiene una ganancia ponderal correcta.

A las 8 semanas de vida, el bebé, tiene la primera visita con cirurgia pediátrica del hospital de referencia. Se le toma la imprenta al bebé y se hace prótesis bucal palatina. Se educa a la madre en la colocación e higiene de la prótesis, como en el cambio de tetinas que tiene que llevar a cabo, pasando de una tetina anatómica adaptada con agujero grande, a una tetina de inicio de lactancia (tetinas de 0 meses) con agujero pequeño para que el paciente aprenda a succionar.

En el control de peso semanal, a las 9 semanas de vida, la madre manifiesta a la enfermera de pediatría su deseo de poder dar de mamar a su hijo, es entonces pués dónde se inician las pautas de relactación.

Pautas:

- Estimular el pecho cada 2h con el sacaleches, 5 minutos cada pecho.
- Extracción nocturna cada 3-4h, con una extracción entre las 2:00 y las 5:00, momento en que los niveles de prolactina son más altos.
- Buscar un ambiente tranquilo, usar soportes como mirar el niño, oler piezas de ropa del bebé...mientras se extrae/estimula el pecho con el sacaleches.
- Soporte familiar indispensable.
- Antes de la extracción masages circulares en los pechos.
- Antes de la extracción realizar durante 2min masage PIS (Presión inversa suavizante) para ablandar los pezones.
- Ponerse el bebé al pecho, progresivamente i siempre con relactadores.

Evolución:

A la semana la paciente vuelve a la consulta, al quinto día de la estimulación empezó a lactar, con una extracción máxima de 3ml.

Tratamiento:

- Introducción de galactogogos:
- Metoclopramida 10mg c/8h durante 14dias

Evolución post tratamiento farmacológico:

- A las 10 semanas de vida del bebé se empieza a poner al bebé al pecho y hacer la toma con relactadores para aumentar la estimulación del pecho y la creación de leche.
- A las 11 semanas de vida del bebé la madre ya hace extracciones de leche de 60ml por toma. Es cuando se van reduciendo progresivamente los complementos de lactancia artificial, la reducción es de 50cc de leche semanalmente.
- A la semana 15 de vida, se establece definitivamente la lactancia mixta del niño, con una toma de lactancia artificial de 180ml por la mañana, tomas diurnas pecho y completando con 50-60cc de leche artificial o leche materna extraída con sacaleches, y tomas nocturnas con lactancia materna exclusiva.
- Durante este proceso se a pesado al niño semanalmente, el objetivo era de una ganancia mínima de peso de 125gr/semana y se consigue una ganancia media de 140gr/semana.
- Se realiza cambio mensual de la prótesis bucal del niño.

Diagnóstico: Inducción en la lactancia materna.

Conclusiones. La lactancia materna está demostrado que es el mejor alimento para un bebé recién nacido.
Bebés con malformaciones orofaciales congénitas no se les debe negar la leche materna, si es que la madre está dispuesta a proceder a la extracción de leche para después poder administrarle a su hijo, ya sea con biberón, jeringa, vaso o cuchara.
Un buen asesoramiento en lactancia materna, en éste caso hubiera evitado la toma de Dostinex® y hubiese fomentado la lactancia materna adaptada al niño con fisura palatina.
La relactación es posible días o pocas semanas siempre que se siga una pauta estricta horaria en la estimulación del pecho, así como también una ayuda con galactogogos y un gran apoyo familiar y profesional.

BIBLIOGRAFÍA

-Newman-Goldfarb Protocols. © Jack Newman, MD FRCPC and Lenore Goldfarb, Ph.D., IBCLC. November 2002. All rights reserved.

- The Newman-Goldfarb protocols were developed from information published in Dr. Newman's book "Dr. Jack Newman's Guide to Breastfeeding" (Harper-Collins, 2000). In the US the title is "The Ultimate Breastfeeding Book of Answers" by Dr. Jack Newman (Prima Publishing, 2000)

TEMA 89. SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CLAUDIA PATRICIA FORERO FORERO

LAURA CARMONA HERRERIAS

MARIA VIRTUDES LOPEZ AYALA

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- DIAGNOSTICO
- TRATAMIENTO
- PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS) es el trastorno mas común del sueño producido por el cese intermitente de la respiración durante mas de 10 segundos aproximadamente, puede haber a la vez una desaturación de oxigeno en sangre y despertar transitorio, junto a ronquidos en la mayoría de los casos, con la consecuente somnolencia diurna posterior así como trastornos neuropsiquiátricos y cardiocirculatorios secundarios. Además de otros factores como la edad, sexo, menopausia, tabaquismo y consumo de alcohol, la obesidad constituye un elemento de riesgo de desarrollo de SAOS multiplicando por 10 la probabilidad de su aparición. En casos de obesidad mórbida puede alcanzar una prevalencia del 80% en varones y 50% en mujeres.

DIAGNOSTICO

Se efectua con una entrevista clínica y exploración física, al igual que una polisomnografía, prueba diagnóstica de confirmación de la enfermedad. Consiste en la recogida de una serie de variables fisiológicas durante el sueño y se realiza en un hospital.

Entre las variables que se estudian destacan: movimientos oculares y musculares, flujo de aire en la boca y nariz, saturación de oxihemoglobina e intensidad del ronquido. De esta manera se clasifica el SAOS en función del número de apneas/hora, de la sintomatología asociada y de la desaturación de oxihemoglobina y se correlaciona con la mortalidad asociada. Un > 50 apneas/hora se considera grave, mientras que un número entre 10-20 apneas/hora, leve. El aumento de la mortalidad es debido a trastornos cardiovasculares.

TRATAMIENTO

La SAOS no tiene tratamiento farmacológico actualmente es por eso que los objetivos son:

- Restablecer la respiración uniforme durante el sueño.
- Aliviar los síntomas como los ronquidos fuertes y el sueño durante el día.

Se pueden tomar unas medidas como:

- Cambios en el estilo de vida
  - Higiene del sueño: Debe asegurarse un ambiente que favorezca y mantenga el sueño evitando temperaturas extremas, ruidos…
  - Pérdida de peso: precisa un cambio en los hábitos alimentarios (disminución de la ingesta calórica) y en el estilo de vida (incremento del ejercicio).
  - Ingesta alcohólica: evitar su ingesta en las horas previas al sueño.

- Abandono del hábito tabáquico.
- Fármacos: evitar benzodiacepinas, ya que disminuyen la respuesta ventilatoria. Es preferible el uso de hipnóticos no benzodiacepínicos.
- Posición corporal: se agrava al adoptar la posición decúbito supino.

- Dispositivos respiratorios : El empleo de la presión positiva continua sobre la vía respiratoria conocido como CPAP es el tratamiento de elección. No es un tratamiento curativo sino de mejora de la calidad de vida del paciente.

- Cirugía

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS

- Van dirigidos a los problemas que presenta el paciente:

  - Insomnio r/c higiene del sueño inadecuada m/p sueño no reparador, falta de energía y disminución de la calidad de vida.
  - Conocimientos deficientes r/c falta de exposición m/p verbalización del problema
  - Fatiga r/c deprivación del sueño m/p somnolencia e incapacidad para restaurar la energía incluso después del sueño.
  - Disconfort r/c ventilación mecánica no invasiva m/p deterioro del patrón de sueño, irritabilidad e informe de sentirse incómodo.

BIBLIOGRAFÍA

• José Angel González-Pliegoa, Daniel Hernández-Gordillob, Edgar Castañeda-Barragána, Leopoldo García-Lamasa y César Manuel Guzmán-Sánchez. Apnea obstructiva del sueño y cardiopatía isquémica. Las evidencias de su relación. Arch Cardiol Mex. 2015;85(1):16-22.

• J. Salvador, J. Iriarte, C. Silva, J. Gómez Ambrosi, A. Díez Caballero, G. Frühbeck. El síndrome de apneas obstructivas del sueño en la obesidad: un conspirador en la sombra. REV MED UNIV NAVARRA/VOL 48, Nº 2, 2004, 55-62.

• O. Sanz Capdevilla, D. Gozal.Consecuencias neurobiológicas del síndrome de apnea del sueño infantil. REV NEUROL 2008; 47 (12): 659-664.

TEMA 90. CUIDADOS ENFERMEROS A UN PAIENTE DIABETICO

CLAUDIA PATRICIA FORERO FORERO

LAURA CARMONA HERRERIAS

MARIA VIRTUDES LOPEZ AYALA

ÍNDICE

1. INTRODUCCION
2. VALORACION Y SEGUIMIENTO
3. TRATAMIENTO
4. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La diabetes es una enfermedad crónica originada por la falta de síntesis de insulina por el páncreas necesaria para el cuerpo humano o debido a su uso eficaz.

La insulina es producida por el páncreas la cual mantiene los valores adecuados de glucosa en sangre. Ayuda a que la glucosa entre en el organismo y sea transportada a las células para ser almacenada y formar la energía que hace que funciones los músculos y tejidos.

Las personas con diabetes tienen un exceso de glucosa en sangre (hiperglucemia) porque no es distribuida adecuadamente.

Las causas de la diabetes tipo 1 son principalmente la destrucción progresiva de las células del páncreas, que producen insulina. Surge en la infancia, la adolescencia y los primeros años de la vida adulta.

La diabetes tipo 2 es originada por producción escasa de insulina, junto con el aprovechamiento insuficiente de dicha sustancia por parte de las células.

La Diabetes Mellitus (DM) es un problema de salud pública, ha aumentado de manera alarmante en los últimos años.

La Atención Primaria (AP) es el nivel asistencial en donde se encuentra una adecuada respuesta para el control de su situación de salud. El aumento de la cronicidad hace necesario que los profesionales de enfermería de AP asuman un papel protagonista en el seguimiento de estos pacientes, fomentando roles de mayor autonomía y responsabilidad.

Haciendo una valoración adecuada a cada caso y a la vez enseñando hábitos saludables y dando seguimiento para que la enfermedad sea llevada de la mejor manera posible y presente la menor cantidad de complicaciones.

VALORACION Y SEGUIMIENTO

La valoración inicial trata de establecer con seguridad el diagnóstico y tipo de diabetes del paciente, así como las posibles complicaciones presentes y otros problemas de salud. Registrar el consumo de alcohol y tabaco y de fármacos especialmente de los que puedan alterar el metabolismo glucémico.

El personal de enfermería tiene que estar capacitado para emplear una correcta valoración que incluye:

Anamnesis: Antecedentes personales y familiares de diabetes y enfermedad cardiovascular.

Síntomas: - Metabólicas: (hipoglucemia, poliuria, polidipsia, pérdida de peso). - Neuropáticas: (calambres, parestesias, alteración ritmo intestinal, impotencia). - Cardiovasculares: (dolor torácico de esfuerzo o en reposo, claudicación intermitente).

Uso de fármacos.
Consumo de alcohol y tabaco.
Exploración física: Peso, talla, IMC, perímetro cintura. Tensión arterial y frecuencia cardiaca.
Pie: pulsos, temperatura, sensibilidad, lesiones, deformidades, callos, calzado.
Exploraciones complementarias:
Analítica: glucemia, HbA1c, creatinina, perfil lipídico, microalbuminuria (cociente albúmina/creatinina), filtrado glomerular (FG), sedimento.
ECG.
Valorar DOPPLER de bolsillo de EEII.
Interconsulta a Oftalmología: agudeza visual, tonometría y fondo de ojo.
Valoración de riesgo cardiovascular.
Valoración de la presencia de otra enfermedades no relacionadas con diabetes.

TRATAMIENTOS

El tratamiento de la diabetes mellitus se basa en tres pilares: dieta, ejercicio físico y medicación. Tiene como objetivo mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de la normalidad para minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad. En muchos pacientes con diabetes tipo 2 no sería necesaria la medicación si se controlase el exceso de peso y se llevase a cabo un programa de ejercicio físico regularmente. Sin embargo, es necesario con frecuencia una terapia sustitutiva con insulina o la toma de fármacos hipoglucemiantes por vía oral.

- Fármacos:
  - Fármacos hipoglucemiantes orales
  - Tratamiento con insulina: se administra a través de inyecciones en la grasa existente debajo de la piel del brazo, abdomen y muslos.

- Jeringuillas tradicionales:
- Plumas para inyección de insulina
- Jeringas precargadas

Penetra más rápidamente si se inyecta en el abdomen. Se recomienda inyectar siempre en la misma zona, aunque desplazando unos dos centímetros el punto de inyección de una vez a otra. Hay que evitar las inyecciones en los pliegues de la piel, la línea media del abdomen y el área de la ingle y el ombligo.

BIBLIOGRAFÍA

- José Humberto Pichardo Hernández, Norberto Enrique Elizaldi Lozano. Alcances de una estrategia educativa en pacientes diabéticos de una unidad de medicina familiar. Aten Fam 2015;22(4).
- Domingo Orozco Beltrán, Manel Mata Cases, Sara Artola, Pedro Conthe, Javier Mediavilla y Carlos Miranda. Abordaje de la adherencia de la diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Aten Primaria. 2016;48(6):406-420.
- M.A. Zenteno López, I. Tzontehua Tzontehua, E. Gil Londoño, S. Contreras Arroy y R. Galicia Aguilar. Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en las personas con diabetes tipo 2. Enfermería Universitaria. 2016;13(2):130-137.

TEMA 91. HIPOTIROIDISMO E HIPERTIROIDISMO.

LUZMILA MARÍA SALCAN LONDO.

ÍNDICE:

1. **¿QUÉ ES LA GLADULA TIROIDES?**
2. **¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEL HIPERTIROIDISMO?**
3. **¿CUÁL ES LA CAUSA DEL HIPERTIROIDISMO?**
4. **¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL HIPERTIROIDISMO?**
5. **¿CÓMO SE TRATA EL HIPERTIROIDISMO?**
6. **¿CUÁL ES LA CAUSA DEL HIPOTIROIDISMO?**
7. **¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEL HIPOTIROIDISMO?**
8. **¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL HIPOTIROIDISMO?**
9. **¿CÓMO SE TRATA EL HIPOTIROIDISMO?**

1.¿QUÉ ES LA GLADULA TIROIDES?

- La glándula tiroides tiene forma de mariposa y normalmente se localiza en la parte de adelante del cuello, su trabajo es formar las hormonas tiroideas, volcarlas al torrente sanguíneo y entregarla a todos los tejidos del cuerpo. Las hormonas tiroideas ayudan al cuerpo a utilizar energía, mantener la temperatura corporal y a que el cerebro, el corazón, los músculos y otros órganos funcionen normalmente.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEL HIPERTIROIDISMO?

- **El hipertiroidismo leve pueden no tener ningún síntoma. Los síntomas se hacen más importantes a medida que la enfermedad empeora, y generalmente se relacionan con un aumento del metabolismo corporal. Por lo general, el hipertiroidismo comienza lentamente, de modo que sus síntomas pueden confundirse con estrés u otros problemas de salud. Puede provocar varios síntomas, que incluyen:**

- **Pérdida de peso.**
- **Latidos cardíacos rápidos, latidos cardíacos irregulares o latidos cardíacos fuertes.**
- **Nerviosismo, ansiedad o irritabilidad.**
- **Temblores (en la manos y en los dedos).**
- **Cambios en los patrones menstruales (por lo general, menos flujo, periodos menos frecuentes) en las mujeres.**

2. ¿CUALES SON LOS SINTOMAS DEL HIPERTIROIDISMO?

- **Aumento de la sensibilidad al calor.**
- **Aumento de la transpiración.**
- **Cambios de los patrones intestinales.**
- **Agrandamiento de la glándula tiroides (que se llama bocio), que puede aparecer como una hinchazón en la base del cuello**
- **Fatiga**
- **Debilidad muscular**
- **Dificultades para dormir**
- **Aumento del apetito**
- **Los adultos mayores pueden tener síntomas sutiles, como aumento de la frecuencia cardiaca, aumento de la transpiración y una tendencia a cansarse mas durante las actividades normales.**

3. ¿CUÁL ES LA CAUSA DEL HIPERTIROIDISMO?

- La causa más frecuente (en más del 70% de las personas) es la sobreproducción de hormona tiroidea por parte de la glándula tiroides. Esta condición también se conoce como enfermedad de Graves. La enfermedad de Graves es causada por anticuerpos en la sangre, los cuales estimulan a la glándula tiroides a crecer y a segregar exceso de hormona tiroidea. Este tipo de hipertiroidismo tiende a ocurrir en familias, y es más frecuente en mujeres jóvenes. Otro tipo de hipertiroidismo se caracteriza por uno o varios bultos en la tiroides que pueden crecer gradualmente y aumentar su actividad, de modo que la cantidad de hormona tiroidea liberada en la sangre es mayor que lo normal. Esta condición se conoce como Bocio tóxico nodular o multinodular.

4. ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL HIPERTIROIDISMO?

- **Examen físico generalmente detectará una glándula tiroidea grande y un pulso rápido. El médico también buscará piel húmeda y suave y temblor de los dedos. Sus reflejos probablemente estarán aumentados, y sus ojos también pueden presentar ciertas anormalidades si usted tiene la enfermedad de Graves.**
- **El diagnóstico de hipertiroidismo será con pruebas de laboratorio que miden la cantidad de hormonas tiroideas –tiroxina (T4) y triyodotironina (T3)- y hormona estimulante de la tiroides (TSH) en la sangre. Un nivel alto de hormonas tiroideas, unido a un nivel bajo de TSH es común cuando la glándula esta hiperactiva.**

5. ¿CÓMO SE TRATA EL HIPERTIROIDISMO?

- **No existe un tratamiento único que sea el mejor para todos los pacientes con hipertiroidismo. El tratamiento que el médico seleccionará dependerá de la edad del paciente y el tipo de hipertiroidismo que usted tiene, la severidad del hipertiroidismo y otras condiciones médicas que puedan afectar su salud.**
- **El hipertiroidismo generalmente se trata con uno o más de lo siguiente:**

- **Drogas anti tiroides: Drogas conocidas como agentes anti tiroideos. Metimazol (Tapazol) o propiltiouracilo (PTU) pueden ser recetados si su médico decide tratar el hipertiroidismo obstruyendo la capacidad de la glándula tiroides de producir hormona tiroidea controlan el hipertiroidismo rápidamente sin causar daño permanente a la glándula tiroides.**

5. ¿CÓMO SE TRATA EL HIPERTIROIDISMO?

- Yodo radioactivo: Otra manera de tratar el hipertiroidismo es dañando o destruyendo las células tiroideas que producen hormona tiroidea.Como estas células necesitan yodo para reproducir hormona tiroidea, ellas captarán cualquier forma de yodo que esté en la sangre, sea éste radioactivo o no se administra vía oral, usualmente en forma de cápsula pequeña que se toma una sola vez. Una vez que se traga el yodo radioactivo penetra en la corriente sanguínea y es captado rápidamente por las células tiroideas hiperactivas.

5. ¿CÓMO SE TRATA EL HIPERTIROIDISMO?

- **Cirugía: Su hipertiroidismo puede ser curado en forma permanente removiendo quirúrgicamente la mayor parte de su glándula tiroides. Usualmente, durante unos días antes de la cirugía, el cirujano puede indicar tomar unas gotas de yodo no radioactivo- bien sea yodo Lugol o yoduro de potasio sobresaturado. Este yodo adicional reduce el suministro de sangre a la glándula tiroides haciendo la cirugía más fácil y segura.**
- **Betabloqueantes: Sin importar cual de estos tres métodos de tratamiento reciba para su hipertiroidismo, el médico podrá prescribir una clase de medicamentos conocidos como agentes betabloqueantes, los cuales obstruyen la acción de la hormona tiroidea en el cuerpo.pueden ser extremadamente útiles en reducir su frecuencia cardiaca, los temblores y el nerviosismo hasta que una de las otras formas de tratamiento haya tenido la oportunidad de ejercer su efecto.**

6. ¿CUÁL ES LA CAUSA DEL HIPOTIROIDISMO?

- **La causa más común de hipotiroidismo es una enfermedad autoinmune llamada tiroiditis de Hashimoto. En la tiroiditis de Hashimoto, los anticuerpos atacan la tiroides y previenen que esta produzca una cantidad suficiente de hormona.**
- **Otras causas comunes del hipotiroidismo son:**

- **Enfermedad congénita- Aproximadamente 1 de cada 3,000 lactantes nacen con un defecto en la tiroides o sin tiroides.**
- **Trastorno de hipófisis- La hipófisis (llamada también glándula pituitaria) produce una hormona estimulante del tiroides (tirotropina) que le indica a la glándula tiroides cuanta hormona tiroidea debe producir.**

6. ¿CUÁL ES LA CAUSA DEL HIPOTIROIDISMO?

- **Embarazo- Algunas mujeres desarrollan hipotiroidismo durante o después del embarazo, puesto que sus cuerpos producen anticuerpos que atacan la glándula tiroidea. Si esta condición no se trata, el hipotiroidismo puede poner en peligro la salud tanto de la madre como del bebé.**
- **Deficiencia de yodo- El yodo es un oligoelemento que el cuerpo usa para producir hormonas tiroideas.**
- **Usted tiene mayor riesgo de desarrollar hipotiroidismo si usted:**
- **Tiene un familiar cercano que padece una enfermedad autoinmune**
- **Ha sido tratado con yodo radioactivo o con medicamentos anti tiroides**
- **Ha recibido radioterapia en su pecho o en la parte superior de su pecho**
- **Ha tenido cirugía en la glándula tiroides**

7. ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEL HIPOTIROIDISMO?

- **Los síntomas del hipotiroidismo tienden a presentarse lentamente. Estos pueden ser distintos entre caso y caso. Los síntomas iniciales incluyen:**

- **Heces duras o estreñimiento**
- **Aumento de la sensibilidad al frío**
- **Fatiga o sentirse lento**
- **Periodos menstruales mas fuerte de lo normal Dolor muscular o articular**
- **Palidez o piel reseca**

7. ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEL HIPOTIROIDISMO?

- **Tristeza o depresión**
- **Cabello o uñas quebradizas y débiles**
- **Debilidad Aumento de peso (involuntario)**
- **Cara hinchada**
- **Voz ronca**
- **Nivel elevado de colesterol en sangre**
- **Dolores, calambres, sensibilidad al tacto o rigidez muscular**
- **Agrandamiento visible dela glándula tiroides**

8. ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL HIPOTIROIDISMO?

- Si el paciente tiene síntomas de una tiroides menos activa de lo normal, el médico le hará pruebas de sangre para medir los niveles de hormonas tiroideas y de hormona estimulante del tiroides (tirotropina). Algunos médicos recomiendan que a las mujeres mayores de edad se les haga una prueba para hipotiroidismo durante los exámenes físicos de rutina. También algunos recomiendan que la prueba se le haga a las mujeres embarazadas y a las que están pensando quedar embarazadas.

9. ¿CÓMO SE TRATA EL HIPOTIROIDISMO?

- **El hipotiroidismo se puede tratar con éxito, y debe tratarse, ya que si no se trata, puede llevar a enfermedades graves del corazón (cardiomiopatía, insuficiencia cardiaca), así como a una situación gravísima que se llama coma mixedematoso, que suele desencadenarse por estrés, enfermedades concomitantes o cirugía en un hipotiroideo severo previo, y que hay que tratar hospitalariamente con hormonas tiroideas intravenosas.**
- **El tratamiento del hipotiroidismo consiste en la reposición de las hormonas tiroideas con la hormona sintética levotiroxina (Levothroid). La cantidad diaria necesaria suele estar en 100-150 microgramos.**

10. BIBLIOGRAFIA:

- **https://medicinamnemotecnias.blogspot.com/2016/02/hipotiroidismo-e-hipertiroidismo.html**
- **http://www.cuidatutiroides.com/t/diferencias_hipotiroidismo_hipertiroidismo/**
- **https://www.youtube.com/watch?v=2rutw0mVCGI**
- **https://blog.saludonnet.com/hipotiroidismo-e-hipertiroidismo-causas-y-tratamiento**

TEMA 92. ANÁLISIS DE LA RUBÉOLA. UNA PERSPECTIVA DESDE LA SALUD COMUNITARIA

ROCÍO MORENO SÁNCHEZ
JOSÉ DAVID MARTÍNEZ CASTILLO
Mª ANGELES MORENO SÁNCHEZ

CONCEPTO Y SINTOMATOLOGÍA

La rubéola se define como una enfermedad de carácter viral exantemática con afectación principal en edad pediátrica y en adultos jóvenes. Supone una amenaza durante el embarazo por sus efectos teratógenos, ya que puede desencadenar malformaciones fetales como el síndrome de rubeola congénita (SCR) o incluso aborto espontáneo.

En esta enfermedad es característico la presencia de un exantema máculopapular en cara y cuello, extendiéndose al resto del cuerpo durante 1-3 días. Este exantema que aparece es equivalente al del sarampión aunque menos amplio y desaparece antes. Otros de los signos y síntomas que aparecen son el malestar general, fiebre, conjuntivitis leve y linfadenopatías.

En cuanto a su transmisión, la misma se puede producir desde 5-7 días antes de la aparición del exantema, aunque resulta más contagioso durante la presencia del mismo. Por su parte, el periodo de incubación medio es de 14 días con un rango de 12-23 días. Este tipo de infección constituye una enfermedad de declaración obligatoria y los profesionales sanitarios deben comunicarla debido su relevancia para la comunidad.

Si se analiza la cadena epidemiológica, se encuentra que el reservorio de la infección es el hombre y su mecanismo de transmisión es el contacto directo con secreciones respiratorias de personas infectadas o la inhalación de las secreciones a partir de gotitas.

RUBÉOLA Y EMBARAZO

La infección por rubéola después del parto no suele presentar un riesgo para el organismo. Sin embargo, la rubéola previa al nacimiento ocasiona grandes daños en el feto. Además, la gravedad de la infección dependerá de la etapa gestacional en la que se encuentre la embarazada.

De esta manera, cuando el contagio se produce en las primeras 11 semanas del embarazo, la probabilidad de trasmisión al feto es mayor y se produce el síndrome de rubéola congénita (SCR). Se caracteriza por defectos oculares, sordera, problemas cardiacos y neurológicos, así como un retraso en el crecimiento. A partir de ahí, el riesgo de SRC se reduce, hasta que a partir de la semana 20 de gestación es extraño que aparezcan estos efectos. En el caso de que se produzca el SCR, el bebé podrá traspasar la enfermedad varios meses después de nacer.

PREVENCIÓN E INMUNIDAD

La vacuna triple vírica inmuniza contra sarampión, rubéola y parotiditis. Esta vacuna es de virus vivos atenuados y con ella se consigue una efectividad alta y una inmunidad prolongada. La inmunidad se procura en niños mediante dos dosis, una dosis de los 12 a 15 meses de vida y otra de los 4 a los 6 años (siempre en función del calendario vacunal vigente en esa Comunidad Autónoma).

Por su parte, la rubéola constituye una enfermedad candidata a erradicarse, ya que se consiguen altas coberturas en nuestra población. Sin embargo, hay mujeres embarazadas que no están inmunizadas contra este tipo de enfermedades. En algunas ocasiones, se realizan pruebas de screening a mujeres en edad fértil para detectar si están inmunizadas. En el caso de que no lo estén será necesario establecer la pauta de vacunación.

Así, resulta fundamental la planificación del embarazo tras la inmunoprevención con la vacuna ya que; su inoculación está restringida durante la gestación. Solamente estará indicada la vacunación en casos concretos donde suponga un balance positivo tanto para la madre como para el bebé.

DIAGNÓSTICO

Para establecer el diagnóstico de la enfermedad se realiza una evaluación clínica donde se valora la sintomatología presente y además, se pueden realizar pruebas serológicas que determinen la causa de la infección.

Analizando los signos y síntomas concretos que aparecen, se puede establecer un diagnóstico diferencial descartando otras posibles infecciones exantemáticas que cursan con sintomatología similar, como por ejemplo el sarampión, la varicela o la escarlatina. Así, por ejemplo, para distinguir la rubéola del sarampión, en este último se presenta un exantema más intenso, de color más rojizo y con fiebres más altas.

EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL

En el año 1980 se establece en España la vacunación frente a la infección de la rubéola, consiguiendo coberturas vacunales del 80% en tan solo cinco años. A pesar de la gran aprobación, todavía existen mujeres en nuestra población con posibilidad de tener hijos que no han sido inmunizadas contra esta enfermedad.

En el año 2005 la OMS propuso el control de la rubeola congénita a través de grandes coberturas vacunales y fortaleciendo la vigilancia epidemiológica. Además, se creó en el año 2008 el ´´Protocolo de Vigilancia de la Rubéola y del Síndrome de Rubéola Congénita en la Fase de eliminación´´ donde se explica el concepto de enfermedad, su clínica y cómo notificar y actuar ante un caso de rubéola.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aldaz Herce P, Morató Agustí ML, Gómez Marco JJ, Javierre Mirada AP, Marín Marín S, Moreno Millán N, et al. Prevención de las enfermedades infecciosas. Actualización PAPPS en vacunas 2018. Aten Primaria. 2018; 50(1): 66-82.

2. Masa Calles J, Peña Rey I, Castellanos Ruiz T, Martínez de Aragón MV. Protocolo de Vigilancia de la Rubéola y del Síndrome de Rubéola Congénita en la Fase de Eliminación. [monografía en Internet]. Madrid: RENAVE; 201 [acceso 18 junio de 2018]. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/Protocoloeliminacionrubeola.pdf

BIBLIOGRAFÍA

3. Manual MSD [Internet]. 2018. *Rubéola o rubeola (Sarampión alemán, sarampión de los 3 días, alfombrilla).* [Consultado 24 de junio 2018]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-virales-diversas-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/rub%C3%A9ola-o-rubeola

4. Pachón del Amo I. Impacto de los programas de vacunación en España. Aten Primaria. 2005; 35(6): 314-7.

TEMA 93. BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

ELIZABETH ESTEO CANO

JOSE DAVID PIEDRA LARA

ÍNDICE

- Definición
- Epidemiología
- Etiología
- Factores implicados
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Conclusión

Definición:

La presencia de gérmenes en la orina en personas que carecen de signos o síntomas de infección constituye un problema frecuente que conviene saber interpretar para evitar el tratamiento inadecuado y los problemas asociados al consumo excesivo de antibióticos.

La bacteriuria asintomática se define como la presencia de bacterias en el urocultivo en personas sin síntomas de infección. Su definición tiene un carácter cuantitativo en función del número de gérmenes aislados en la muestra de orina espontánea.

Para la Asociación Americana de Enfermedades Infeccionsas (IDSA):

- En mujeres son necesarios dos urocultivos consecutivos con aislamiento del mismo germen con igual o más de 100.000 UFC/ml
- En los hombres, como la presencia de 100.000 UFC/ml en un único urocultivo
- En caso de orina obtenida a través de sondaje, la presencia de 100 UFC, tanto en hombres como mujeres.
- En punciones suprapúbicas, cualquier cantidad de gérmenes sería suficiente.

Epidemiología:

Su prevalencia es común y varía en función de varios factores como la edad, el sexo, la presencia de diabetes, alteraciones urinarias. Se incrementa con la edad: desde menos del 1% en recién nacidos vivos hasta el 10-20% de mujeres de 80 años. Sólo entre el 1%-5% de las mujeres premenopaúsicas no embarazadas presentan bacteriuria asintomática. Sin embargo, más del 15% de mujeres y hombres con edades entre los 65 y 80 años y entre el 40% y 50% en mayores de 80 años la presentan Los pacientes institucionalizados también tienen más probablemente bacteriuria, presentes en el 20-50% de ancianos no portadores de sonda y del 100% en los sondados.

- En hombres jóvenes es escasa, pero según aumenta la edad, lo hace también su proporción dada la mayor incidencia de problemas urinarios e hiperplasia de próstata. La tasa de bacteriuria es tres veces mayor en mujeres diabéticas tipo 2 (8-17%) que en no diabéticas. Sin embargo, el screening rutinario no está recomendado dado que no reduce la incidencia de ITU sintomática o pielonefritis.
- Las relaciones sexuales son un factor predisponente, que aumenta en función del número de encuentros sexuales y del número de parejas.
- La presencia de sonda vesical o catéteres urinarios aumenta el riesgo de bacteriuria, 9-23% en sondajes de corta duración y del 100% en los de larga duración.

Etiología:

- El germen más frecuentemente aislado en la orina de pacientes con bacteriuria asintomática es la *Escherichia coli,* independientemente de la edad o sexo; *Klebsiella pneumonia, Proteus mirabillis y Enteroccocus faecalis*, son otros microorganismos implicados en menor proporción.

- En pacientes portadores de sonda urinaria a largo plazo, la bacteriuria polimicrobiana es la norma, siendo *Pseudomona aeruginosa, Staphylococcus Morganella morgagni y Providentia stuartii* otros gérmenes presentes. En pacientes ingresados pueden aparecer otros patógenos como *Enterococcus spp., Cándida* y otras enterobacterias.

- El Streptococcus agalactiae es relativamente frecuente y su potencial patógeno y relevancia clínica se considera de poco valor, siempre que no se trate de mujeres embarazadas.

Factores implicados:

- La mayor parte de los pacientes que sufren infecciones urinarias recurrentes lo hacen por diferentes microorganismos, lo que implica un recambio dinámico de las bacterias causantes en el interior de la vejiga. La presencia de bacteriuria depende tanto de factores dependientes del germen como del huésped.
- Factores de virulencia del germen (fimbrias, lipopolisacáridos y toxinas) o susceptibilidad a la enfermedad (proteínas receptoras del urotelio y adecuada activación de la inmunidad) se encuentran implicados. Las *E. coli* uropatógenas expresan un perfil de fimbrias marcadamente diferentes que en aquellas presentes en la bacteriuria asintomática.

- De todas estas, la tipo P es la que más fuertemente muestra correlación con la gravedad de la enfermedad. Está presente en más del 90% de aquellas que producen pielonefritis frente a sólo el 20% de las bacterurias asintomáticas.

- El lipopolisacárido es una endotoxina de las bacterias gram negativas que induce la activación del sistema inmunitario, responsable de la fiebre y la enfermedad sistémica de la sepsis y protege al microorganismo frente a las defensas del receptor. Bacterias mutadas han mostrado una significativa reducción de la virulencia en modelos experimentales.

- La hemolisina, toxina producida por *E. coli*, ha mostrado correlación con la severidad de la infección, encontrada en el 14% de las bacteriurias asintomáticas y en el 47% y 31% de las cistitis y pielonefritis, respectivamente, causadas por *E. coli*.

- Factores del huésped son: el estado inmunitario, la presencia de diabetes (por glicosilación de proteínas que alteran la eficacia del sistema inmunitario, microangiopatía), vivir en residencias, presencia de litiasis urinaria o disfunción vesical de vaciado, son circunstancias que aumentan el riesgo de bacteriuria

- La orina tiene un efecto antimicrobiano natural, debido a la hipertonía osmótica con pH bajo (entorno a 6) y elevadas concentraciones de urea inhiben la mayoría de las bacterias; el nitrato en orina ligeramente ácida inhibe el crecimiento de algunas bacterias y la presencia de proteínas con efecto antimicrobiano como la de Tamm-Horsfall.
- La adquisición de mecanismos adaptativos que les permitan sobrevivir en este ambiente poco propicio para el crecimiento, favorecería la persistencia de bacterias en orina. Factores como la pérdida de la expresión de fimbrias en *E. coli*, reducen la respuesta inflamatoria[7].

- Citoquinas proinflamatorias como la IL-6 e IL-8 tienen una concentración menor en mujeres diabéticas.

- La dinámica y flujo urinario, como presencia de residuo postmiccional, favorecería la persistencia de bacterias.

- El déficit estrogénico que ocurre en la menopausa favorece los cambios de pH en la vagina con reducción de Lactobacilos y la proliferación de *E. coli* y otras enterobacterias.

Diagnóstico:

- Para su diagnóstico resulta imprescindible el urocultivo, dado el criterio de carácter cuantitativo microbiológico. La tira de orina para la detección de leucocitos (esterasa) no resulta útil ya que la leucocituria es una expresión de inflamación del tracto urinario, que puede ser resultado de otras enfermedades, y no es específica de infección.

- La IDSA no recomienda la realización rutinaria de detección de bacteriuria en mujeres premenopaúsicas no embarazadas, diabéticos, ancianos, pacientes hospitalizados sin síntomas de infección urinaria, ancianos residentes en residencias, pacientes con lesiones espinales o portadores de sondas urinarias.

- Sí está recomendado en caso de embarazadas y pacientes en los que se va a realizar cirugía urológica (RTU de próstata y otros procedimientos con sangrado de mucosa). La IDSA no establece recomendaciones en caso de trasplante de órganos sólidos.

Tratamiento:

- La mayor parte de las ocasiones, la bacteriuria asintomática no necesita tratamiento dada la ausencia de beneficio.

- El tratamiento de la bacteriuria asintomática se ha relacionado con mayores tasas de resistencia antimicrobiana y reinfección, y en algunos casos, con mayor tasa de infecciones sintomáticas. El mal uso de antibióticos, incrementa la morbilidad y mortalidad y los costes sanitarios, infecciones relacionadas con *Clostridium* y vaginosis bacterianas.

- El tratamiento de la bacteriuria asintomática con ciclos cortos incrementa la frecuencia de infecciones sintomáticas. La duración del tratamiento debería ser entre 3-7 días. El uso de β-lactámicos y nitrofurantoína son considerados seguros durante el embarazo[2].

a) Mujeres embarazadas Existe un consenso general en que la mujer embarazada sí debería someterse a screening de bacteriuria asintomática y en su caso, tratamiento antibiótico adecuado. La presencia de gérmenes en la orina se ha relacionado con mayor probabilidad de pielonefritis (20-30%), parto prematuro y bajo peso al nacimiento. En una revisión Cochrane, Smaill encuentra que el tratamiento con antibiótico reduce la probabilidad de pielonefritis aguda con RR 0,23; reducción de la incidencia de bajo peso al nacer de RR 0,64 y de prematuridad de RR 0,27

- El antibiótico elegido deberá tener en cuenta el antibiograma y la presencia del embarazo. Son considerados antibióticos útiles los β-lactámicos, la nitrofurantoína y la fosfomicina-trometamol. Deberían evitarse quinolonas, cotrimoxazol y aminoglucósidos. La duración debería ser de entre 3 y 7 días. Se admite dosis única de fosfomicina 3 gr. Hacer urocultivo de control una vez finalizado el tratamiento. Si persiste la bacteriuria, se realizará un nuevo ciclo de antibiótico según antibiograma de 14 días y control mensual hasta el parto. El primer análisis se hace en el primer trimestre de gestación o entre las 12-16 semanas. El gérmen que con más frecuencia se encuentra es *E. coli* (75-80%).

b) Mujeres premenopaúsicas, diabéticos, ancianos, pacientes institucionalizados.

- En estos pacientes no está recomendado la búsqueda activa de bacteriuria y por tanto su tratamiento, siempre que se encuentren asintomáticos. El uso de antibióticos está contraindicado porque no mejora la probabilidad de ITU sintomática o sepsis, incrementando el riesgo de efectos secundarios de los antibióticos, aumento de costes derivados de la asistencia y riesgo de resistencias antibióticas.

c) Instrumentaciones urológicas.

- En el caso de sondaje urinario, no está recomendado el uso de antibiótico profilácticos siempre que se realice con técnica estéril. No reduce la posibilidad de infección urinaria posterior y aumenta el riesgo de resistencias.[4] Sí podría valorarse en caso de sondaje traumático con hematuria.
- En portadores de sonda vesical a largo plazo, el screening y tratamiento de la bacteriuria o funguria asintomática no está recomendado. La profilaxis previa al recambio de sondaje sí estaría indicada en inmunodeprimidos o pacientes con riesgo de endocarditis.

- En caso de cirugía endoscópica prostática o cirugía en la que se presuponga lesión urotelial y sangrado, sí se recomenda el screening una semana antes de la intervención y poner antibiótico adecuado según el antibiograma. El momento sería inmediatamente antes de la intervención sin prolongarlo, salvo si se supone una corta duración del sondaje.

- Pruebas diagnósticas como la cistoscopia o el estudio urodinámico no precisan del screening de bacteriuria ni de tratamiento profiláctico.

d) Cirugía ortopédica

- Los datos disponibles no hacen recomendable el screening previo a cirugía de prótesis de cadera o rodilla dado que no es causa de infección del sitio quirúrgico y el tratamiento previo no está indicado.

e) Pacientes con lesión medular

- Los pacientes con lesión medular tienen mayor probabilidad de bacteriuria asintomática debido a sus problemas de dificultad de vaciado vesical o incontinencia y al uso de cateterismo intermitente. Suelen ser microorganismos poco frecuentes y resistentes a antibióticos. No está recomendado el screening y sólo se recomienda el tratamiento en caso de síntomas que pueden no estar relacionados con clínica urinaria como aumento de la incontinencia, fiebre o espasticidad.

f) Pacientes trasplantados

- En caso de trasplante renal, sólo está recomendado entre el primer y tercer mes tras la intervención. Para el resto de órganos, no existen recomendaciones.

Conclusión:

- La bacteriuria asintomática se trata de una condición frecuente, especialmente en determinados tipos de poblaciones, cuya búsqueda sistemática con urocultivos no resulta útil y que sólo debe tratarse en determinadas circunstancias para mejorar la eficacia y disminuir el efecto del mal uso de los antibióticos, admitiéndose como únicos supuestos las mujeres embarazadas y los pacientes que se van a someter a RTU de próstata.

BIBLIOGRAFÍA

Antón Jiménez M, Esteban Sáiz R, Ortés Gómez R. Infección urinaria. En: Tratado de Geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG); 2006. p. 429-433

Cai T, Koves B, Johansen TE. Asymptomatic bacteriuria, to screen or not to screen - and when to treat? Curr Opin Urol. 2017 Mar;27(2):107-111. doi: 10.1097/MOU.0000000000000368.

Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. Bacteriuria asintomática en la consulta de atención primaria. Inf Ter Sist Nac Salud 2008;32:45-51
Cochrane Database Syst Rev. 2015 Aug 7;(8):CD000490. doi: 10.1002/14651858. CD000490.pub3. Review

Cueto M, Aliaga L, Alós JI, Canut A, Los Arcos I, Martínez JA, *et al*. Executive summary of the diagnosis and treatment of urinary tract infection: Guidelines of the Spanish Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (SEIMC). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2017; 35(5):314-320

Dull RB, Friedman SK, Risoldi ZM, Rice EC, Starlin RC, Destache CJ. Antimicrobial treatment of asymptomatic bacteriuria in noncatheterized adults: a systematic review. Pharmacotherapy. 2014 Sep;34(9):941-60. doi: 10.1002/phar.1437. Epub 2014 May 7. Review

Ferroni M, Taylor AK. Asymptomatic bacteriuria in noncatheterized adults. Urol Clin N Am.2015;42:537-545

Givler DN, Givler A. Asymptomatic Bacteriuria. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan-.2017 Jun 12

Ipe DS, Horton E, Ulett GC. The Basics of Bacteriuria: Strategies of Microbes for Persistence in Urine. Front Cell Infect Microbiol. 2016 Feb 8;6:14. doi: 10.3389/fcimb.2016.00014. eCollection 2016. Review

Ipe DS, Sundac L, Benjamin WH Jr, Moore KH, Ulett GC. Asymptomatic bacteriuria: prevalence rates of causal microorganisms, etiology of infection in different patient populations, and recent advances in molecular detection. FEMS Microbiol Lett. 2013 Sep;346(1):1-10. doi: 10.1111/1574-6968.12204. Epub 2013 Jul 17. Review.

Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM; Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. Clin Infect Dis. 2005 Mar 1;40(5):643-54.

Nicolle LE. Asymptomatic Bacteriuria and Bacterial Interference. Microbiol Spectr. 2015 Oct;3(5). doi: 10.1128/microbiolspec.UTI-0001-2012. Review.

Nicolle LE. Asymptomatic bacteriuria. Curr Opin Infect Dis. 2014 Feb;27(1):90-6. doi: 10.1097/QCO.0000000000000019. Review

Smaill FM, Vazquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Aug 7;(8): CD000490

TEMA 94. CASO CLÍNICO: MANEJO DE ÚLCERA CUTÁNEA SECUNDARIA A PICADURA DE RAYA

AMAIA CORUJO ELIZALDE

IDOIA LAPARTE CAMPO

NAHIA ARRAIZA GULINA

ISABEL CELAYA CALVO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- PRESENTACIÓN DEL CASO
  - -Diagnostico
  - -Tratamiento
  - -Prevención
- VALORACIÓN
- ANÁLISIS DE LOS DATOS
- NANDA – NOC – NIC
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Las rayas (comúnmente conocidas como mantarrayas) son animales mayoritariamente marinos, con un cuerpo plano y elipsoidal. Se han adaptado a vivir en el fondo de la arena sobre líneas costeras, en mares de aguas templadas prácticamente a nivel mundial, sobre todo en aguas tranquilas como bahías o bocas de río. Poseen un aguijón venenoso en la cola, que se activa sólo si se encuentra en peligro y que sólo poseen algunas familias de estos peces. Es posible encontrar alguno de estos animales con más de un aguijón.

El contacto con el aguijón causa laceraciones y heridas. Por tratarse de una espina retroserrada, el daño tisular es mayor cuando el aguijón entra y sale de la herida. Su veneno es termolábil y soluble en agua y puede tener efectos sobre el sistema cardiovascular y respiratorio. Por esto, es importante saber que las rayas son potencialmente tóxicas para el hombre, con gran tendencia a la ulceración de las heridas e incluso a producir tétanos

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 27 años que es picada por una raya venenosa en noviembre de 2014 en el mar Pacífico nicaragüense.

La paciente presenta dolor agudo, punzante e intenso inmediatamente después de la picadura.
A nivel sistémico: ansiedad y diaforesis.

Diagnóstico

La paciente a su llegada al servicio de cirugía plástica presenta una úlcera de unos 8mm de diámetro mayor con fondo fibroso desvitalizado.

Tratamiento

1- En el momento de la picadura :

- Se sumerge el área afectada en agua caliente unos 30-60min (el veneno es termolábil y soluble en agua)
- Tratamiento del dolor: Enantyum 250mg c/12 horas durante 10 días vía oral
- Se revisa calendario antitetánico: no hay necesidad de vacunación por estar el calendario completo.

2- Cuidados de la herida post infección:

- Tratamiento antibiótico: tratamiento pautado en Nicaragua: pauta intramuscular de penicilina + lidocaína 1gr/3,5ml 1vial/ 24h durante 5 días
- En el servicio de cirugía plástica: debido a la evolución tórpida de la herida

  ** cultivo bacteriano (dic. 2014): resultado positivo a “pseudomona aeruginosa” y “stapylococo”

  ** cultivo bacteriano (enero 2015): resultado negativo

**Curas

1º cura: con apósito plata durante 1 mes (Fig.4).

2º cura: con betadine + mepitel durante 15 días

3º cura tras cicatrización: Uso de “Confeel” durante 2 semanas y Cicalfate masaje durante 3 meses

Se recomienda elevar el miembro y colocar paños de agua helada para disminuir la inflamación

Si se sospecha que permanencia del aguijón, se recomienda hacer radiografías.

En las lesiones por raya, las extremidades inferiores son las más afectadas.
Rara vez se producen lesiones mortales, pero existen casos de lesiones torácicas, cardiotoxicidad provocada por el veneno, shock e incluso la muerte.
Los síntomas más frecuentes son el dolor intenso, eritema y edema presentes en el 84% de los pacientes, necrosis de la piel en un 76% y manifestaciones sistémicas en un 66% de los casos.

Prevención

- Usar zapatos especiales para ir a la playa si se sospecha presencia de rayas
- Observar las señales de animales peligrosos
- No tocar animales muertos (todavía pueden contener veneno)
- Caminar arrastrando los pies para no pisar la raya.
- Usar un bastón para mover el agua al caminar y ahuyentarla

VALORACIÓN

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes.

He llevado a cabo la valoración del caso a partir de los Patrones funcionales de Margory Gordon (1982).

- **Patrón 1: Percepción - manejo de la salud**

  En un primer momento la paciente se encuentra muy ansiosa y con muchísimo dolor. A esto se le suma que está en un país extranjero y con un sistema sanitario muy diferente al suyo

  Conforme pasan los días el estado de ansiedad va desapareciendo, dando comienzo a un estado de tristeza e incertidumbre porque la ulcera no tiene buen aspecto

- **Patrón 2: Nutricional – Metabólico**

  Con una talla de 170 cm, 60 kilos de peso, la paciente sigue una dieta adecuada, pero al estar en otros país sus hábitos alimenticios han cambiado. Consume gran cantidad de arroz y frijoles, que aportan las proteínas necesarias en la dieta , y gran cantidad también de frutas tropicales

  En el pie persiste la ulcera necrosada debido a la picadura de la manta raya, con bordes eritematosos. La paciente refiere pie hinchado y dolorido especialmente a última hora del día, puesto que continua con su viaje con normalidad

- **Patrón 3: Eliminación**

  No sufre ningún tipo de incontinencia urinaria o fecal.

- **Patrón 4: Actividad – Ejercicio**

  Pasa gran parte del día caminando, la paciente continua con su viaje y su vida normal. Al regreso del viaje, sigue con su trabajo y sus actividades habituales.

- **Patrón 5: Sueño – descanso**

  Sueño y descanso sin alteraciones. Duerme una media de 8 horas al día, y no tiene problemas para conciliar el sueño. El descanso nocturno es reparador

- **Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo**

  La paciente se encuentra orientada en tiempo espacio y persona, de una manera hipervigilante. No se aprecian alteraciones a nivel cognitivo

  En lo que a las alteraciones de percepción corresponde, la usuaria sufre de ilusiones constantes de contaminación de gérmenes del entorno. Las ideas de forma obsesiva sobre la contaminación irrumpen continuamente en su pensamiento provocando una conducta compensatoria de escrito higiene, orden, control y aislamiento

- **Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto**

  El patrón de autopercepción y autoconcepto de la paciente es normal. Esta contenta y feliz por haber realizado su viaje, a pesar del incidente con la picadura.

- **Patrón 8: Rol – relaciones**

  La paciente no tiene problemas con las relaciones personales. En el país dónde ocurre el suceso solicita la ayuda necesaria, viéndose así obligada a relacionarse con diferentes personas sin ningún tipo de inconveniente o problema

- **Patrón 9: Sexualidad – reproducción**

  La paciente tiene una relación de 6 años, y no muestra signos de alteración
- **Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés**

  Muestra un nivel de ansiedad medio, debido a la incertidumbre de la ulcera y a su desarrollo. Ya que después de haber regresado del viaje la ulcera muestra leves síntomas de mejoría

- **Patrón 11: Valores – creencias**

  No se trata de una persona creyente

NANDA – NOC – NIC

- Ansiedad r/c amenaza para el estado de salud m/p temor a consecuencias inespecíficas
  - NOC: Nivel de ansiedad
    - Inquietud: 2
    - Tensión facial: 1
  - NIC: Disminución de la ansiedad
    - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
    - Tratar de comprender la perspectiva del paciente ante una situación estresante
    - Permanecer junto al paciente para promover la seguridad y disminuir el miedo.

- Dolor agudo r/c agente lesivo
  - NOC: Control del dolor
    - Utiliza los recursos disponibles: 3
    - Reconoce el comienzo del dolor: 3
    - Utiliza los analgésicos de forma adecuada: 3
    - Refiere dolor controlado: 1
  - NIC: Administración de medicación
    - Desarrollar y utilizar un ambiente que mejore la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos
    - Seguir los 5 principios de la administración de medicación

- Deterioro de la ambulación r/c dolor
  - NOC: Ambular
    - Camina a paso moderado: 3
    - Camina largas distancias : 1
  - NIC: Fomento del ejercicio/ manejo de la medicación
    - Determinar la motivación del individuo para continuar con el programa de ejercicios
    - Animar al paciente a continuar con el ejercicio

- Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos
  - NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas
    - Temperatura de la piel: 1
    - Perfusión tisular: 2
    - Lesiones cutáneas: 1
    - Eritema: 1
  - NIC: Vigilancia de la piel
    - Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y membranas mucosas
    - Vigilar color y temperatura de la piel
    - Observar si hay infecciones

SEGUIMIENTO

Tras el tratamiento llevado a cabo en Nicaragua, la paciente (casi un mes después) vuelve a su país de origen. Es allí dónde, debido a la evolución tórpida de la herida, decide consultar con su médico de cabecera. La paciente en este momento se encuentra tranquila porque no tiene apenas dolor.

Es el médico de cabecera quién deriva a la paciente al servicio de cirugía plástica. Allí le realizan dos cultivos de la herida, dando resultado positivo a “pseudomona aeruginosa” y “stapylococo”. En este momento la paciente se encuentra reticente y algo preocupada por el resultado del cultivo, así como porque no percibe un buen aspecto de la herida. El médico especialista le explica claramente los tratamientos a seguir, y la enfermera le realiza las curas oportunas. Es entonces cuando la paciente parece que se queda más relajada y confiada

Tres meses después del incidente, y tras haber seguido rigurosamente todos los tratamiento pautados, se consigue una resolución completa del problema, junto con el cierre de la herida.

Se hace especial hincapié por parte del profesional de enfermería de la prevención de picaduras para ocasiones futuras:

-Usar zapatos especiales si se conoce la existencia de rayas

-Prestar atención a las señales de animales peligrosos

-No tocar animales muertos

-Caminar arrastrando los pies (ahuyenta las rayas)

-Usar bastón para caminar (ahuyenta las rayas)

BIBLIOGRAFÍA

1-Escala de valoración por patrones de Marjory Gordon.

2http://www.ome.es/media/docs/G1Doc.%20Valoraci%C3%B3n_enfermera.pdf

3-Hoyos Franco M.A., Posso Zapata C., Cardenas Y.A.: Necrosis cutánea severa por picaura de raya en el miembro inferior: presentación de un caso y revisión de la literatura. Cirugía plástica Iberolatinoamericana 2009: 35 (4)

4-.Lim YL, Kumarasinghe SP.: Cutaneous injuries from marine animals. Singapore Med Journal. 2007, 48(1):e25.

5- Diaz JH.: The evaluation, management, and prevention of stingray injuries in travelers. J Travel Med. 2008, 15(2):102.

6- Field-Cortazares J, Calderón-Campos R. Picadura por mantarraya. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2009; 26(1): 33-37

7- http://nationalgeographic.es/animales/peces/raya-venenosa