VI Lecciones en Salud Comunitaria:

Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria

Octubre 2019

SOCIFOSA

Salud Comunitaria: Atención Primaria, Pediatría, Ginecología.

Edición Octubre 2019

Autores y compiladores de la obra:

Fernández López, Antonio José.

Moreno Alfaro, Manuel.

Fernández López, Miguel.

De Prados González, Cristina.

Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria (SOCIFOSA)

Fecha publicación: 03/Octubre/2019.

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

El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a las profesiones sanitarias, reflejando las opiniones, investigaciones, textos, ilustraciones e iconografía propios de los atores y facilitados por ellos mismos bajo su exclusiva responsabilidad; no asumiendo la editorial ni SOCIFOSA ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha obra.

Propiedad y reservados todos los derechos a Miguel Fernández López. 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: 978-84-120275-5-6

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

Producción editorial por SOCIFOSA.

Email: Contacto@cienciasanitaria.es // **WEB:** https://cienciasanitaria.es/

ÍNDICE DE CAPÍTULOS
TOMO I

- Tema 1. **ALERGIA A LOS FRUTOS SECOS.**
- ***BEATRIZ FERNÁNDEZ CARMONA, MARÍA AURORA GUTÍERREZ GARCÍA , RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO, AIDA GIL VECINO***
- Tema 2. **BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA .**
- ***LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ***
- Tema 3. **BRUXISMO.**
- ***MARIA AMOR GUTIÉRREZ DÍAZ***
- Tema 4. **CALIDAD ASISTENCIAL. NECESIDAD DE INDICADORES DE CALIDAD.**
- ***ILLÁN SÚAREZ RODRÍGUEZ, BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO, Mª PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ***
- Tema 5. **LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE.**
- ***RAMÓN ORTEGA TORTOSA, SONIA LUIS ARGANDOÑA***
- Tema 6. **INTERVENCIÓN EDUCACIONAL DE ENFERMERÍA DURANTE EL EMBARAZO.**
- ***RAMÓN ORTEGA TORTOSA, SONIA LUIS ARGANDOÑA***
- Tema 7. **HISTEROSALPINGOGRAFIA: PARTICULARIDADES Y PREPARACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS.**
- ***ROGER DANIEL PLASENCIA MEDINA***
- Tema 8. **FISIOTERAPIA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE.**
- ***GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS***
- Tema 9. **TRANSPORTE SANITARIO.**
- ***SUSANA MARTIN LORENTE***
- Tema 10. **CONTRAINDICACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA.**
- **ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 11. **MEDICIÓN DE LAS CONSTANTES VITALES.**
- ***ANA VIOR LÓPEZ , ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO***
- Tema 12. **LA DIABETES GESTACIONAL.**
- ***ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES***
- Tema 13. **EL RECICLAJE DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD.**
- ***CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ, BIBIANA NUÑO PÉREZ , SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ, TANIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ***
- Tema 14. **EL VALOR DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN CON PACIENTES Y FAMILIARES EN CONTEXTOS SANITARIOS.**
- ***CRISTINA CABEZUELO VECINA***
- Tema 15. **EMBARAZO EN LA MUJER OSTOMIZADA.**
- ***MARTA RIVERA GONZÁLEZ, FRANCISCO JAVIER CASAMAYOR FERNÁNDEZ***
- Tema 16. **SÍNTOMAS Y MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA.**
- ***EVA QUIRÓS FERNÁNDEZ***
- Tema 17. **GESTIÓN DE CONDUCTAS AGRESIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL PERSONAL CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN Y SERVICIOS SANITARIOS.**
- ***JOSÉ ALBERTO DE LA ROZ LLANO, PATRICIA VILLAMIL GARCÍA, ROSA MARÍA LÓPEZ COSMEA***
- Tema 18. **ATENCION PRIMARIA EN LA SALUD COMUNITARIA.**
- ***JULIA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, ROSA MARIA GARCÍA PEREZ***
- Tema 19. **LA BRONQUIOLITIS INFANTIL.**
- ***REBECA LÓPEZ HEVIA, TAMARA LÓPEZ HEVIA***
- Tema 20. **LA CANDIDIASIS VAGINAL.**
- ***MARÍA ROSA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 21. **LACTANCIA MATERNA EN EL LABIO LEPORINO O FISURA PALATINA.**
- ***ROSA MARGARITA BARROS PURRIÑOS, SUSANA PIERNAVIEJA MIGUEL***
- Tema 22. **LA MAMOGRAFIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA.**
- ***ANDREA SAN MARTIN GONZALEZ***
- Tema 23. **LA PREECLAMPSIA, UNA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO.**
- **TA*MARA LÓPEZ HEVIA, REBECA LÓPEZ HEVIA***
- Tema 24. **EL PARTO.**
- ***EDITA RAKASIENE, LUZMILA SALCAN LONDO***
- Tema 25. **PEDIATRIA PREVENTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA*, MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ UNZUA**
- Tema 26. **LA IMPORTANCIA DEL AMAMANTAMIENTO.**
- ***CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA***
- Tema 27. **FUNCIÓN CARDIACA.**
- ***MARIA DOLORES MORENO GARCIA, MARIA ELENA AGUILERA MESEGUER, NOELIA MANRIQUE GONZALEZ, LIDIA RODRIGUEZ LOPEZ***
- Tema 28. **EL ANCIANO CUIDADOS Y ATENCIÓN.**
- ***MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS, MONTSERRAT VIGUERA SOLIS, YARINA PRIETO ALCAÑIZ, CARLA MARTINEZ FERNANDEZ***
- Tema 29. **ACTUACIÓN DEL TCAE ANTE EL PACIENTE CON DISFAGIA.**
- ***Mª DE LOS ANGELES DIAZ MARTINEZ, TANIA ANTUÑA ALVAREZ, NORMA LORENA BUYO AVALOS, Mª AMOR QUETZAL GONZALEZ RODRIGUEZ***
- Tema 30. **IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN PREMATUROS.**
- ***ROMINA GONZÁLEZ PÉREZ, EVA RIDOCCI OLMO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 31. **MECANISMOS DE PREVENCION ANTE UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**
- ***MARIA DOLORES FERNANDEZ MENENDEZ, ANDREA PIQUERO FERNANDEZ, ANDREA ALVAREZ BAYON, MARIA ISABEL RAMOS SASTRE***
- Tema 32. **PROCALCITONINA, EN LOS PACIENTES CON SEPSIS.**
- ***MARÍA ELENA AGUILERA MESEGUER, MARÍA DOLORES MORENO GARCÍA, NOELIA MANRIQUE GONZÁLEZ, LIDIA RODRÍGUEZ LÓPEZ***
- Tema 33. **EMBARAZO ECTÓPICO.**
- ***LEONOR FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ***
- Tema 34. **REFLEJOS DEL RECIÉN NACIDO.**
- ***LUZMILA SALCAN, EDITA RAKASIENE***
- Tema 35. **CANDIDIASIS ORAL.**
- ***NOELIA MANRIQUE GONZÁLEZ, LIDIA RODRIGUEZ LÓPEZ, MARIA DOLORES MORENO GARCÍA, MARIA ELENA AGUILERA MESEGUER***
- Tema 36. **TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE BAJO RIESGO : ALTA PRECOZ Y TRATAMIENTO AMBULATORIO.**
- ***MONTSERRAT PIÑERA MATA***
- Tema 37. **ANTIGUALANTES OR: ACENOCUMAROL.**
- ***LAURA GARCÍA CARBONELL, JUAN FERNANDO CUENCA NAVARRO***
- Tema 38. **CRIBADO NEONATAL.**
- ***ALMUDENA SUERO ÁLVAREZ, EVA PILOÑETA GONZÁLEZ, HÉCTOR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA***
- Tema 39. **MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LA CONTENCION MECÁNICA EN AGITACIÓN PSICOMOTRIZ**
- ***ROMINA GONZALEZ PEREZ***
- Tema 40. **DEFICIT DE COBRE O ENFERMEDAD DE MENKES.**
- ***BLANCA ROSA INFANTES BUENO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 41. **GRIPE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**
- ***EDUARDO IBÁÑEZ TOMÁS***
- Tema 42. **ÚLCERAS POR PRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL.**
- ***MANUEL FERRANDI LÓPEZ, PILAR MARTÍNEZ DE LA ROSA***
- Tema 43. **GINECOLOGIA: POLIPOS UTERINOS.**
- ***GEMA MARIA BERNAL ALONSO, MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ UNZUA***
- Tema 44. **IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN PREMATUROS.**
- ***ROMINA GONZÁLEZ PÉREZ, EVA RIDOCCI OLMO***
- Tema 45. **ENFERMERA GESTORA DE CASOS.**
- ***MÓNICA FERNÁNDEZ FALCÓN***
- Tema 46. **FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR A TENER EN CUENTA POR LA ENFERMERA.**
- ***RAQUEL ALFAYATE SIERRA, BELÉN SIERRA VARA***
- Tema 47. **SÍNDROME DE COUVADE: VIVENCIA PATERNAL DE LOS SÍNTOMAS DEL EMBARAZO.**
- ***TANIA CASAMITJANA GIRALDO***
- Tema 48. **SÍNDROME DE SINDING LARSEN-JOHANSSON: A PROPÓSITO DE UN CASO.**
- ***LAURA ÁLVAREZ FRANCISCO, SARA GONZÁLEZ HENARES***
- Tema 49. **PIOMETRA SENIL POR PREVOTELLA BIVIA: PAPEL DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA PARA EL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.**
- ***ANA MILENA MUÑOZ***
- Tema 50. **STREPTOCOCCUS AGALACTIAE.**
- ***HÉCTOR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, ALMUDENA SUERO ÁLVAREZ, VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA, EVA PILOÑETA GONZÁLEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 51. **ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO PARA EL DOLOR CRÓNICO EN ADULTOS.**
- ***JOSÉ MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ, SHEILA PECES SÁNCHEZ, ALBA DE LA VEGA GALÁN***
- Tema 52. **ENCEFALITIS EN PEDIATRÍA.**
- ***LORENA PORTILLA GARCÍA***
- Tema 53. **LA PUNCIÓN SECA EN EL SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL.**
- ***JORGE SÁNCHEZ-INFANTE GÓMEZ-ESCALONILLA***
- Tema 54. **OLANZAPINA DEPOT: GUÍA DE ADMINISTRACIÓN Y RECOMENDACIONES.**
- ***ALBA DE LA VEGA GALÁN, JOSE MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ., SHEILA PECES SANCHEZ***
- Tema 55. **DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. ASPECTOS RELEVANTES.**
- ***MARÍA JESÚS MORÁN CRIADO, ISABEL CHACÓN BAUTISTA, TERESA REYES SÁNCHEZ***
- Tema 56. **EL CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX**
- ***IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO***
- Tema 57. **ESPIROMETRÍA PARA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***ESTÍBALIZ GARCÍA PEREA***
- Tema 58. **FIBROSIS QUÍSTICA: UNA ENFERMEDAD HEREDITARIA.**
- ***NEREA MORAIS ALVAREZ, MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ , SABRINA ZANGO POZO***
- Tema 59. **INCIDENCIA DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS EN LA PIEL.**
- ***JORGE SAL GARCÍA***
- Tema 60. **CONDROMALACIA ROTULIANA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**
- **SARA GONZÁLEZ HENARES**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 61. **LA ENFERMEDAD CELÍACA.**
- ***LETICIA FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, MARÍA DE LA CUESTA TUÑÓN***
- Tema 62. **TIPOS DE PACIENTES EN CENTROS DE SALUD.**
- ***HECTOR CRISTOBO MARTÍNEZ, VANESA MONTES COLLÍA***
- Tema 63. **STREPTOCOCCUS AGALACTIAE Y EL RIESGO FETAL.**
- ***MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ, SABRINA ZANGO POZO, NEREA MORAIS ALVAREZ***
- Tema 64. **PRÚRIGO ESTRÓFULO.**
- **MARIA AMOR MANZANO SALPURIDO, OMAR WALID MUQUEBIL ALI AL SHABAN RODRIGUEZ**
- Tema 65. **CONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO E LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
- ***LAURA SALCEDA GARCÍA, MARIA DEL MAR GARCÍA PRESA***
- Tema 66. **VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.**
- ***MARTA MARÍA RECIO GARCÍA, ANGELA SÉSAR NAVAL, LAURA LÓPEZ GARCÍA, ANA BELÉN RECIO GARCÍA***
- Tema 67. **ACCESO VASCULAR EN HEMODIAISIS.**
- ***CARMELA TROYAS VISUS, ANA MARTINEZ-PEÑA RUIZ, CRISTINA HUARTE USTARROZ, LEYRE IBERO PEMAN***
- Tema 68. **COAGULOPATÍAS.**
- ***MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA, MARTA VELASCO ARRANZ, ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS, ELENA GONZÁLEZ LÓPEZ***
- Tema 69. **ENFERMEDADES DEBIDAS A RIESGOS BIOLÓGICOS.**
- ***ELENA GONZÁLEZ LÓPEZ, MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA, MARTA VELASCO ARRANZ, ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS***
- Tema 70. **ESTUDIO DEL USO DE INFUSORES ELASTOMÉRICOS EN EL DOMICILIO DE PACIENTES PALIATIVOS.**
- ***LAURA ALONSO RODRÍGUEZ, MARIA LUISA GARCÍA FERNÁNDEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 71. **RECOMENDACIONES EN MENOPAUSIA Y CLIMATERIO.**
- ***ÁUREA GARCÍA MÉNDEZ***
- Tema 72. **EFICACIA DEL USO DEL ENFOQUE DE INTEGRACIÓN SENSORIAL EN TERAPIA OCUPACIONAL EN UN NIÑO PREMATURO. ESTUDIO DE CASO.**
- ***ANA MARÍA PÉREZ RIVAS, MARTA RÍOS LEÓN***
- Tema 73. **PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE NIÑOS CON LEUCEMIA Y FAMILIARES**.
- ***VIRGINIA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ , SANDRA CARO CALDERÓN***
- Tema 74. **MARCADORES TUMORALES.**
- ***MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, YESICA DÍAZ ROCES , COVADONGA FERNÁNDEZ SUAREZ, VIRGINIA CASTARROYO MERINO***
- Tema 75. **EL RECICLAJE DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD.**
- ***CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ, BIBIANA NUÑO PÉREZ, SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ, TANIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ***
- Tema 76. **FARMACOLOGÍA PARA EL TCAE.**
- ***MARÍA BELÉN GARCÍA BARBA***
- Tema 77. **FIEBRE DEL VIAJERO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ CHAVES , FERNANDO HINOJOSA FUENTES***
- Tema 78. **IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN Y LA FORMACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISPLINAR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***ARÁNZAZU RODRÍGUEZ POLA, JÉSICA MARA LÓPEZ POLA, ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ, MONTSERRAT DÍAZ MARTÍNEZ***
- Tema 79. **INFLUENCIA DEL DOLOR CRÓNICO EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA E INTERVENCIÓN DESDE UN ENFOQUE DE TERAPIA OCUPACIONAL.**
- **PATRICIA GARCÍA PÉREZ, PATRICIA RUIZ CASTILLA**
- Tema 80. **SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTE CON DEMENCIA.**
- ***MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ CHAVES, FERNANDO HINOJOSA FUENTES***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 81. **SINDROME DEMENCIAL.**
- ***SONIA RON PÉREZ***
- Tema 82. **ABORDAJE DEL ALCOHOLISMO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA .**
- ***MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA, BEATRIZ GARCÍA SERRANO, MARTA ATIENZA CORREAS***
- Tema 83. **CUIDADOS PALIATIVOS: LA VÍA SUBCUTÁNEA.**
- ***CARLOTA ACOSTA BERNARDO, VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ, TAMARA GARCÍA ORDOÑEZ, AIDA GARCÍA ARDURA***
- Tema 84. **AGUDIZACIÓN ASMÁTICA TRATAMIENTO AMBULATORIO.**
- ***JÉSSICA LÓPEZ CERNUDA***
- Tema 85. **ATENCIÓN COMUNITARIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRAS TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA.**
- ***JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ***
- Tema 86. **RADIOGRAFÍA DE TÓRAX**
- ***PATRICIA MARTINEZ GARCÍA, ELIZABET GARCÍA GRANDA, MARTA MARÍA MORENO FERNÁNDEZ, RAQUEL RUIZ TORRADO***
- Tema 87. **ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO I.**
- ***MERCEDES ÁLVAREZ ANIA, NURIA HUERTA GONZÁLEZ***
- Tema 88. **BRONQUIOLITIS EN EL NIÑO**.
- ***LEYRE MARTINEZ GOÑI, LUCIA LABORRA FAGOAGA, MARIA IBARROLA ELIZAGARAY, OLATZ NAIARA ESLAVA ABAURREA***
- Tema 89. **CAMPAÑA ANUAL DE VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE.**
- ***FERNANDO CARBALLO COYA, MARTA DE LA VEGA MARTINEZ, SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA***
- Tema 90. **EDULCORANTES Y SALUD.**
- ***OLGA CAAMAÑO SELMA, JESÚS MARTÍN ROMERO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 91. **MUSICOTERAPIA EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTAS.**
- ***OLGA CAAMAÑO SELMA, JESÚS MARTÍN ROMERO***
- Tema 92. **INCONTINENCIA URINARIA Y EMBARAZO.**
- ***SARA BERMEJO SANDÍN, ANAÏS NAVARRO ALONSO***
- Tema 93. **ABORDAJE ENFERMERO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***LYDIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, RICARD CONDE TORRES, CLARA GIL TORRAS***
- Tema 94. **EL BURNOUT EN FISIOTERAPEUTAS.**
- ***GONZALO PRIETO CRISTOBAL***
- Tema 95. **PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE LA GESTACIÓN.**
- ***RAQUEL SANTALIESTRA ELVIRA***
- Tema 96. **FIEBRE RECURRENTE ENDÉMICA. ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.**
- ***BORJA MERELO NICOLÁS***
- Tema 97. **ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA (EHGNA). A PROPÓSITO DE UN CASO.**
- ***ISABEL LLAMAS BELLIDO***
- Tema 98. **ESCUELA DE PADRES. ZONA BÁSICA DE SALUD ETXARRI-ARANATZ.**
- ***ANIA IRAZOQUI CEBERIO, CARMEN CARLOTA MARTINEZ ESQUIROZ***
- Tema 99. **CONJUNTIVITIS VIRICA EPIDÉMICA.**
- ***TAMARA DORADO FERNANDEZ, MARTA FERNÁNDEZ GUDIN***
- Tema 100. **CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE LA CONSERVACIÓN DE LAS VACUNAS.**
- ***MYRIAN CARCELÉN RODENAS, MARIO PARREÑO JAREÑO, INMACULADA CARCELÉN RODENAS, MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA, REMEDIOS CABAÑERO LUJÁN***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS
TOMO II

- Tema 101. **ESTRUCTURA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO..**
- ***MARTA MARIA CASTRILLÓN FERNÁNDEZ, EVA MARIA GARZÓN CANDELA***
- Tema 102. **VPH. PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DEL CÁNCER DE CÉRVIX.**
- ***BEATRIZ GARCÍA DÍAZ, MIRIAM GARCÍA GARCÍA, ÁNGELA ÁLVAREZ CABO, MARÍA ISABEL CHAVES MARTÍNEZ***
- Tema 103. **CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES ENDOCRINO-METABÓLICAS.**
- ***BEATRIZ GARCÍA SERRANO, MARTA ATIENZA CORREAS, MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA***
- Tema 104. **TUMORES ÓSEOS Y LESIONES PSEUDOTUMORALES: UNA APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***CYNTHIA VIDAL CAMEÁN, TANIA HIERRO TORNER***
- Tema 105. **DETECCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO DE PERSONAS MAYORES.**
- ***MARIA CONCEPCION RODRIGUEZ VIAÑA***
- Tema 106. **DIABETES GESTACIONAL**
- ***CLARA GIL TORRAS, LYDIA SANCHEZ FERNANDEZ, RICARD CONDE TORRES***
- Tema 107. **DIARREA CRÓNICA DEL VIAJERO: A PROPOSITO DE UN CASO.**
- ***ELENA BAZTARRICA, Mª JOSÉ LUMBIER MARTINEZ DE MORENTIN, IRENE LOSADA ÁLVAREZ, MAITE LLORENTE ARMENDARIZ***
- Tema 108. **PROBLEMAS DE SALUD EN EL EMBARAZO: EMBARAZO ECTÓPICO.**
- ***MÓNICA GONZÁLEZ GONZÁLEZ***
- Tema 109. **EPILEPSIA GENERALIZADA IDIOPÁTICA.**
- ***LIDIA RODRIGUEZ LOPEZ, MARIA DOLORES MORENO GARCIA, MARIA ELENA AGUILERA MESEGUER, NOELIA MANRIQUE GONZALEZ***
- Tema 110. **ESPIROMETRIAS: CONCEPTOS BÁSICOS.**
- ***RICARD CONDE TORRES, CLARA GIL TORRAS, LYDIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 111. **ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX.**
- ***ROCÍO JUNCO BLANCO***
- Tema 112. **EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN DE RCP EN LAS ESCUELAS INFANTILES.**
- ***VANESSA CÁRDABA GARCÍA, CRISTINA BENAVIDES RODRIGUEZ, JUDITH ÁLVAREZ RIESGO, ALBA MARÍA CABAL VALLE***
- Tema 113. **HIGIENE SEXUAL.PLANIFICACIÓN FAMILIAR.METODOS ANTICONCEPTIVOS.**
- ***ESTHER RODRIGUEZ CASTELLANOS***
- Tema 114. **HIPOSPADIAS, UN PROBLEMA EN PEDIATRÍA.**
- ***CRISTIAN DE LA VIÑA GARCÍA, MARÍA GAYO IGLESIAS, MARTA FERNÁNDEZ GUDÍN, JESSICA BLANCO SIERRA***
- Tema 115. **INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA PARA EL TRATAMIENDO DE LA INCONTINENCIA URINARIA. COMPLICACIONES.**
- ***SABELA PARDO DÍAZ, XABIER AMEZTOY ECHENIQUE, LEYRE REMIREZ SIMÓN***
- Tema 116. **PROPUESTA DE TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA PARA LA LESIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.**
- ***CLAUDIA CUEVAS MENÉNDEZ, PATRICIA FERVIENZA FUEYO***
- Tema 117. **AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA.**
- ***BEATRIZ CUBAS RODRÍGUEZ, ERIKA RAMOS GARCÍA***
- Tema 118. **BABY LED WEANING (BLW) ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA GUIADA POR EL BEBÉ.**
- ***MAITE RODRÍGUEZ ANTÚNEZ, NEREA OTEO GARCÍA, NURIA OSCÁRIZ PIEDRAFITA, MARÍA CARRILLO DE ALBORNOZ LEZAUN***
- Tema 119. **ENFERMEDADES TIPICAS DE LA INFANCIA.**
- ***EVA CLARA SAIZ LANDERAS, MONICA FERNANDEZ FALCON***
- Tema 120. **ELECTROTERAPIA DE ALTA FRECUENCIA EN EL DOLOR: ONDA CORTA EN ARTROSIS DE RODILLA.**
- ***EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE, MARÍA GRACIA MARTÍNEZ NARANJO, JAIME CUEVA DE MERA, ELENA TARJUELO DEL MOLINO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 121. **PAPEL DEL CARPINTERO EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***UBALDO MERINO RODRIGUEZ***
- Tema 122. **EFECTOS DE LA REALIDAD VIRTUAL FRENTE A LA TERAPIA CONVENCIONAL EN NIÑOS CON PBO.**
- ***SONSOLES AGÜERIA ÁLVAREZ, SARA RODRÍGUEZ SUÁREZ***
- Tema 123. **PEDIATRIA PREVENTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA***
- Tema 124. **PLAGIOCEFALIA POSTURAL.**
- **SARA RODRÍGUEZ CARBAJO, DIEGO CERRO TORRE, NATALIA VEGA REGUERAS, AINHOA VEGA REGUERAS**
- Tema 125. **PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD.**
- ***MARÍA ESTHER PELÁEZ SÁNCHEZ, JAIR MARTÍNEZ DÍAZ, SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA***
- Tema 126. **PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS MÁS FRECUENTES EN LAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***MIRIAM DE LA RIVA LARIO***
- Tema 127. **CASO CLINICO HIPERTIROIDISMO.**
- ***MONICA CORRALES PINTO, MARIA VICTORIA COUTO CALVO, ANGELA GARCIA RODRIGUEZ, ELENA DIAZ-CUETO MARTINEZ***
- Tema 128. **GINECOLOGIA: POLIPOS UTERINOS.**
- ***GEMA MARIA BERNAL ALONSO***
- Tema 129. **POSICIÓN MATERNA DURANTE EL EXPULSIVO DEL PARTO.**
- ***MARTA ATIENZA CORREAS, MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA, BEATRIZ GARCÍA SERRANO***
- Tema 130. **PREDICTORES DEL MALESTAR POST INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.**
- ***INMACULADA SANGIAO NOVIO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 131. **PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN TRABAJOS CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS (PVD´S).**
- ***ALFONSO ALONSO BLANCO, MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑON***
- Tema 132. **SINDROME FEBRIL Y CONVULSIONES EN PEDIATRÍA.**
- ***BELEN ROZADA FUENTE***
- Tema 133. **RADIOTERAPIA EN TUMORES PEDIATRICOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.**
- ***BEATRIZ LORETO RODRIGUEZ, ALMUDENA LUQUE HERNANDEZ, DIEGO PEÑARANDA PALOMINO, RAFAEL LENDINES NAVAJAS***
- Tema 134. **RCP. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.**
- ***SANDRA RUIZ ESPEJO***
- Tema 135. **SARCOPENIA EN LA ENFERMEDAD HEPÁTICA.**
- ***JOSE ANTONIO MARTÍNEZ OTÓN***
- Tema 136. **SEGURIDAD DEL PACIENTE (SALUD COMUNITARIA).**
- ***SILVIA MARIA PRIETO FERNANDEZ , TANIA MARIA PRIETO FERNANDEZ, CELESTINA GARCIA-JOVE GONZALEZ , BIBIANA NUÑO PEREZ***
- Tema 137. **SÍNDROME DE TURNER.**
- ***JULIA ÁLVAREZ PEREIRA , MARÍA LANA FERNÁNDEZ***
- Tema 138. **RECOMENDACIONES PARA PREVENIR EL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE.**
- ***LAURA SOTO TERRÓN***
- Tema 139. **TIPOS DE INHALADORES.**
- ***ALICIA HUERGO ORDIALES, PATRICIA GARCÍA VIÑA***
- Tema 140. **EL TORAX DE URGENCIA.**
- ***MARIA TERESA SERRANO ANTON***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 141. **ENFERMEDADES EXANTEMATICAS MAS COMUNES EN LA INFANCIA.**
- ***MARÍA OTERO ALONSO***
- Tema 142. **TUMORES HEPÁTICOS BENIGNOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.**
- **ALICIA CIDONCHA LOZANO**
- ***BEATRIZ GARCÍA GARCÍA, CARMEN MAQUEDA VILLAREJO, FELIPE MERINO IGLESIAS***
- Tema 143. **ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
- ***CRISTINA RODRIGUEZ ABAD***
- Tema 144. **LA ENDOCARDITIS: PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN**
- ***ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR, ALDANA RANCAÑO BENITEZ, PATRICIA BUENO MEANA, VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCIA***
- Tema 145. **ENFERMEDAD DEL HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO (EHGNA).**
- ***LIDIA SERRANO DÍAZ***
- Tema 146. **AVANCES EN CUIDADOS PALIATIVOS:UN GRAN RETO PROFESIONAL.**
- ***CARLOS MANUEL NIEVES RODRÍGUEZ, JOSE ANTONIO MINGORANCE RUBIÑO.***
- Tema 147. **ACTUACIÓN ANTE ICTUS Y FACTORES DE RIESGO.**
- ***PAULA ARIAS BRUZOS, NOELIA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ***
- Tema 148. **ACUPUNTURA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN CERVICALGIAS.**
- ***PAULA OTERO GONZÁLEZ, CRISTINA CRESPO IMAZ***
- Tema 149. **ANATOMIA RADIOLÓGICA DE LA FRACTURA DE CADERA.**
- ***CRISTINA MARTIN VILLARES, JESUS IGNACIO DOMINGUEZ CALVO***
- Tema 150. **DIAGNOSTICO POR IMAGEN DE LA APENDICITIS AGUDA.**
- ***LAURA DÍAZ RUBIA, FRANCISCO JAVIER GARCÍA VERDEJO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 151. **EDAD ÓSEA EN RADIOLOGÍA.**
- ***AROA IGLESIAS MARTÍNEZ, JOSE DAVOR GARCÍA RODRÍGUEZ, ÁNGELA BAÑOS TRABANCO, SERGIO SAMPEDRO FERNÁNDEZ***
- Tema 152. **ATENCIÓN DEL TCAE AL NIÑO HOSPITALIZADO.**
- ***ELISA VALLINA GONZÁLEZ, ESPERANZA VELASCO CAMPA***
- Tema 153. **SALUD COMUNITARIA. ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA**.
- ***PIEDAD MELISSA OYOLA NAGUA, Mª AMOR QUETZAL GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, FANNY PIEDAD NAGUA NAGUA, SUSANA LÓPEZ CARRO***
- Tema 154. **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: PREVALENCIA DE ATEROSCLEROSIS EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA ESPAÑOLA.**
- ***JUAN CARLOS BOADA VERA, VERÓNICA MÉNDEZ PRADA***
- Tema 155. **BABY BLUES Y DEPRESION POSPARTO.**
- ***LYDIA WARNER PALLAS, M.JESÚS ÁLVAREZ PÉREZ***
- Tema 156. **BIOPSIA POR ASPIRACIÓN AL VACÍO DE MAMA.**
- ***ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO, ESTEFANÍA BLANCO GARCÍA, MARTA MARÍA MORENO FERNÁNDEZ, RAQUEL RUIZ TURRADO***
- Tema 157. **BRONQUIOLITIS EN EL NIÑO.**
- ***LEYRE MARTINEZ GOÑI, LUCIA LABORRA FAGOAGA, MARIA IBARROLA ELIZAGARAY, OLATZ NAIARA ESLAVA ABAURREA***
- Tema 158. **CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL ENVEJECIMIENTO.**
- ***ANA MARÍA GRUESO CARRIO***
- Tema 159. **RADIOTERAPIA EN LA TÉCNICA DE PROYECCIÓN: TELERRADIOGRAFÍA LATERAL DE CRÁNEO PARA ORTODONCIA.**
- ***CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ***
- Tema 160. **RADIOTERAPIA: TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HAZ CÓNICO. CBCT.**
- ***CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 161. **RADIOTERAPIA EN EL ESTUDIO DE LA INTERACCIÓN DEL CONTRASTE YODADO CON METFORMINA EN LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA.**
- ***CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ***
- Tema 162. **EL PROCESO ENFERMERO EN EL DEBUT DIABETICO, BASICO PARA EL EMPODERAMIENTO DE LA SALUD INDIVIDUAL.**
- ***JAVIER HERNANDEZ JIMENEZ, SONIA CAROLINA LAGARES ABREU***
- Tema 163. **EL SISTEMA COMPLEMENTO.**
- ***MARTA APARICIO PÉREZ, ARIADNE FLÓREZ MUÑIZ***
- Tema 164. **FISIOTERAPIA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE.**
- ***GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS***
- Tema 165. **FISIOTERAPIA Y AUTISMO.**
- ***GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS***
- Tema 166. **VACUNACIÓN TIPOS Y EFECTOS ADVERSOS.**
- ***SUSANA MARTIN LORENTE***
- Tema 167. **TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA BURSITIS TROCANTÉREA.**
- ***MARTA RÍOS LEÓN***
- Tema 168. **ESTUDIO DE LA SOBRECARGA DE HIERRO HEPATICO MEDIANTE RM.**
- ***LAURA DÍAZ RUBIA, FRANCISCO JAVIER GARCÍA VERDEJO***
- Tema 169. **IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES.**
- ***LIDIA EXPÓSITO MARQUÉS, VERÓNICA DE LA FUENTE ELÍAS, MARÍA FEITO ÁLVAREZ***
- Tema 170. **DETECCIÓN Y TIPIFICACIÓN DE VIRUS PAPILOMA HUMANO EN LESIONES PRENEOPLÁSICAS DEL CUELLO UTERINO MEDIANTE PCR-RFLP.**
- ***LAURA MARÍA ALONSO SIERRO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 171. **DIAGNÓSTICO Y ESTRATIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD EN LA PANCREATITIS AGUDA LITIÁSICA.**
- ***PEDRO VICENTE FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ***
- Tema 172. **EFECTIVIDAD DE LOS PROBIÓTICOS EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA ASOCIADA A ANTIBIÓTICOS.**
- ***LUCÍA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ, AIDA GARCÍA ARDURA, TAMARA GARCÍA ORDÓÑEZ***
- Tema 173. **CUIDADOS EN LA VULVOVAGINITIS INESPECIFICA.**
- ***NIEVES DE LOS ANGELES TAPIZ ARRONDO, TAMAR OCHOA GARCIA, PATRICIA PIÑAL ALONSO, SORAYA BERMEJO GOMEZ***
- Tema 174. **LUXACION GLENOHUMERAL ANTERIOR Y LESION NERVIOSA.**
- ***CARMEN ORTIZ GIMENEZ, ELISA BAUTISTA ALARCON, FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIA, FRANCISCA YOLANDA MURCIA ARAGON***
- Tema 175. **FISIOTERAPIA EN EL PARKINSON.**
- ***FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIA, ANA CANO TURPIN, ELISA BAUTISTA ALARCON, FRANCISCA YOLANDA MURCIA ARAGON***
- Tema 176. **DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA DE LA CEFALEA CERVICOGÉNICA.**
- ***MARTA RÍOS LEÓN***
- Tema 177. **EL PAPEL DEL TER EN UN ESTUDIO DE TAC ABDOMINAL (PREPARACIÓN Y CUIDADOS).**
- ***RAQUEL SERRANO FERRERO , ANGELA BAÑOS TRABANCO, SERGIO RODRÍGUEZ SAMPEDRO, JOSE DAVOR GARCÍA RODRÍGUEZ***
- Tema 178. **CASO CLINICO MIELOMENINGOCELE (ESPINA BIFIDA ABIERTA).**
- ***VILMA DIAZ PEREZ, NOELIA GONZALEZ PIÑERA, ELISABET HEVIA CAMIN, MARIA PILAR HOLGUIN PEREZ***
- Tema 179. **PREVENCIÓN DE INFECCIÓN NEONATAL POR STREPTOCOCO AGALACTIAE.**
- ***COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ, VIRGINIA CASTARROYO MERINO, MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, YESICA DÍAZ ROCES***
- Tema 180. **CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO Y SUS FACTORES DE RIESGO.**
- ***SILVIA TORRE FERNÁNDEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 181. **DIAGNÓSTICO MEDIANTE TC DE LA DIVERTICULITIS AGUDA EN URGENCIAS.**
- ***LAURA DÍAZ RUBIA, FRANCISCO JAVIER GARCÍA VERDEJO***
- Tema 182. **EL DOLOR CRÓNICO Y LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA.**
- ***JOSÉ ANTONIO MINGORANCE RUBIÑO, CARLOS MANUEL NIEVES RODRÍGUEZ***
- Tema 183. **RELACIÓN ENTRE EL DOLOR LUMBAR Y EL ACORTAMIENTO DE LA MUSCULATURA ISQUIOSURAL.**
- ***FRANCISCA YOLANDA MURCIA ARAGÓN, ANA CANO TURPÍN, MARIA CARMEN ORTÍZ GIMÉNEZ, EVA PÉREZ PARRA***
- Tema 184. **EL CELADOR EN ATENCION PRIMARIA.**
- ***JOSE DÍAZ FERNANDEZ***
- Tema 185. **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN EN LA DESNUTRICCIÒN EN EL PACIENTE ANCIANO.**
- ***ILLÁN SÚAREZ RODRÍGUEZ, BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO, MºPAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ***
- Tema 186. **ESTUDIOS DIGESTIVOS EN RADIOLOGÍA DIGITAL.**
- ***DESIREÉ FERNÁNDEZ CUESTA, LUCÍA MERA MARTÍNEZ., BELÉN BLANCO GUTIÉRREZ. , REBECA RODRÍGUEZ ECHEVARRÍA***
- Tema 187. **HIPEROSTOSIS DIFUSA CERVICAL.**
- ***ELISA BAUTISTA ALARCÓN, ANA CANO TURPÍN, EVA PÉREZ PARRA, FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIÁ***
- Tema 188. **HOMBRO DE LANZADOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.**
- ***RODRIGO ÁLVAREZ GONZÁLEZ***
- Tema 189. **INFLUENCIA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL EMBARAZO Y EN EL RECIÉN NACIDO.**
- ***PATRICIA CALVO ALONSO***
- Tema 190. **LA ATENCIÓN AL USUARIO. COMUNICACIÓN.**
- ***BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS, SILVIA MEANA GÓMEZ, ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 191. **LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.**
- ***ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS, SILVIA MEANA GÓMEZ, BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS***
- Tema 192. **LA CALIDAD EN INSTITUCIONES SANITARIAS: PERSONAL NO SANITARIO.**
- ***SILVIA MEANA GÓMEZ, BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS, ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS***
- Tema 193. **LA LABOR DEL ADMINISTRATIVO DE LA SALUD.**
- ***BENJAMIN CASTAÑO COTA, JOSE MANUEL GARCIA PEREZ***
- Tema 194. **COMPARATIVA NUTRICIONAL DE LECHES Y PREPARADOS VEGETALES.**
- ***MARÍA LUZ RODRÍGUEZ BLASÓN***
- Tema 195. **LESIONES CUTANEAS ASOCIADAS A LA HUMEDAD.**
- ***CONCEPCION NATALIA LOBO LLORENTE, JOSE MANUEL MENDEZ FERNANDEZ***
- Tema 196. **VISITA PRECONCEPCIONAL.**
- ***GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA***
- ***MARIA PILAR LÓPEZ PIZARRO***
- Tema 197. **MOVILIZACIÓN DE PERSONAS DEPENDIENTES: MEDIDAS DE PREVENCIÓN.**
- ***CLAUDIA CRISTINA GONZÁLEZ REYES, MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO, MARÍA JESÚS DÍAZ SUÁREZ***
- Tema 198. **NEUMONÍA PEDIÁTRICA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD:RX DE TÓRAX.**
- ***ANGELA BAÑOS TRABANCO, AROA IGLESIAS MARTINEZ, SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ, RAQUEL SERRANO FERRERO***
- Tema 199. **PAE APLICADO EN PROCESOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.**
- ***ANA ISABEL GONZÁLEZ ÁLVAREZ, LAURA GARCÍA FERNÁNDEZ, LAURA TRABADA MARTÍN***
- Tema 200. **ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA.**
- ***BEGOÑA GARCÍA VELARDE, MARGARITA SERRANO SUÁREZ, SONIA MARIA PLAZA GARCÍA***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS
TOMO III

- Tema 201. **PIEL CON PIEL HOSPITALARIO.**
- ***SONIA MARIA PLAZA GARCIA, BEGOÑA GARCIA VELARDE, MARGARITA SERRANO SUAREZ***
- Tema 202. **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GERIATRÍA**
- ***VERÓNICA MÉNDEZ PRADA, JUAN CARLOS BOADA VERA***
- Tema 203. **DETERMINACIÓN Y ESTUDIO DE LOS MARCADORES TUMORALES EN SANGRE.**
- **EVA GARCIA ALONSO, GONZALO DOMINGUEZ DIAZ, ALBA GARCIA BAS, BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA**
- Tema 204. **LAS HABILIDADES PARA LA VIDA: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LOS NIÑOS EN LOS COLEGIOS.**
- ***MAIDER MARTÍNEZ DE COMPAÑÓN MARTÍNEZ DE MARIGORTA, MARIA NATIVIDAD IZQUIERDO FERNÁNDEZ, MAITE VALENCIA LARRAONA***
- Tema 205. **PACIENTE QUE INGRESA POR FRACTURA DE CADERA.**
- ***ARANZAZU JAMBRINA MARTINEZ, PILAR RUIZ CRESPO, SUSANA DIAZ DIAZ, LETICIA GONZALEZ CUERVO***
- Tema 206. **CONTRASTES RADIOLÓGICOS.**
- ***SUSANA GARCIA LUCES, LEONOR MARIA ARMENTEROS DEL OLMO, MERCEDES ERICE ALVAREZ, NOELIA DE CON SANTOS***
- *Tema 207.* **EFICACIA DE UN PROTOCOLO DE EJERCICIOS Y TENS FRENTE A UNO DE EJERCICIOS Y TENS PLACEBO EN LA LUMBALGIA CRÓNICA.**
- ***EVA PÉREZ PARRA, MARI CARMEN ORTIZ GIMÉNEZ, ELISA BAUTISTA ALARCÓN, FRANCISCA YOLANDA MURCIA ARAGÓN***
- Tema 208. **LACTANCIA MATERNA Y PRUEBAS RADIOLÓGICAS.**
- ***NOELIA DE CON SANTOS, SUSANA GARCÍA LUCES, LEONOR Mª ARMENTEROS DEL OLMO, MERCEDES ERICE ÁLVAREZ.***
- Tema 209. **ENVEJECIMIENTO, CAÍDAS Y DISFUNCIÓN OCUPACIONAL EN EL ADULTO MAYOR.**
- ***PABLO RODRÍGUEZ NEIRA, SILVIA ZAPICO GUTIÉRREZ***
- Tema 210. **PREVENCIÓN DE CAÍDAS MEDIANTE TERAPIA ACUÁTICA. ABORDAJE DESDE TERAPIA OCUPACIONAL Y ENFERMERIA.**
- ***PABLO RODRÍGUEZ NEIRA, SILVIA ZAPICO GUTIÉRREZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 211. **LA PREECLANSIA.**
- ***MARIA PILAR HOLGUÍN PÉREZ, ELISABET HEVIA CAMÍN, NOELIA GONZÁLEZ PIÑERA, VILMA DÍAZ PÉREZ***
- Tema 212. **GUIA DE PUNCIÓN VENOSA EN DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.**
- ***REBECA RODRÍGUEZ ECHEVARRÍA, DESIRÉ FERNÁNDEZ CUESTA, LUCÍA MERA MARTÍNEZ, BELÉN BLANCO GUTIERREZ***
- Tema 213. **REPUNTE DE SARAMPIÓN.VACUNACIÓN COMO PREVENCIÓN.**
- ***Mª PAZ NÚÑEZ FERNANDEZ, ILLÁN SUÁREZ RODRÍGUEZ, BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO***
- Tema 214. **HALLAZGOS EN RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR EN SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ INFANTIL.**
- ***ANA MILENA MUÑOZ***
- Tema 215. **TÉCNICA DE LA ESPIROMETRÍA FORZADA.**
- ***ELISABET HEVIA CAMIN, MARIA PILAR HOLGUIN PÉREZ, BILMA DÍAZ PÉREZ, NOELIA GONZÁLEZ PIÑERA***
- Tema 216. **TROPHERYMA WHIPPLEI, UNA GRAN DESCONOCIDA.**
- ***SERGIO ROMÁN SOTO***
- Tema 217. **LA VIOLENCIA DE GÉNERO.**
- ***MARCOS SÁNCHEZ CASERO***
- Tema 218. **VITÍLIGO: TRATAMIENTOS ACTUALES.**
- ***Mª JESÚS DÍAZ SUÁREZ, CLAUDIA CRISTINA GONZÁLEZ REYES, Mª ELENA SUÁREZ MONTERO***
- Tema 219. **EL VOLUMEN DE LA PELVIS RENAL Y OTRAS VARIABLES PRONÓSTICAS DE LA ECTASIA RENAL NEONATAL.**
- ***BEATRIZ ESCOBAR MALLADA***
- Tema 220. **DECLARACIÓN VOLUNTADES ANTICIPADAS.**
- ***ELENA CANO MATEO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 221. **LA ENFERMEDAD CELIACA EN LA POBLACIÓN INFANTIL.**
- ***MARÍA FEITO ÁLVAREZ, LIDIA EXPÓSITO MARQUÉS, VERÓNICA DE LA FUENTE ELÍAS***
- Tema 222. **SÍNDROME DE GOODPASTURE.**
- ***MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ***
- Tema 223. **BIOPSIA POR ASPIRACIÓN AL VACÍO DE MAMA.**
- ***ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO, ESTEFANÍA BLANCO GARCÍA, MARTA MARÍA MORENO FERNÁNDEZ, RAQUEL RUIZ TURRADO***
- Tema 224. **ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED (EICH) CONSIDERACIONES.**
- ***JULIO R. MORGADO RODRIGUEZ***
- Tema 225. **ANALGESIA OBSTÉTRICA: ORÍGENES, ESTADO ACTUAL Y NUEVOS HORIZONTES.**
- ***ESTEFANIA MARTINEZ GONZALEZ, MARTA MATEOS MAZÓN, SANDRA ATIENZA RAMIREZ***
- Tema 226. **ANALISIS DE ORINA.**
- ***MÓNICA MENÉNDEZ MÉNDEZ***
- Tema 227. **DIABETES EN LA INFANCIA DIABETES MELLITUS TIPO 1.**
- ***MARÍA DE LOS ÁNGELES NAVARRO MORALES***
- Tema 228. **IMPORTANCIA DE DISRUPTORES ENDOCRINOS EN EMBARAZO Y LACTANCIA.**
- ***MARÍA LUISA FERNÁNDEZ GARCÍA, LAURA RODRIGUEZ ALONSO, SANDRA GARCÍA SÁNCHEZ***
- Tema 229. **ENFERMERIA ESCOLAR: LABORES E IMPORTANCIA.**
- ***CRISTINA CRESPO IMAZ, PAULA OTERO GONZALEZ***
- Tema 230. **ANEMIA PERNICIOSA.**
- ***ELENA CALATRAVA LOPEZ-RONCO, ANDREA CAYUELA LOPEZ, MARIA JOSE AYALA HERNANDEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 231. **DIFERENCIAS ENTRE LA ENFERMERIA ESCOLAR EN ESPAÑA COMPARADA CON EL RESTO DE LOS PAISES EUROPEOS Y EEUU.**
- ***ANGELA MARTOS MARTIN-CONSUEGRA, ISABEL CALERO GIL, ALBA COLLADO RODRIGUEZ, MARIA LUISA GARCIA FRADEJAS***
- Tema 232. **INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA.**
- ***JUANA MARIA TRINIDAD MONTERO, ANA GARCÍA DANTAS***
- Tema 233. **ENCEFALITIS HERPÉTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**
- ***MARÍA MARTÍNEZ ZARCO, ESTER MARÍN CONESA, ISABEL PELLICER ESPINOSA***
- Tema 234. **REPASO RESPIRATORIO PEDIATRÍA.**
- ***MARÍA MENÉNDEZ CALZÓN, GEMMA MENÉNDEZ CALZÓN***
- Tema 235. **MANEJO DE LA ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: UNA MIRADA AL MINDFULNESS.**
- ***LUZ MARÍA SABATER GARCÍA***
- Tema 236. **LA CAIDA DEL CABELLO Y EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA.**
- ***VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA , ANA MARÍA RODRIGUEZ VILLAR, ALDANA RANCAÑO BENITEZ, PATRICIA BUENO MEANA***
- Tema 237. **ATAQUE DE PÁNICO POR CONSUMO DE DROGAS.**
- ***LIDIA ALMAGRO PÉREZ***
- Tema 238. **CELIAQUIA EN PEDIATRIA.**
- ***MARIA JOSEFA CASARRUBIOS ABAD, MARIA JOSE DIAZ-PARREÑO CASARRUBIOS***
- Tema 239. **CUIDADOS DEL PACIENTE CON NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA.**
- ***CRISTINA SOTO DÍAZ, IRADI LAFONT MIRA, MARIA CRISTINA BERNAL LUJÁN, MIRIAN MARTÍNEZ MARÍN***
- Tema 240. **DIABETES GESTACIONAL. DIAGNOSTICO Y CUIDADOS.**
- ***MARTA GRAU SUAREZ-VARELA, Mª MERCEDES GOÑI AGUIRRE, AINHOA SAN MIGUEL AGUIRRE***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 241. **DIETAS EN LA TERCERA EDAD.**
- ***Mª AMPARO GARCÍA RUÍZ, JOSE LUIS RUIZ CAROT, FRANCISCO JOSE VILLALGORDO GIL, DANIEL VALLEJO SIERRA***
- Tema 242. **ESTUDIO DEL GANGLIO CENTINELA DE MAMA HISTOPATOLOGÍA RUTINARIA VS OSNA.**
- ***ANGELA HERNANDO TEMPRANA***
- Tema 243. **FLOSS-BAND, NUEVA TÉCNICA TERAPÉUTICA.**
- ***MIGUEL ÁNGEL SERRANO RODRÍGUEZ***
- Tema 244. **FLUIDOTERAPIA PERIOPERATORIA.**
- ***CARLOS MANUEL ASENCIO SÁNCHEZ, VÍCTOR SILVESTRE VICEDO, JOANA BALDÓ GONSÁLVEZ, JENNY MEDINA VÁSQUEZ***
- Tema 245. **HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS EN NIÑOS DE PRIMARIA.**
- ***MARÍA DOLORES ALCARAZ ANDREU, JOSÉ CARLOS GÓMEZ GARCÍA, ANA ISABEL CASTEJÓN ROS, EDITA RAKASIENE***
- Tema 246. **HIGIENE DEL MEDIO HOSPITALARIO.**
- ***VANESA MONTES COLLIA, HECTOR CRISTOBO MARTINEZ, PATRICIA SUAREZ RODRIGUEZ, RAUL GUTIERREZ PRADO***
- Tema 247. **IMPORTANCIA DE LA PRECOCIDAD DEL TTº FISIOTERAPICO EN LA TMC.**
- ***LAURA DÍAZ FERNÁNDEZ, INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ, ÁGUEDA CAPARRÓS MARTÍNEZ, ÁNDRES MINGUÉLIZ VALCARLOS***
- Tema 248. **CARCINOMATOSA LEPTOMENÍNGEA COMO DEBÚT DE ADENOCARCINOMA PULMONAR ESTADIO IV.**
- ***LAURA PULIDO FONTES, MARTA PULIDO FONTES, MARTA RINCÓN FRANCÉS, MARTA GOMEZ ALONSO***
- Tema 249. **ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN NUEVAS TECNOLOGÍAS Y ESTRÉS EN CENTROS DE SALUD.**
- ***FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA***
- Tema 250. **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CATETER VENOSO CENTRAL.**
- ***LUCÍA ÁLVAREZ PRENDES***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 251. **ESTUDIO DE LA EDAD ÓSEA.**
- ***ADRIÁN SUÁREZ MERINO, NATALIA TOCINO PRIETO, CRISTINA ALFARO JIMÉNEZ***
- Tema 252. **ENFERMEDAD DE CARIES EN POBLACIÓN ACTIVA ADULTA JOVEN DEL LEVANTE ESPAÑOL.**
- ***CRISTINA SAURA MORENO, ANA FERNÁNDEZ MESEGUER, EVA CALVO BONACHO, JUAN CARLOS LLODRA CALVO***
- Tema 253. **OBESIDAD MÓRBIDA,CIRUGÍA BARIÁTRICA Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***NOELIA LÓPEZ VIDAL, ANTONIO MARTÍNEZ LUCERGA, MARÍA DEL PILAR TERUEL FRANCÉS, MARÍA EL PILAR GARCÍA PÉREZ***
- Tema 254. **LA CANDIDIASIS VAGINAL Y SU PREVENCIÓN.**
- ***MARIA NATIVIDAD IZQUIERDO FERNÁNDEZ , MAITE VALENCIA LARRAONA, MAIDER MARTÍNEZ DE COCMPAÑÓN MARTÍNEZ DE MARIGORTA***
- Tema 255. **RECIEN NACIDO.**
- ***NOELIA RODRIGUEZ ALVAREZ, RAQUEL TRONCO PELAEZ***
- Tema 256. **PREVENCIÓN DE CÁNCER ORAL DESDE LA CONSULTA DEL DENTISTA.**
- ***MILAGROS CARBELLIDO PEREZ***
- Tema 257. **ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN NIÑOS-AS Y ADOLESCENTES INGRESADOS-AS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.**
- ***ERIKA GÓMEZ-LARRAMBE, M. CRISTINA ECHAPARE-ZABALETA. SONIA ISO-GAYARRE, JOSÉ M. MONFORTE-ESPIAU***
- Tema 258. **EDUCACIÓN SANITARIA EN EL SONDAJE VESICAL DOMICILIARIO.**
- ***ARIADNE FLÓREZ MUÑIZ, MARTA APARICIO PÉREZ***
- Tema 259. **SONDAJES VESICALES**
- ***ÁNGELA ROMERO RODRÍGUEZ***
- Tema 260. **ACTIVIDAD FÍSICA VERSUS CONSUMO DE FÁRMACOS EN PERSONAS MAYORES.**
- ***JOSÉ IVÁN LÓPEZ MARTÍNEZ, HELENA DÍAZ LOSAS, NATALIA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, TSIU YEN CHAN DIEZ, AIDA FANJUL ARGÜELLES***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 261. **ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES.**
- ***SANDRA RUIZ ESPEJO***
- Tema 262. **LA AFÉRESIS EN LA COLITIS ULCEROSA .**
- ***LLIBERTÁ LORENZO COLLAZO, CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, SANDRA SOTURA CARRERA, PATRICIA OTERO MENÉNDEZ***
- Tema 263. **ANDROPAUSIA.**
- ***ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL, ANA ISABEL MUÑIZ DÍAZ***
- Tema 264. **APORTE DE SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD GINECOLÓGICA DE LA MUJER.**
- ***VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ, CARLOTA ACOSTA BERNARDO, AIDA GARCÍA ARDURA, TAMARA GARCÍA ORDÓÑEZ***
- Tema 265. **LA ICTERICIA NEONATAL.**
- ***RUT MORILLAS IGLESIAS, YOLANDA PUENTEDURA MARTÍN, SHEILA PRIETO LÓPEZ, ARANZAZU FERNÁNDEZ SANTIAGO***
- Tema 266. **LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.**
- ***FERNANDA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ , MARIA FERNANDEZ IGLESIAS, SUSANA ÁLVAREZ LOPEZ, IVÁN ÁLVAREZ DÍAZ***
- Tema 267. **EDUCACIÓN AL PACIENTE POSTINFARTO DE MIOCARDIO.**
- ***JESÚS MARTÍN ROMERO***
- Tema 268. **ENVEJECIMIENTO ACTIVO.**
- ***OLGA CAAMAÑO SELMA, JESÚS MARTÍN ROMERO***
- Tema 269. **LA ENDOMETRIOSIS.**
- ***ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO, RUT MORILLAS IGLESIAS, YOLANDA PUENTEDURA MARTIN, SHEILA PRIETO LOPEZ***
- Tema 270. **ÚLCERAS POR PRESIÓN, SU CONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO.**
- ***CHRISTIAN GARCIA ALVAREZ, SHEILA ARNIELLA PEREZ, GABRIEL FUEGO CAVEDA, AIDA RAMOS CORDERO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 271. **DIÁLISIS PERITONEAL , UNA TÉCNICA EN AUGE.**
- ***JENNYFER CORBEIRA PRESNO, DAVID RODRÍGUEZ ALONSO, LLARA LAVILLA SOLÍS, CRISTINA ORDIALES VEGA, SHEILA PÉREZ RODRÍGUEZ***
- Tema 272. **DIFERENCIAS ENTRE LAS MUESTRAS PARA LABORATORIO DE DIÁGNOSTICO CLÍNICO Y DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGÍA.**
- ***CRISTINA ARCE DÍAZ, JOANA SERRANO ORTIZ, MARÍA DEL CARMEN VALBUENA ENCINAS, ANDREA GONZALEZ GONZALEZ***
- Tema 273. **LA FIEBRE EN EL NIÑO: EDUCACIÓN SANITARIA A LOS PADRES.**
- ***MAITE VALENCIA LARRAONA, MAIDER MARTÍNEZ DE COMPAÑÓN MARTÍNEZ DE MARIGORTA, MARIA NATIVIDAD IZQUIERDO FERNÁNDEZ***
- Tema 274. **ARTROPATÍAS Y OTRAS AFECIONES ARTICULARES: UNA APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***CYNTHIA VIDAL CAMEÁN, TANIA HIERRO TORNER***
- Tema 275. **CUIDADOS DEL DESARROLLO EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO**
- ***YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ, GLORIA VALDÉS PELÁEZ, AIDA VALLINA RIESTRA***
- Tema 276. **CUIDADOS CENTRADOS EN EL NEURODESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO.**
- ***SHEILA PEREZ RODRIGUEZ , JENNYFER CORBEIRA PRESNO, DAVID RODRÍGUEZ ALONSO, LLARA LAVILLA SOLIS, CRISTINA ORDIALES VEGA***
- Tema 277. **USO DE DESCALCIFICANTES EN MUESTRAS HISTOPATOLÓGICAS.**
- ***JOANA SERRANO ORTIZ, MARIA DEL CARMEN VALBUENA ENCINAS, ANDREA GONZÁLEZ GONZÁLEZ, CRISTINA ARCE DÍAZ***
- Tema 278. **DIFERENCIA EN SALUD MENTAL Y GÉNERO.**
- ***ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ, FÉLIX ALONSO FERNÁNDEZ***
- Tema 279. **EFECTIVIDAD DEL LAVADO DE MANOS EN LOS PROFESIONALES ASISTENCIALES.**
- ***MARIA PILAR CABALLERO SANCHEZ, DILEY CASARIEGO GARCÍA***
- Tema 280. **EL ALCOHOL .**
- ***JOSE ANGEL BLANCO FERNANDEZ, VERONICA PULIDO LOBERA, MARIA DEL SEQUERO RODRIGUEZ BAZ, BELEN PEREDA DE LA FUENTE***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 281. **EL EFECTO DEL TABACO EN EL EMBARAZO.**
- ***DIANA TUÑÓN PASTOR, ISABEL BERTAULT BENEDICTO, SARA GARCÍA NOVO, MARIA PILAR LÓBATO ÁLVAREZ***
- Tema 282. **ENFERMEDAD CELIACA: ACTUACIÓN ENFERMERA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***CARMEN PILAR QUEVEDO DOMINGUEZ***
- Tema 283. **ERRORES DE MEDICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***AIDA GARCÍA ARDURA, TAMARA GARCÍA ORDOÑEZ, LUCIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, VERONICA ESPINA GONZÁLEZ***
- Tema 284. **CONTROL DE ANTICUERPOS IRREGULARES Y GRUPO SANGUÍNEO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO.**
- ***MARÍA FERNÁNDEZ IGLESIAS, SUSANA ÁLVAREZ LOPEZ, IVÁN ÁLVAREZ DÍAZ, FERNANDA GUTIERREZ ÁLVAREZ***
- Tema 285. **HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES EN EL AMBITO SANITARIO.**
- ***MARGARITA SERRANO SUÁREZ, SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA , BEGOÑA GARCIA VELARDE***
- Tema 286. **PREVENCION DE LA HEPATITIS A DE LA POBLACION DE RIESGO QUE VIAJAN A ZONAS CON MODERADA Y ALTA ENDEMICIDAD**.
- ***PATRICIA BUENO MEANA, VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCIA , ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR, ALDANA RANCAÑO BENITEZ***
- Tema 287. **ICTUS: DETECCIÓN, CUIDADOS Y REHABILITACIÓN DEL PACIENTE. FUNCIONES DEL TCAE.**
- ***ANA CRISTINA LORENZO GARCIA, DAVID GONZALEZ MUÑOZ, SERGIO BARRIGA BREÑA, CLARISA GARCÍA AMOR, MARTA MORÁN SUAREZ***
- Tema 288. **IMPORTANCIA DE LAS RADIOGRAFÍAS DENTALES.**
- ***SILVIA ZAPICO GUTIÉRREZ, PABLO RODRÍGUEZ NEIRA***
- Tema 289. **INTERVENCIÓN COMUNITARIA: ATENCIÓN A FAMILIAS CON MIEMBROS DROGODEPENDIENTES EN EL DISTRITO V DE HUELVA CAPITAL.**
- ***CARMEN PILAR QUEVEDO DOMÍNGUEZ***
- Tema 290. **LACTANCIA ARTIFICIAL**
- ***MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO, MARÍA JESÚS DÍAZ SUÁREZ, CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 291. **LA DEMENCIA.**
- ***AURISTELA ACEVEDO SUAREZ, ARACELI HUERTA FERNANDEZ, MARIA ISABEL GARCIA FERNANDEZ, INES RODRIGUEZ FERNANDEZ***
- Tema 292. **LA ENFERMEDAD DE MANOS, PIES Y BOCA.**
- ***SHEILA PRIETO LÓPEZ, YOLANDA PUENTEDURA MARTÍN, RUT MORILLAS IGLESIAS, ARÁNZAZU FERNANDEZ SANTIAGO***
- Tema 293. **LA INFERTILIDAD DEL SER HUMANO Y SUS TRATAMIENTOS.**
- ***BELEN PEREDA DE LA FUENTE, JOSE ANGEL BLANCO FERNANDEZ, VERONICA PULIDO LOBERA, MARIA DEL SEQUERO RODRIGUEZ BAZ***
- Tema 294. **LA LEUCEMIA EN LA EDAD INFANTIL.**
- ***SARA GARCÍA NOVO, MARÍA PILAR LOBATO ÁLVAREZ, ISABEL BERTAULT BENEDICTO, DIANA TUÑÓN PASTOR***
- Tema 295. **LA PIEL .**
- ***ARACELI HUERTA FERNANDEZ, MARIA ISABEL GARCIA FERNANDEZ, INES RODRIGUEZ FERNANDEZ , AURISTELA ACEVEDO SUAREZ***
- Tema 296. **MONITORIZACIÓN Y VIGILANCIA DEL ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALISIS.**
- ***PATRICIA OTERO MENENDEZ, LLIBERTA LORENZO COLLAZO, CAROLINA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, SANDRA SOTURA CARRERA***
- Tema 297. **MUERTE BLANCA SÍNDROME DE LA MUERTE SÚBITA EN LACTANTES.**
- ***MARIA DEL PILAR RUÌZ ESPINA, Mª ANGELES MARTINEZ BESTEIRO***
- Tema 298. **OBESIDAD INFANTIL.**
- ***ELENA CANO MATEO***
- Tema 299. **PAPEL DE LA ENFERMERIA EN EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA EN RADIOTERAPIA.**
- ***ROCÍO DEL PILAR BERMEJO MOSQUERA , IRENE GARCÍA RODRÍGUEZ, TAMARA SANTANA PÉREZ, ANA VAQUERO MARTÍN , MILAGROS ESTÉFANI ORE PÉREZ***
- Tema 300. **ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO.**
- ***LETICIA AMADO MENÉNDEZ , ROBERTO RUBIO MENÉNDEZ , VERÓNICA NÚÑEZ ÁLVAREZ , MÓNICA AMADO MENÉNDEZ , MARÍA JOSÉ PIÑERA GUTIÉRREZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS
TOMO IV

- Tema 301. **EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA.**
- ***ESPERANZA VELASCO CAMPA, ELISA VALLINA GONZÁLEZ***
- Tema 302. **BAZO ACCESORIO.**
- ***LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ, LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ***
- Tema 303. **LA DERMATITIS ATÓPICA Y SUS CUIDADOS.**
- ***SANDRA GONZALEZ ARIAS, SANDRA CASARIEGO GARCIA***
- Tema 304. **EMBARAZO Y PARTO.**
- ***ANDREA GONZÁEZ GONZÁLEZ***
- Tema 305. **OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA.**
- ***ANDREA GONZÁLEZ GONZÁLEZ***
- Tema 306. **PRINCIPALES COMPLICACIONES EN LA LACTANCIA MATERNA.**
- ***M PILAR LÓPEZ PIZARRO, GEMA NUÑEZ-BARRANCO GARCÍA***
- Tema 307. **OBESIDAD.**
- ***PILAR RUIZ CRESPO, SUSANA DIAZ DIAZ, LETICIA GONZALEZ CUERVO, ARANZAZU JAMBRINA MARTINEZ***
- Tema 308. **FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN HEMODIÁLISIS.**
- ***SERGIO BARRIGA BREÑA, CLARISSA GARCÍA AMOR, MARTA MORÁN SUÁREZ, ANA CRISTINA LORENZO, DAVID GONZÁLEZ MUÑOZ***
- Tema 309. **BULIMIA.**
- ***MARTA MORAN SUAREZ , ANA CRISTINA LORENZO GARCIA , DAVID GONZÁLEZ MUÑOZ, SERGIO BARRIGA BREÑA , CLARISA GARCIA AMOR***
- Tema 310. **PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA. ¿ CONOCES LAS PRECAUCIONES ESTÁNDARES?**
- ***MARTA MATEOS MAZÓN, ESTEFANÍA MARTÍNEZ GONZÁLEZ, PILAR IBAÑEZ DOLZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 311. **HIPOGLUCEMIA NEONATAL.**
- ***YOLANDA PUENTEDURA MARTIN , ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO, SHEILA PRIETO LOPEZ, RUT MORILLAS IGLESISAS***
- Tema 312. **CRIBADO METABÓLICO EN ASTURIAS.**
- ***AIDA VALLINA RIESTRA, YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ, GLORIA VALDÉS PELÁEZ***
- Tema 313. **RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL TRATAMIENTO DE TUMORES DE MAMA.**
- ***LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ, LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ, PABLO NIETO PÉREZ***
- Tema 314. **LA MAMA PORTADORA DE PRÓTESIS: MAMOGRAFÍA, ECOGRAFÍA Y RM.**
- ***SARA MARTIN VILLANUEVA***
- Tema 315. **HIGIENE BUCODENTAL EN EL PACIENTE ANCIANO.**
- ***CLARISA GARCIA AMOR, MARTA MORAN SUAREZ, ANA CRISTINA LORENZO GARCIA , DAVID GONZALEZ MUÑOZ, SERGIO BARRIGA BREÑA***
- Tema 316. **IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL CELADOR.**
- ***FÉLIX ALONSO FERNÁNDEZ, ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ***
- Tema 317. **SÍNDROME DE ASPERGER.**
- ***ANA ISABEL MUÍZ DÍAZ, ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL***
- Tema 318. **SONDAJE VESICAL.**
- ***GLORIA VALDÉS PELÁEZ, AIDA VALLINA RIESTRA, YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ***
- Tema 319. **EL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO.**
- ***ISABEL BERTAULT BENEDICTO, DIANA PASTOR TUÑÓN, MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ, SARA GARCIA NOVO***
- Tema 320. **LESIONES CONGÉNITAS SUPRATENTORIALES EN LA EDAD PEDIÁTRICA.**
- ***TANIA HIERRO TORNER, CYNTHIA VIDAL CAMEÁN***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 321. **PROBLEMA DE SALUD COMUNITARIA. EL TABAQUISMO.**
- ***CHRISTIAN ÁLVAREZ ESLAVA, TERESA CRIADO GONZALEZ***
- Tema 322. **PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.**
- ***AIDA FANJUL ARGÜELLES, JOSE IVÁN LÓPEZ MARTÍNEZ, HELENA DÍAZ LOSAS, NATALIA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, TSIU YEN CHAN DIEZ***
- Tema 323. **ENFERMERIA Y NUTRICION DEL PACIENTE ADULTO.**
- ***TAMARA GARCIA ORDOÑEZ, AIDA GARCIA ARDURA, VERONICA ESPINA GONZALEZ, LUCIA RODRIGUEZ SANCHEZ***
- Tema 324. **ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
- ***VERONICA PULIDO LOBERA, MARIA DEL SEQUERO RODRIGUEZ BAZ, BELEN PEREDA DE LA FUENTE, JOSE ANGEL BLANCO FERNANDEZ***

TEMA 1. ALERGIA A LOS FRUTOS SECOS.

BEATRIZ FERNÁNDEZ CARMONA

MARÍA AURORA GUTÍERREZ GARCÍA

RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO

AIDA GIL VECINO

ÍNDICE

1. Introducción
2. Método
3. Resultados
4. Discusión/conclusiones
5. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, es bastante normal que te haga daño algún alimento en algún momento. Es relativamente probable que alguno de nosotros hayamos tenido en algún instante indicios, en la piel u otros indicios digestivos, que nos haga asociar la ingestión de determinados comestibles con alguna lesión, y que hayamos definido de “alergia” a dicho alimento. De hecho, si se tiene presente que, en la mayoría de las situaciones, la frecuencia de las comidas puede llegar a ser de 3-4 al días, la aparición de cualquier síntoma en minutos u horas, nos pueda hacer correlacionar la sintomatología con un alimento concreto. No obstante, sólo algunas de las reacciones alérgicas que se generan coincidiendo en tiempo con los comestibles son realmente reacciones alérgicas a dicho alimento.

Se conoce que una dieta diferente y equilibrada es una garantía para asegurar y mantener la salud. Los alimentos que actualmente disponemos son incontables, aunque todas las personas, aunque tengan acceso a la gran variedad de alimentos, algunos de ellos o sus variedades, pueden generar un efecto perjudicial, el cual puede ser desde muy leve a muy grave. Las limitación a la hora de realizar una dieta, produce inconvenientes para las personas que se restringen los alimentos. Por ello, se indicarán unas pautas para mejorar el conocimiento de esta eventualidad, de esta forma como las tácticas simples para lograr llevar una nutrición precisa y segura, en los distintos contextos vitales y sociales.

La prevalencia de las enfermedades alérgicas crecen continuamente a un nivel mundial, pudiendo estimar que entre el 30 y al 40% de la población esta afectada.

Según diversos estudios podemos decir que en España ocupa el quinto lugar entre todos los trastornos que tratan los alergólogos.

Se sabe por alergia alimentaria solamente la que esta mediada por un sistema inmune. El predominio de efectos indeseables a alimentos esta por encima del 30%.

Hay que diferenciar alergia de intolerancia, la alergia es una respuesta inmunológica alterada a los alimentos, ya que al ingerirlos sufren efectos nocivos. Las intolerancias son similares a las alergias alimentarias porque afectan a un numero reducido de personas y porque son debidas a una respuesta particular de esas personas al alimento, no estando mediada por un mecanismo inmunológico, pues estas son debidas a alteraciones en la digestión o metabolismo de los alimentos, normalmente por déficits enzimáticos o por una susceptibilidad de algunos sujetos a ciertos componentes normales de los alimentos.

Objetivos:

Objetivo general: Justificar de manera científica la alergia y el proceso diagnóstico, con la finalidad de que enfermería sea capaz de prevenir o tratar una posible reacción alérgica.

Objetivos específicos:

- Ampliar el conocimiento sobre los mecanismos de producción de la alergia y los agentes implicados en la misma.
- Detectar las modificaciones cutáneas de las reacciones alérgicas.
- Descubrir y registrar los primeros indicios de la alergia en el desarrollo de valoración.
- Abarcar los procedimientos que se deben llevar a cabo en relación al régimen de una oposición alérgica de diversa gravedad tanto en el tema hospitalario como extrahospitalario.

2. Método

Para la documentación de las referencias de los textos se realiza una revisión sistemática en varias bases de datos, como de scielo, asociaciones, libros digitales, utilizando diferentes combinaciones de descriptores: alergia a alimentos, tratamiento, alimentos ocultos, anafilaxia…

Se han obtenido gran numero de artículos tras la aplicación de diferentes medios de descarte, se han elegido 7 artículos científicos, de los cuales se ha extraído la información relevante en cuanto al tema que nos ocupa para llevar a acabo esta revisión.

3. Resultados

Conceptos

"La Academia Europea de Alergología e Inmunología Clínica" (EAAACI) ha propuesto, en año 2001, una nomenclatura revisada para la alergia con objeto de hacer más simple la utilización de unos términos internacionalmente aceptados, actualizados a su vez en el 2003 por la Organización Mundial de Alergia (WAO)1. La nomenclatura se apoya en el mecanismo que inicia la reacción, comunmente inflamatoria, y que causa los signos e indicios de la patología alérgica.

La hipersensibilidad detalla los signos reproducibles objetivamente, que se inician tras el contacto a una sustancia que le produce reacción. Se propuso el concepto de hipersensibilidad a comestibles como sinónimo de alguna reacción adversa a determinados alimentos.
El criterio de alergia se reserva para aquellas respuestas en las que está implicado un sistema inmune preciso. Cuando no se demuestran los mecanismos inmunes, se usa el concepto de hipersensibilidad no alérgica.
Atopia es la inclinación familiar o personal a producir anticuerpos particulares IgE en respuesta a dosis bajas de alérgenos, por lo general proteínas, y tienden a desarrollar patologías como asma, rinoconjuntivitis, eccema o dermatitis. Este término se refiere a una predisposición genética. Alérgeno de un alimento se definde al antígeno o proteína con la capacidad de inducir una respuesta alérgica. "Anafilaxia" es una reacción alérgica potencialmente mortal.

También existe la posibilidad de una aversión alimentaria, dónde hay rechazo e intolerancia psicológica, que suele ser ocasionada por emociones asociadas a un alimento, pero que no es reproducible cuando el comestible está oculto.

Los frutos secos

Los frutos secos son alimentos energéticos porque contiene una elevada cantidad de grasas, predominando las saludables. Dichas grasas son insaturadas como el acido oleico (avellanas, almendras) y el acido linoleico (nueces, cacahuetes).

Son ricos en ácidos grasos esenciales, los cuales el organismo no puede fabricar y son necesarios para la formación de tejido celular.

Estos alimentos destacan por su contenido en potasio,magnesio, calcio, fosforo y oligoelementos como el selenio y zinc.
Los frutos secos carecen en su gran mayoría de vitamina C pero en cambio son ricos en vitamina E, B y folatos. La vitamina B y E se destruyen en el tostado.
Son una fuente vegetal ricos en proteínas, las almendras y las pipas de girasol tiene un valor superior al 20%. Son ricos en el aminoácido metionina y combinándolo con alimentos deficientes en éste, como por ejemplo las legumbres, aumentan considerablemente el valor nutricional del plato.
Contiene una proporción elevada de fibra, muy útil en el estreñimiento.

Su consumo puede ser diario, no sobrepasando las cantidades consideradas normales. La ración debe de ser de 2-30 gramos en crudo y neto. Numerosos estudios dicen que el consumo diario de cantidades pequeñas de estos frutos, alrededor de 25 gramos disminuyen los márgenes de colesterol total y de LDL. Una ingesta superior a las cantidades recomendadas puede ser un gran inconveniente para las personas que realizan dietas de adelgazamiento, pues contienen un gran valor energético y calórico.

Los frutos secos son un conjunto de alimentos que provienen de plantas que se consumen de forma desecada.

Llamamos frutos secos a las nueces, cacahuetes, almendras, anacardos, pistachos, semillas de girasol, semillas de sésamo…, todos ellos se consumen desecados.

La alergia a los frutos secos es muy frecuente, y puede variar con los años de edad y de la ubicación geográfica. Siendo la posible causa tanto los factores genéticos, como los factores medioambientales.
En Europa , la avellana es el alimento que mas alergias ocasiona, en España es la almendra y la nuez, y en EEUU y Francia es el cacahuete.
"El Reglamento (UE) nº 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo", que regula la información que los establecimientos hosteleros tienen que proveer al cliente sobre los alérgenos presentes en los comestibles que sirven, tienen dentro estos productos entre los 14 alérgenos cuya presencia siempre debe informarse al cliente.

Exactamente, se les tiene en cuenta como “frutos de cáscara“, introduciendo entre los mismos: las almendras (Amygdalus communis L.), avellanas (Corylus avellana), nueces (Juglans regia), anacardos (Anacardium occidentales), pacanas [Carya illinoensis (Wangenh.) K. Koch], nueces de Brasil (Bertholletia excelsa), pistachos o alfóncigos (Pistacia vera), nueces de Macadamia o nueces de Australia (Macadamia ternifolia) y productos derivados, salvo los frutos de cáscara usados para llevar a cabo destilados alcohólicos, agregado el alcohol etílico de origen agrícola. Se nombran “frutos de cáscara” porque las semillas comestibles están en el interior de una cubierta protectora dura (muy dura en casos como la almendra o el pistacho, y menos en casos como la pipa de girasol o la castaña).

Puesto que el cacahuete no es rigurosamente uno de los frutos secos, el antes citado Reglamento de la Unión Europea no lo considera agregado entre los frutos de cáscara, y, aunque además se encuentra dentro de los alérgenos cuya presencia siempre debe informarse al cliente, tiene una consideración expresa ajeno de los anteriores. Por su parte, los granos de sésamo o semillas de sésamo tienen además consideración expresa e independiente en el Reglamento (UE) nº 1169/2011, ya que, aunque sí es propiamente (a distingue del cacahuete) un fruto seco, no cumple la opción de estar agregado en una cáscara dura, por lo cual no puede considerarse agregado entre los “frutos de cáscara”.

Los frutos secos son alimentos considerados muy alérgicos, por ello se introducen en la dieta a partir de los 18-24 meses de edad. Para ello se ha de observar como reacciona el niño ante su ingesta, ya este no va a ser capaz de trasladar a sus padres que le duele el estomago o que le pica la garganta. Cuando hay antecedentes en la familia de alergias alimentarias hay que esperar hasta los 3 o 4 años para su inclusión y así evitar peligros.

La intolerancia a los frutos secos puede aparecer de forma especifica, alergia solo a avellana, almendra, pistacho, anacardo… o bien en grupo.

Síntomas

Cuando una persona sufre esta alergia e ingiere un fruto seco o alimento que lo contenga, su organismo comienza a liberar histamina.

Los primeros sintomas son goteo nasal, seguido por un exantema generalizado en el cuerpo, cosquilleo en la lengua, llegando incluso a agravarse y provocando problemas mayores como dificultad para la respiración, edema en la orofaringe u otras partes, descendiendo la presión arterial y provocando vómitos e incluso perdida del conocimiento.

Los síntomas mas característicos son:

- Prurito en la boca
- Inflamación de los labios
- Sensación de opresión en la garganta

- Hinchazón, picor y lagrimeo ocular
- Rinitis
- Urticaria con habones
- Dificultad para respirar o respiración con sibilancias
- Tos y estornudos
- Síntomas digestivos, como pueden ser diarrea, vómitos, dolor abdominal

Estos síntomas pueden aparecer en el momento de su ingesta o bien transcurridas hasta dos horas, dependiendo siempre de la persona.

Como situación extrema podemos encontrarnos un cuadro de anafilaxia, siendo ésta una reacción alérgica generalizada, afectando a dos o más sistemas del organismo, pudiendo causar finalmente la muerte.

Precauciones que hay que seguir en la alergia los frutos secos

Las precauciones son básicamente evitar dicho alimento, leer detenidamente el etiquetado de los productos manufacturados. Es importante disponer de adrenalina auto inyectable y tener en cuenta el uso de los frutos secos en salsas, helados, pastelería, bollería o en aceites.

Tratamiento

El único tratamiento existente para ello es la exclusión en la dieta de los siguiente componentes:

- castañas
- Nueces del Brasil
- Anacardos
- pistachos
- Pipas de girasol

- avellanas
- Fruto seco del pino
- almendras
- Nueces
- Nuez pacana
- Nuez dua americana
- Nuez macadamia
- Mazapán/pasta de almendra
- Turrón
- bombones
- Pasta y cremas que llevan frutos secos como la pasta de almendra, nocilla, etc
- Mantequilla de frutos secos como la mantequilla de anacardo de almendra.
- Aceites de frutos secos.

•Productos de repostería y panadería como los bizcochos, panes de semillas…
•Los alimentos étnicos, productos horneados y los dulces pueden estar contaminados con frutos secos.
•Los productos secos se incluyen en una gran variedad de comestibles como las salsas de barbacoa, cereales, galletas y helados.

Una persona que tenga alergia a los frutos secos deberá de realizarse controles periódicos con el fin de comprobar si esa sensibilización ha disminuido, o en su defecto, desaparecido al hacer una dieta exenta de este alimento.

Diagnóstico:

El diagnostico se realiza mediante primero una anamnesis y posteriormente, pruebas cutáneas con los extractos de los frutos secos o con los frutos secos en fresco.
Para la realización de la prueba el médico rascara la piel, así las gotas de los extractos entraran en contacto con la piel. Si salen unos habones en la piel significa que puedes ser alérgico a este alimento.
Estas pruebas son las mejores para diagnosticar la alergia, pero a veces el médico necesita mas información, por lo que solicitará un analítica, en la cual en el laboratorio mezclara la sangre con sustancias alimentarias y así analizara si se forman anticuerpos.

Discusión/conclusiones

La alergia alimentaria es una cuestión de salud publica, puede ser un problema muy grave para aquellos consumidores sensibles que entren en contacto con el alérgeno.

Las alergias pueden ser de origen genético o presentarse con la edad.

Los aditivos alimentarios no producen ningún problema para la mayoría de las personas, habiendo un reducido numero de ellas con determinas alergias que sí que pueden ser sensibles a éstos.

Convivir con una alergia alimentaria diariamente es muy duro muchas veces, pero por suerte en la actualidad los restaurantes están muy concienciados con respecto a este tema y son muy conscientes del peligro que acarrea.
Es muy importante preguntar siempre que se come fuera de casa sobre los ingredientes y el procedimiento empleado para la preparación de las comidas. Deben especificar con claridad en las etiquetas los ingredientes que contienen los productos utilizados y así, evitar cualquier reacción alérgica.
Todas las personas están expuestas a contraer una alergia alimentaria, por ello es importante distinguir entre una alergia y una intolerancia.

Se puede decir, que a través de una dieta correcta, mezclando de manera correcta los comestibles y sustituyendo unos por otros, se puede hallar una aceptable nutrición y dieta equilibrada en la mayoría de personas que tienen alergia a determinados alimentos.

5. Bibliografía

1. ¿Por qué producen alergia los frutos secos? [Internet]. Cinfasalud. [citado 27 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.cinfasalud.com/areas-de-salud/sintomas-y-enfermedades/alergias-e-intolerancias/alergia-a-los-frutos-secos/
2. AEPNAA, Asociación Española de Personas con Alergia a Alimentos y Látex [Internet]. AEPNAA, Asociación Española de Personas con Alergia a Alimentos y Látex. [citado 27 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.aepnaa.org/ver/frutos-secos

3. Rosas MR. Alergia e intolerancia alimentaria. Offarm. 1 de julio de 2006;25(7):52-9.

4. El Alérgeno del mes: Los Frutos secos o “Frutos de cáscara” | Alergia y Asma Andalucía [Internet]. [citado 27 de mayo de 2019]. Disponible en: http://alergiayasma.es/el-alergeno-del-mes-los-frutos-secos-o-frutos-de-cascara/

5. Camero-Martínez H, López-García AI, Rivero-Yeverino D, Caballero-López CG, Arana-Muñoz O, Papaqui-Tapia S, et al. Frecuencia de reactividad cutánea hacia alérgenos alimentarios en pacientes alérgicos. Revista alergia México. septiembre de 2017;64(3):291-7.

6. García BE, Gómez B, Arroabarren E, Garrido S, Lasa E, Anda M. La alergia alimentaria en el siglo XXI. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2003;26:07-15.

7. Libro de las enfermedades alérgicas de la Fundación BBVA - Google Libros [Internet]. [citado 28 de mayo de 2019]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=CfmZcMJsK8UC&printsec=frontcover&dq=alergia+a+frutos+secos+libros&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjAm9XajL_iAhWC2eAKHRHpDkMQ6AEIMDAC#v=onepage&q&f=false

TEMA 2. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA .

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

INTRODUCCION

Llamamos lactancia materna a la alimentación del recién nacido con la leche materna para satisfacer sus necesidades nutricionales y el establecimiento de unos lazos afectivos con la madre que no se pueden lograr de otro modo.

La lactancia materna es una forma de entender la relación materno filial. La lactancia ha ido evolucionando o retrocediendo durante la historia, según la época y los intereses de un período.

La lactancia es un proceso en el que tanto la madre como el hijo tienen mucho que decir, si olvidar al padre.

ÍNDICE

1. BENEFICIOS PARA LA MADRE
2. BENEFICIOS PARA EL LACTANTE
3. BENEFICIOS PARA LA COMUNIDAD

1.- BENEFICIOS PARA LA MADRE

Destacamos los siguientes beneficios:

- Retracción del útero.
- Recuperación del peso.
- Recuperación de los pechos.
- Prevención del cáncer de mama y ovarios.
- Aspecto físico de la mujer.

Durante la lactancia se completa el ciclo natural de hormonas que empezó con el embarazo y así no sufren cambios hormonales súbitos que desequilibran el organismo, reduciendo la posibilidad de sufrir osteoporosis después de la menopausia.

La tonificación de los pechos y una adecuada circunvolución uterina favorece la recuperación de la figura de la mujer.

2.- BENEFICIOS PARA EL LACTANTE

La lactancia materna beneficia al bebé en:

- Una óptima nutrición.
- Protección frente a enfermedades infecciosas y alérgicas.
- Desarrollo psicosocial.

La leche materna proporciona la mejor nutrición del bebé, el amamantamiento produce la excitación muscular bucal y se mueven sus estructuras del aparato estomatognático, implica una actividad de los labios y maxilares, así la mandíbula llega a una posición apropiada sobre los 8 meses y una buena configuración de los arcos. La lengua llega a ocupar una correcta posición que facilita el equilibrio craneoencefálico y fortalece la musculatura oral.

Si un niño toma leche materna, todo su mecanismo se va a ver fortalecido.

3.- BENEFICIOS PARA LA COMUNIDAD

Dentro de la familia se van a favorecer lazos de unión similares a los que se establecen entre la madre y el hijo.
La lactancia materna supone un ahorro pues disminuyen las importaciones y distribución de sustitutos artificiales de la leche materna.
A su vez, supone un beneficio porque evita el absentismo laboral, ya que al evitar enfermedades disminuyen los días de baja de los padres, por lo que supone un menor gasto en atención de patologías permitiendo invertir en prevención.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

-AGUAYO, J. Lactancia materna. Serie manual universitario, número 52. Sevilla: Universidad de Sevilla.

-DIAZ DIAZ, C; RIAÑO GALÁN, I. Y RODRIGUEZ POSADA, R. Lactancia materna, guía para profesionales sanitarios.

-SLUSSER, W. Y FRANTZ, K. Clínicas pediátricas norteamericanas. Lactancia materna, Vol. 2. Atención a la lactancia materna. México: McGraw – Hill Interamericana.

-AGUILAR CORDERO, M.J. Técnicas de aprendizaje para las madres lactantes. Lactancia materna. Manual de técnicas y valoración en enfermería infantil. Granada: Universidad de Granada.

TEMA 3. BRUXISMO.

MARIA AMOR GUTIÉRREZ DÍAZ

ÍNDICE

- DEFINICIÓN DE BRUXISMO
- TIPOS DE BRUXISMO
- CLASIFICACIÓN
- CAUSAS DEL BRUXISMO
- SÍNTOMAS DEL BRUXISMO
- PRONÓSTICO
- TRATAMIENTO

DEFINICIÓN DE BRUXISMO

- El bruxismo es una actividad anormal y sin propósito funcional de los músculos de la masticación, que se produce de forma inconsciente y que suele darse tanto de día como de noche.
- El bruxismo ocurre cuando los dientes entran en contacto entre sí con fuerza, esto puede ser silencioso u ocasionar un sonido fuerte, especialmente al dormir.
- La edad más frecuente de inicio está entre los 17 y los 20 años, y la remisión espontánea se suele producir a los 40 años de edad en los casos de bruxismo crónico.
- Afecta entre un 10% y un 20% de la población.

TIPOS DE BRUXISMO

- SEGÚN EL TIPO:

  Bruxismo céntrico: apretar los dientes.
  - Apretadores.
  - Preferentemente diurno.
  - Las áreas de desgaste están limitadas a la cara oclusal.
  - Menor desgaste dentario.
  - Mayor afectación muscular.

  Bruxismo excéntrico: Rechinar los dientes.
  - Frotadores.
  - Nocturno.
  - Las áreas de desgaste sobrepasan la cara oclusal.
  - Gran desgaste dentario.
  - Menor afectación muscular.

SEGÚN LA EDAD DEL PACIENTE:
- Bruxismo en el paciente infantil.
- Bruxismo en el paciente adulto.

SEGÚN EL MOMENTO EN EL QUE SE PRODUCE:
- Bruxismo diurno.
- Bruxismo nocturno.

CLASIFICACIÓN

- GRADO I (HÁBITO INCIPIENTE):
  La presentación no es agresiva, su reproducción es por un corto período de tiempo y a veces de forma ocasional, aunque puede ser inconsciente para el paciente, es reversible ya que aparece y se desvanece por sí sólo, puede desaparecer cuando el sujeto lo hace consciente,
  puede estar condicionado a factores locales dentro de la boca, que al ser detectados y eliminados con prontitud permiten la prevención y eliminación del mismo. La ansiedad puede estar ausente en el paciente.

GRADO II (HÁBITO ESTABLECIDO):

En este grado la ansiedad ya se encuentra presente, la reproducción está condicionada a los factores facilitadores, la presentación es inconsciente para el paciente y desaparece cuando el sujeto lo vuelve consciente, en esta etapa pueden encontrarse presentes lesiones en las estructuras dentofaciales por lo que se requiere de un tratamiento integral para asegurar su eliminación. El hábito Grado II puede ser reversible, si no es tratado puede desarrollarse en un hábito Grado III.

GRADO III (HÁBITO PODEROSO):

La reproducción es constante hasta dentro del entorno familiar y social por incorporación del paciente. La presentación se encuentra fortalecida y bien establecida, es excesiva e irresistible para el sujeto que la padece aun siendo consciente. Las lesiones en las estructuras dentofaciales son de considerable magnitud y en algunos casos las lesiones son permanentes. El hábito poderoso es de difícil manejo y los resultados del tratamiento son insatisfactorios, por lo que se requiere mayor atención y dedicación en el desarrollo de técnicas por parte del dentista que las implementa.

CAUSAS DEL BRUXISMO

- El origen del bruxismo no se sabe exactamente.
- Obedece a múltiples factores etiopatogénicos, entre ellos hay dos que destacan: interferencias oclusales y factores psíquicos.
- Las interferencias más patogénicas son:

  - Deslizamiento en céntrica lateral.

  - Interferencias en el balanceo.
- Los factores psíquicos que actúan como potenciadores del cuadro (factores contribuyentes) son:

  - Ansiedad.

  - Estrés.

SÍNTOMAS DEL BRUXISMO

- Ansiedad, estrés y tensión.
- Depresión.
- Dolor de oído (debido en parte a que las estructuras de la articulación temporomandibular están muy cerca del conducto auditivo externo y a que usted puede percibir dolor en un lugar diferente de su fuente, lo cual se denomina dolor referido).
- Trastornos alimentarios.
- Dolor de cabeza.
- Sensibilidad a las cosas calientes, frías o dulces en los dientes.
- Insomnio.
- Dolor o inflamación de la mandíbula.

PRONÓSTICO

- El bruxismo no es un trastorno peligroso, sin embargo, puede causar lesiones dentales permanentes (desgaste oclusal, desgastes de los bordes incisales, inversión de cúspides, abfracciones, fracturas dentales, movilidad y anquilosis dental, ruidos articulares…), dolor molesto en la mandíbula, dolores de cabeza y dolor de oído.
- Depresión.
- Trastornos alimentarios.
- Insomnio.
- Aumento de problemas dentales o de ATM.

TRATAMIENTO

- A diferencia de la caries dental y las enfermedades de la encía (gingivitis y periodontitis) en las que la prevención es importantísima, el bruxismo es un hábito involuntario de difícil prevención.
- Tener la boca completamente sana: sin caries, sin ningún tipo de infección y con las encías sanas.
- El tratamiento está relacionado con el riesgo de lesión dentaria y su posible afección muscular (tallado selectivo o ajuste oclusal, férula de descarga, rehabilitación protésica, tratamiento de ortodoncia, tratamiento de fisioterapia como ejercicios musculares, tratamiento farmacológico en fases agudas, acupuntura…)

BIBLIOGRAFÍA

- Frugone Zambra RE, Rodríguez C. Bruxismo. Av Odontoestomatol [Internet]. 2003 Jun [citado 2019 Jul 27] ; 19(3): 123-130.
- Carlsson G., Magnusson T. Bruxism and other oral parafunctions. En: Carlsson G., Magnusson T. Management of Temporomandibular Disorders in the General Dental Practice. Cap. 5. Quintessence Publ. Co. Inc. 1999. Pags. 33-42.
- Kato T, Thie N., Montplaisir J., Lavigne G. Bruxism and orofacial movements during sleep. Denl. Cl. Of NA. 2001; 45: 4: 657-84.
- Pierce C. y cols. Stress, anticipatory stress, and psychologic measures related to sleep bruxism. J. Orofac. Pain. 1995; 9: 51-6.

TEMA 4. CALIDAD ASISTENCIAL. NECESIDAD DE INDICADORES DE CALIDAD.

ILLÁN SÚAREZ RODRÍGUEZ
BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO
Mª PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ

INTRODUCCION:

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite (OMS). No se trata de dar a unos cuantos lo mejor y si de dar a la mayoría lo óptimo (Rodriguez P & Pérez M. 2014).

Para conocer el nivel de calidad alcanzado por los servicios que presta el sistema sanitario y poder realizar las acciones de mejora continua, se requiere obtener información de los aspectos más relevantes con herramientas de medición que permitan detectar anomalía, son los indicadores de calidad.

INDICADORES DE CALIDAD:

son las herramientas de medición que permiten detectar anomalías, brindan de forma rápida, fácil y concisa información valiosa acerca de cómo se está desempeñando el sistema sanitario en cuestión y permiten hacer comparaciones en tiempo y espacio que de otra forma serían imposibles de realizar.

Un buen indicador deberá cumplir al menos con cuatro características:

Validez: debe reflejar el aspecto de la calidad para el que se creó o estableció y no otro.

Confiabilidad: debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.

Comprensibilidad: debe comprenderse fácilmente qué aspecto de la calidad pretende reflejar.

Sencillez: debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar.

Objetivos

-Crear una lista de indicadores comunes, válidos, fiables y aceptados con los que se pueda comparar resultados relacionados con la efectividad clínica entre los diferentes hospitales y centros de salud del Sistema Nacional de Salud.

-Seleccionar mediante técnicas de consenso y priorización aquellos indicadores más adecuados al contexto actual de los hospitales del SNS.

-Definir cada uno de los indicadores seleccionados especificando sus distintos componentes (código y nombre, fórmula, exclusiones, aclaraciones etc.)

-Compartir e intercambiar información científica y organizativa sobre los sistemas de control de la efectividad clínica entre los coordinadores de calidad o personal que desempeña esas funciones en los Hospitales y equipos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud .

Material y métodos:

Se realiza estudio de Indicadores esenciales europeos de salud (ECHI)

Se realiza monitoreo en buscadores, en español, como resultado se obtienen aproximadamente 124.000 resultados de los que se estudiaron ampliamente 45 Artículos:

Se emplea la base de datos : PubMed y Sciello en Inglés y Español.

Las palabras claves son:indicadores, calidad, sanidad , de donde se seleccionan los siguientes artículos:

A set of quality and safety indicators for hospitals of the "Agencia Valenciana de Salud. 2014 Jan-Feb;29(1):29-35. doi: 10.1016/j.cali.2013.08.003. Epub 2013 Oct 16. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24139149.

Anales Sis San Navarra vol.41 no.3 Pamplona sep./dic. 2018 Epub 22-Mayo-2019.http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid

Conclusiones:

Analizados los principales Indicadores de funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (2017/2018) se muestra el reconocimiento de la sanidad pública Española en relación a la Sanidad Europea, pese a la situación económica adversa sufrida estos años, caracterizada por un alto grado de eficacia acompañado, inevitablemente, de un alto nivel de complejidad políticas de prevención, moderar el crecimiento del gasto farmacéutico, garantizar la financiación adecuada del SNS, estimular el desarrollo profesional, corregir las desigualdades en salud, fomentar la cooperación entre los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y desarrollar políticas de garantía de calidad en los servicios sanitarios.

El SNS es un servicio de calidad, que mantiene una cobertura universal, con una red completa de servicios y una dotación de buenos profesionales, que consiguen unos resultados en salud muy buenos, convirtiendo a la sanidad pública española en una de las mejores del mundo.

BIBLIOGRAFÍA

Luft HS& Hunt SS. Evaluating individual hospital quality through outcome statistics. JAMA,986; 255:2780.

Parra H & Eduardo J &Ramón E., et al,. 2012. indicadores del sistema Nacional de Salud. Sociedad Nacional de calidad asistencial.

Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor; Michigan, Health Administration Press

Fernández L &Conde F & Fernández J (2016).Satisfaction of principal caregivers of patients followed-up by palliative care teams .

NebotC &Mira J& Guilabert M et al 2016)., A set of quality and safety indicators for hospitals of the "Agencia Valenciana de Salud.

TEMA 5. LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE.

RAMÓN ORTEGA TORTOSA
SONIA LUIS ARGANDOÑA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La imagen del enfermero sigue encorsetada en estereotipos hoy en día es función de los profesionales de enfermería hacer que los pacientes vean que el plan de cuidados de enfermería y la responsabilidad que adquieren los enfermeros respecto a sus pacientes es esencial para que se muestre una imagen más clara de los cuidados enfermeros.

OBJETIVOS

Conocer la percepción que tienen los pacientes sobre las funciones de enfermería en Atención Primaria.

METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta a una población (N=70) pidiendo que cumplimentaran 11 preguntas formato test en la que tenían que responder que rol creían que desempeñaban los profesionales de enfermería en Atención Primaria.

RESULTADOS

. El 86% de los pacientes conocía la labor que realiza su enfermera.

. El 50% de los pacientes consideraba que su enfermera le cuidaba, pero sólo bajo las órdenes del médico.

. El 81.1% de los pacientes respondió que sí respecto a que la enfermera tomaba decisiones implicadas con su salud.

. El 74% de los encuestados conocían el nombre correcto del personal de enfermería.

CONCLUSIONES

- A día de hoy aún son muchos los pacientes que consideran que la enfermería trabaja bajo la subordinación de otros sanitarios.
- Aunque por otra parte una gran mayoría de pacientes sabe la labor que realizan los profesionales de enfermería en la Atención Primaria.
- A pesar de todo la población tiene claro que los centros de salud no podrían funcionar sin enfermería y que el enfermero es su cuidador , ni los ATS, ni el practicante.

BIBLIOGRAFÍA

- Lescaille Taquechel, M. (2007). El secreto profesional y su relación con enfermería. Revista Cubana de Enfermería, 23(2), 0-0.
- Palacios Ceña, D. (2008). Implicaciones éticas del uso de la técnica y la tecnología en la aplicación de cuidados. Revista Cubana de Enfermería, 24(1), 0-0.
- Acosta-Salazar, D., Lapeira-Panneflex, P., & Ramos-De La Cruz, E. (2016). Cuidado de enfermería en la salud comunitaria. Duazary, 13(2), 105-110.
- DEL PROFESIONAL, D. E. (2005). COMPETENCIAS COMUNICATIVAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA (Doctoral dissertation, UNIVERSIDAD DE LA HABANA).
- Pou Pou, J. (2018). Es considera important incloure els valors ètics dinsl'avaluació de les competències professionals de les infermeres.

TEMA 6. INTERVENCIÓN EDUCACIONAL DE ENFERMERÍA DURANTE EL EMBARAZO.

RAMÓN ORTEGA TORTOSA
SONIA LUIS ARGANDOÑA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Enfermería debe educar a la mujer embarazada en la conciencia del concepto de salud, y debe promover comportamientos saludables durante el embarazo a través de actividades para facilitar el embarazo , parto y puerperio tanto a nivel físico como a nivel emocional.

OBJETIVOS

Analizar como influye la intervención educacional por parte de enfermería durante el embarazo.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos:

-Cuiden
-Pubmed
-Cochrane
-Scielo

Utilizando las siguientes palabras clave : embarazo, mujer, enfermería, educación y enseñanza.

RESULTADOS

La intervención educacional durante el embarazo constituye una de las principales actividades de promoción y salud. Las actividades tanto individuales como en pareja fortalecen un vínculo entre madre y bebe que hará que la madre se sienta capaz de hacerse cargo del bebe cuando llegue y resuelven sus dudas en esta etapa del ciclo vital.

CONCLUSIONES

- Las intervenciones educativas ayudan a disminuir el estrés durante el embarazo.
- La instauración de la lactancia materna es mucho más fácil con los talleres impartidos por enfermería.
- Enfermería ayudara a la embarazada a llevar por sí misma acciones de autocuidado, a recuperarse del embarazo y afrontar el postparto y puerperio.

BIBLIOGRAFÍA

- Otilia, C. C. Y., Teodora, R. M. D., & Sabina, T. P. E. (2008). Influencia de una intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado durante el puerperio en adolescentes. Rev. enferm. herediana, 1(1), 11-8.
- Sánchez-Jiménez, B., Hernández-Trejo, M., & Lartigue-Becerra, T. (2007). Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. Perinatología y Reproducción Humana, 21(4), 167-177.
- Salazar Molina, A., & Valenzuela Suazo, S. (2009). Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. Revista brasileira de enfermagem, 62(4).
- Beltrán González, B. M., Ruiz Iglesias, M., Grau Abalo, R., & Álvarez León, I. (2007). Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada. Revista Cubana de Salud Pública, 33(2), 0-0.

TEMA 7. HISTEROSALPINGOGRAFIA: PARTICULARIDADES Y PREPARACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS.

ROGER DANIEL PLASENCIA MEDINA

INDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- PREPARACIÓN
- HISTEROSALPINGOGRAFÍA
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Es muy importante que a la hora de llevar a cabo una radiografía en mujeres, tengamos en cuenta lo principal, si se trata de mujer gestante o no gestante. Entre otros aspectos significativos también hay que conocer los medios de contraste, la preparación intestinal y la predisposición de la paciente. Dependiendo de esta información, la realización de las pruebas radiológicas se llevarán a cabo según varios procedimientos, lo cuales se realizarán con las mejores condiciones de asepsia.

Entre ellos vamos a destacar:

- Histerosalpingografía

OBJETIVOS

El objetivo principal es la de aportar un ambiente de seguridad a la paciente donde se lleve a cabo unos cuidados específicos según su situación de gestante.

Objetivos específicos:

- Exponer formalmente la preparación y posterior procedimiento de la prueba a realizar.
- aportar la información pertinente sobre los efectos adversos y/o complicaciones al feto.

PREPARACIÓN

Medios de contraste

Para estudiar los conductos genitales femeninos se emplean diferentes medios opacos. Para la HSG y la vaginografía suelen utilizarse los medios de contraste hidrosolubles que se emplean en la urografía intravenosa.

Preparación del intestino

1. Si hay estreñimiento, se administra un laxante que no produzca gases el día anterior.
2. Antes de realizarse la prueba la paciente recibe enemas de limpieza hasta que se recupera un flujo de retorno claro.
3. Ayuno previo a la exploración.

Cita para la prueba y asistencia de la paciente

La paciente debe presentarse a la consulta 10 días aproximadamente después de la menstruación debido que es el momento en el que el endometrio esta menos congestionado. Y también porque hay muy pocas posibilidades de irradiar un óvulo ya fecundado.

Las herramientas utilizadas para la introducción del contraste son muy pequeños por lo que no es necesario normalmente hospitalizar ni premedicar a la paciente. Las pacientes pueden tener efectos secundarios producidos por el contraste pero son pasajeros. Por lo que el hospital en el que se realiza el estudio debería tener una sala donde la paciente pueda tumbarse y descansar. La vejiga debe estar completamente vacía antes de la exploración, además esta debe ser irrigada inmediatamente antes de la exploración.

HISTEROSALPINGOGRAFÍA

Para preparar a la paciente para dicha prueba hay que tomar las siguientes medidas:

1. Después de haber irrigado el conducto vaginal, vaciado completamente la vejiga y limpiado el periné, se coloca a la paciente sobre la mesa de exploración .
2. Se coloca a la paciente en la posición de litotomía, con las rodillas flexionadas sobre los apoyos para las piernas.
3. Si se utiliza una tabla combinada, se ajusta la posición de la paciente de manera que los RI queden centrados en un punto 5 cm proximal a la sínfisis púbica; para todos los estudios se utilizan RI de 24x30 cm colocados longitudinalmente.

6. Sostener la cánula interna contra una luz fuerte e inspeccionar sus paredes para asegurarse que se ha limpiado correctamente.
7. Secar la cánula asegurándose de que no queden restos.
8. Repetir el mismo procedimiento con la cánula externa.
9. Lavar las dos partes de la cánula con agua.
10. Secar cuidadosamente las dos partes de la cánula, envolverlas en gasas estériles y guárdelas en una caja.

*En el caso de que el paciente no sea capaz de eliminar las secreciones, ni forzándolo a toser, instilándole 2cc de suero, se procedería a la aspiración de secreciones.

El instrumento de evaluación utilizado es el que observábamos tanto mi tutor como yo, ya que las primeras veces hacíamos nosotros el cuidado para que lo vieran, hasta que veíamos que conseguían hacerlo ellos.

Después de examinar la radiografía preliminar, y con el espéculo vaginal colocado, el médico introduce una cánula uterina por el conducto cervical y encaja firmemente el tapón de goma en el orificio cervical externo, ejerce contrapresión con un tenáculo para impedir el reflujo del medio de contraste, y retira el espéculo. A continuación, puede inyectar un medio de contraste opaco o gaseoso en la cavidad uterina a través de la cánula. El material de contraste fluye por las trompas uterinas permeables y se « derrama » por la cavidad peritoneal. Para evaluar la permeabilidad de las trompas uterinas se puede insuflar gas transuterino, pero para comprobar la longitud, la posición y la trayectoria de los conductos sólo se puede opacificar la luz de los mismos.

Estos productos atraviesan rápidamente las trompas uterinas permeables, y el vertido peritoneal resultante se absorbe y elimina por vía urinaria, normalmente en un plazo de 2 h. El medio de contraste puede inyectarse con un presómetro o una jeringa. Si no se va a utilizar la fluoroscopia, el medio de contraste se introduce en 2-4 dosis fraccionadas para que no se produzca un vertido peritoneal excesivo. Después de cada dosis fraccionada se lleva a cabo un estudio radiográfico para determinar si el llenado es adecuado, basándose para ello en el vertido peritoneal. Las radiografías pueden consistir únicamente en una sola proyección AP obtenida al término de cada una de las inyecciones fraccionadas. Si es necesario, se pueden obtener otras proyecciones (oblicua, axial y lateral).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kohanab AA, Kucharczykac MC, Posadasad NT, Napolia MN, Gile S, Fuentes NA, García Mónaco RD, Chacóna CR. Rendimiento diagnóstico de la histerosalpingografía por resonancia magnética: resultados iniciales. 2017. Revista Argentina de Radiología 81(1): 3-11
2. Carpio J, et al. Histerosalpingografía por resonancia magnética. Nueva técnica para el estudio de la infertilidad. Reproducción 2016;31:70-75.
3. Valdés Yong M, Hernández Núñez J. Diagnóstico ecográfico de embarazo en útero doble. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2015; 41(2): 180-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000200011&lng=es.

TEMA 8. FISIOTERAPIA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- TRATAMIENTOS
- FISIOTERAPIA
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

La esclerosis multiple es una enfermedad progresiva en la que aparecen lesiones inflamatorias en la sustancia blanca cerebral, con pérdida de mielina. Se desconocen las causas, aunque se cree que son varios factores las que la provocan, entre ellas predisposición genética y factores ambientales.

No existe una clínica de presentación, puesto que depende de dónde se localices las placas desmielinizadas. Es frecuente la aparición de parestesias, debilidad, diplopia, alteraciones de la visión, nistagmos, disartria, ataxia, alteraciones de la sensibilidad profunda, disfunción vesical, alteraciones emocionales y deterioro cognitivo. El síntoma más frecuente es el deterioro de la sensibilidad.

TRATAMIENTOS

El tratamiento es multidisciplinar. Se debe contar con un neurólogo para hacer el seguimiento del paciente, con médico de familia, oftalmólogo, profesionales de salid mental y fisioterapeutas.

El tratamiento se basa en tres pilares: tratamientos farmacológicos con base inmunológica para evitar y retardar la aparición de brotes, el tratamiento sintomático y rehabilitador, y otras formas de tratamiento.

FISIOTERAPIA

Los objetivos del tratamiento fisioterapéutico son:
-Reeducar y mantener todo el control voluntario disponible.
-Reeducar y mantener los mecanismos posturales normales.
-Mantener la amplitud completa del movimiento de todas las articulaciones y tejidos blandos, y enseñar al paciente y/o a sus familiares, procedimientos de estiramiento adecuados para prevenir contracturas.
-Incorporar técnicas de tratamiento en la forma de vida relacionándolas con actividades diarias adecuadas, suministrando de este modo una forma para mantener toda mejoría que se obtenga.
-Ofrecer consejo acerca de la utilización de la energía.

-Evitar movimientos anormales, que es en sí mismo ineficiente y cansado y puede inhibir la función.
- Inhibir cualquier tono anormal
-Estimular toda experiencia sensitiva y perceptual y mantener la experiencia del movimiento normal a lo largo del curso de la enfermedad, no solamente para explotar el potencial sino para capacitar al paciente para que se sienta mas seguro y se mueva mas libremente al ser requerida la asistencia de familiares o ayudantes en los estadios posteriores de la enfermedad.

Entre brotes:

· Mantener las amplitudes articulares, lucha contra las retracciones y la espasticidad.
· Evitar la atrofia muscular y desarrollar las suplencias musculares.
· Mantener la troficidad de los tejidos.
· Hacer caminar el mayor tiempo posible.
· Facilitar después la autonomía y la vida confortable en la silla de ruedas.
· Cuidar el mantenimiento de las grandes funciones vitales, especialmente en el paciente encamado.

Durante los brotes:
El paciente debe estar en reposo y la fisioterapia se limitará a movilizaciones pasivas durante dos a tres semanas:
· La fisioterapia será muy individualizada en función de la lesión de cada paciente, deberá tener en cuenta la extrema fatigabilidad de estos pacientes, en quienes, debido a las lesiones en las bandas de mielina, la conducción nerviosa no se realiza normalmente. Sin embargo el ejercicio bien dosificado, entrecortado por periodos de reposo frecuentes, no producirá fatiga nociva ni tendrá ninguna influencia nefasta sobre la enfermedad.
· Con bastante frecuencia, al paciente afectado de esclerosis en placas le costará soportar el calor, que exacerba los síntomas y aumenta la fatiga. Será conveniente efectuar el tratamiento al principio o al fin del día y en locales frescos y bien aireados.

BIBLIOGRAFÍA

Carretero Ares J. L., Bowakim Dib W., Acebes Rey J. M.. Actualización: esclerosis múltiple. Medifam [Internet]. 2001 Nov [citado 2019 Ago 29] ; 11(9): 30-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000900002&lng=es.

TEMA 9.TRANSPORTE SANITARIO.

SUSANA MARTIN LORENTE

ÍNDICE

- TRANSPORTE SEGÚN EL GRADO DE ASISTENCIA
- TRANSPORTE SEGÚN LA URGENCIA VITAL
- SEGÚN LA DISTANCIA A RECORRER
- TIPOS DE TRANSPORTE POR CARRETERA
- BIBLIOGRAFIA

TRANSPORTE SEGÚN GRADO DE ASISTENCIA

Al hablar de transporte sanitario nos referimos al que se utiliza para el traslado de personas enfermas.

Según el grado de asistencia prestada se clasifican en:

Transporte colectivo: Para trasladar un número máximo de 7 pacientes. Se usa en pacientes con patologías no urgentes, para el traslado a consultas o a recibir tratamiento de rehabilitación o hemodiálisis. No precisan oxigenoterapia ni sueros.

Transporte individual: Se hace según criterio médico.

Transporte urgente: Se realiza desde el sitio donde ocurre la emergencia, y el centro hospitalario más próximo.

SEGÚN ´URGENCIA VITAL

Transporte sanitario de emergencia: Se pone en marcha en el mismo momento en que se detecta la emergencia y se ha de realizar con máxima prioridad.
Transporte sanitario de urgencias: Se realiza cuando el paciente tiene una patología que presenta riesgo vital o de disfunción grave, pero el traslado puede esperar unas horas.
Transporte urgente primario: Se lleva a cabo desde el lugar donde se produce la emergencia hasta el hospital.
Transporte urgente secundario: Es el que se realiza entre dos instituciones sanitarias. Suelen ser traslado a un hospital de referencia para el diagnóstico o tratamiento de patologías por especialidades de las que carece el centro de donde procede. También son los traslados desde una institución al domicilio del paciente.

Transporte sanitario demorable: Son los traslados que no precisan una activación inmediata de los recursos de transporte sanitario. Entre ellos tenemos:
Transporte secundario: Es el que se realiza a nivel interhospitalario. Suelen ser enfermos con una situación clínica estable y que necesitan proseguir un tratamiento o hacerse una prueba diagnóstica programada en otro centro.
Transporte programado: Es el que se realiza de forma programada desde el domicilio del paciente a un centro sanitario para hacer un tratamiento o una prueba diagnóstica.
Transporte terciario: Es el que se lleva a cabo dentro del mismo centro hospitalario

SEGÚN DISTANCIA A RECORRER

Menos de 150 Km. la ambulancia o el Helicóptero sanitario
Entre 150 - 300 Km. el helicóptero sanitario.
Entre 300 - 1000 Km. el avión sanitario.
Más de 1000 Km. el avión de línea regular adaptado.
En situaciones especiales: el barco o el ferrocarril.

TIPOS DE TRANSPORTE POR CARRETERA

Unidades no asistenciales o ambulancias de traslado: Están destinadas al traslado individual de pacientes en camilla, que pueden estar enfermos o accidentados leves y que no tienen riesgo vital demorar y no precisan ninguna asistencia o control durante el traslado. No están dotadas específicamente para la asistencia sanitaria en ruta.

Unidades asistenciales: Están acondicionadas para prestar asistencia sanitaria en ruta. Se diferencian en su equipamiento sanitario y en la dotación de personal. Entre ellas tenemos las siguientes:

Unidades de Soporte Vital Avanzado (**SVA**). Son las Unidades de Vigilancia Intensivas (UVI) móviles. Están destinadas al transporte de enfermos críticos que requieren una vigilancia o asistencia intensiva en ruta.

Unidades de Soporte Vital Básico (**SVB**). Son las que trasladan a enfermos estables que no presentan riesgo vital durante el transporte, pero que pueden necesitar atención continuada durante el traslado. Están acondicionadas con un equipamiento que permite administrar cuidados básicos de soporte vital al paciente y trasladarlo en condiciones que reduzcan al mínimo el riesgo de muerte o de secuelas derivadas de la lesión que presenta o bien de las condiciones del traslado.

Unidades de emergencias psiquiátricas: Están acondicionadas para transportar a pacientes con enfermedades mentales, y acondicionadas para que no se autolesionen o para realizar una contención si el paciente presenta conductas agresivas.

BIBLIOGRAFÍA

Badia Mariona, Armendáriz Juan José, Vilanova Cecilia, Sarmiento Omar, Serviá Luis, Trujillano Javier. Transporte interhospitalario de largo recorrido: Utilidad de las escalas de gravedad. Med. Intensiva [Internet]. 2009 Jul [citado 2019 Agosto 28] ; 33(5): 217-223. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000500001&lng=es

TEMA 10. CONTRAINDICACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA.

ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ

INTRODUCCION

Existen algunas situaciones en las que está contraindicada la lactancia materna ya que plante riesgos. Es importante conocer estas situaciones para dar soluciones y evitar problemas derivados de ellas.

Las contraindicaciones pueden ser absolutas o relativas. En este capítulo trataremos las absolutas y distinguiremos entre:

- Contraindicaciones del recién nacido
- Contraindicaciones maternas.

Dentro de las primeras están las de tipo metabólico, como la galactosemia o intolerancia a la galactosa. Las maternas son un poco más extensas: infecciones farmacológicas y metabólicas.

ÍNDICE

1.- CONTRAINDICACIONES DEL RECIEN NACIDO.
    1.1.- Contraindicaciones del recién nacido con galactosemia.
    1.2.- Contraindicaciones del recién nacido con fenilcetonuria (FCU).
    1.3.- Recién nacido con otros trastornos metabólicos.
2.- CONTRAINDICACIONES MATERNAS.
    2.1.- Riesgo de transmisión de infecciones víricas
        2.1.1.- Síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA).
        2.1.2.- Hepatitis víricas.
        2.1.3.- Otras infecciones víricas.
3.- INFECCIONES POR BACTERIAS.

1.- CONTRAINDICACIONES DEL RECIEN NACIDO.

Este tipos de contraindicaciones van a estar representadas por metabolopatías congénitas del lactante como:

-La galactosemia.

-La fenilcetonuria.

1.1.- Contraindicaciones del recién nacido con galactosemia.

- Se trata de una enfermedad autosómica recesiva por el déficit extremo de la encima galactosa-1-fosfato uridiltransferasa.
- El bebé muestra insuficiencia hepática, alteraciones de la función tubular renal y frecuentemente desarrolla cataratas. Los recién nacidos con enfermedad clínica tienen frecuentemente hipoglucemias y siempre albumina.
- El tratamiento a base de la eliminación de la galactosa de la dieta produce una rápida corrección de las alteraciones.
- La intolerancia hereditaria a la fructosa es análoga a la galactosemia. La eliminación de fructosa y sacarosa de la dieta cura la enfermedad clínica.

1.2.- Contraindicaciones del recién nacido con fenilcetonuria (FCU).

- La FCU es una enfermedad autosómica recesiva que afecta fundamentalmente al cerebro; es un defecto para formar tirosina y está ausente o disminuida en el hígado.
- Los lactantes afectados son normales en el nacimiento y la FCU produce una evolución a un retraso mental grave. Los niños pueden ser rubios, con ojos azules, presentar eccema y orina con olor a ratón.
- Las pruebas de detección selectiva de la FCU miden la fenilalanina en sangre.
- La detección de la FCU maligna se realizan en todos los lactantes hiperfenilalaninémicos ya que no se puede diferenciar la hiperfenilalaninemia debida a un déficit de fenilalanina hidroxilasa.

1.3.- Recién nacido con otros trastornos metabólicos.

- Hablamos del orina de jarabe de arce (EOJA), es una enfermedad autosómica recesiva causada por un déficit de la descarboxilasa que inicia la degradación de los cetoácidos análogos a los tres aminoácidos de cadena ramificada: leucina, isoleucina y valina.
- Aparece dentro de las semanas 1-4 de vida. La mala alimentación, los vómitos y la taquipnea son frecuentes.
- Si no se trata, la enfermedad es rápidamente mortal. En los lactantes gravemente afectados, la diálisis peritoneal puede ser beneficiosa. El tratamiento con dietas especiales debe continuar toda la vida.

2.- CONTRAINDICACIONES MATERNAS.

- Existe 3 situaciones que contraindican la lactancia materna:
  - Riesgo de infección para el lactante.
  - Enfermedades maternas no infecciosas.
  - Paso de sustancias tóxicas a través de la leche materna.

2.1.- Riesgo de transmisión de infecciones víricas

- Los riesgos más importantes son:
  - Síndrome de la inmunodeficiencia humana (SIDA).
  - Hepatitis víricas.
  - Otras infecciones víricas.

2.1.1.- Síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA).

- Entre los riesgos de transmisión de infecciones víricas tenemos: el síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA). SE transmite por sangre y derivados hemáticos contaminados, por secreciones (semen, leche), órganos infectados y en las mujeres embarazadas de forma vertical al feto.
- Manifestaciones más frecuentes: crecimiento deficiente, infecciones oportunistas, otitis medias recidivantes, diarreas persistentes, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías generalizadas e insuficiencia cardíaca.
- La mortalidad en casos de SIDA pediátrico es de un 65%.

2.1.2.- Hepatitis víricas.

Las hepatitis víricas son:

- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Hepatitis Delta
- Hepatitis E

La hepatitis B puede transmitir el virus a través de la leche y de la sangre de pezones infectados.

2.1.3.- Otras infecciones víricas.

- El virus del herpes simple, es una infección viral recurrente que se caracteriza por aparecer sobre la piel o membranas mucosas de acúmulos aislados o múltiples de pequeñas vesículas llenas de líquido claro sobre bases inflamatorias.
- Se recomienda:
  - No suspender la lactancia materna excepto que la lesión esté en las mamas porque la contaminación es a través de úlceras herpéticas.
  - Hacer extracción manual de la mama afectada para evitar la disminución de la producción láctea, hasta que mejoren las lesiones

3.- INFECCIONES POR BACTERIAS.

También existen las infecciones por bacterias como es el caso de la tuberculosis (la lesión inicial se localiza en el parénquima pulmonar, dando lugar a una reacción histológica específica, producida por el bacilo de Koch).

La actitud debe ser.:

- No suspender la lactancia materna.
- Vacunar al recién nacido inmediatamente después del parto.
- La madre debe continuar la medicación anti-tuberculosis.
- Si la enfermedad se diagnostica durante el parto o período de lactancia , la madre iniciará el tratamiento y el bebé será vacunado y empezará quimioprofilaxis primaria.
- Hacer un seguimiento estricto a la madre y al niño.
- En caso de tuberculosis miliar con altos niveles de bacteremia, se recomienda suspender temporalmente la lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

-AGUAYO, J. Lactancia materna. Serie manual universitario, núm 52. Sevilla: Universidad de Sevilla.

-AGUILAR CORDERO, M.J. Técnicas de aprendizaje para las madres lactantes. Lactancia materna. Manual de técnicas y valoración en enfermería infantil. Granada. Universidad de Granada.

-AGUILAR CORDERO, M.J. Tratado de enfermería infantil. Cuidados pediátricos. 1ª edición Elsevier Sciencie.

-LA LIGA DE LA LECHE INTERNACIONAL. El arte femenino de amamantar. México: Pax México.

-BURROUGHS, A. Y LEIFER, G. Enfermería materno-infantil. 8ª edición México: McGraw-Hill; 188-193.

TEMA 11. MEDICIÓN DE LAS CONSTANTES VITALES.

ANA VIOR LÓPEZ
ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO

ÍNDICE:

1.- INTRODUCCIÓN .
2.-TEMPERATURA.
3.-RESPIRACIÓN.
4.-PULSO.
5-TENSIÓN ARTERIAL.
6.-PRESIÓN VENOSA CENTRAL.
7.-BIBLIOGRAFÍA

1.- INTRODUCCIÓN:

Para valorar el estado del paciente, además de la observación y del estado físico , se deben medir los datos objetivos relacionados con una serie de parámetros, que constituyen los denominados signos o constantes vitales: temperatura, respiración, pulso, tensión arterial y presión venosa central.

2.-TEMPERATURA:

Es el grado de calor que tiene el cuerpo como consecuencia del equilibrio mantenido entre el calor producido por los mecanismos de producción de calor (actividad muscular, el metabolismo energético,etc…) y el calor perdido por el organismo (a través de los fenómenos de evaporación, radiación, conducción y convección).

Para su recogida se emplean termómetros clínicos, electrónicos, por infrarrojos y tiras reactivas.

- MEDICIÓN DE LA Tª TIMPÁNICA: permite obtener una tª muy similar a la tª central del organismo, ya que la membrana timpánica no se ve incluida por los cambios exteriores.

- MEDICION DE LA Tª AXILAR: con termómetros electrónicos en la actualidad.
- MEDICIÓN DE LA Tª RECTAL: se utiliza de forma ocasional en lactantes.

-ALTERACIONES DE LA TEMPERATURA:

- HIPOTERMIA: disminución de la tª corporal (36ºc) por debajo de los valores normales.
- HIPERTERMIA: aumentó de los valores por encima de los normales (37,1-40,5ºC).

-Febrícula: 37,1-37,9ºC

3.-RESPIRACIÓN:

Es la función mediante la cual el organismo introduce aire (oxígeno) en los pulmones y elimina dióxido de carbono, es decir, realiza un intercambio de gases.

No se debe informar al paciente de que se va a medir su respiración, para que este no la modifique.

-ALTERACIONES DE LA RESPIRACIÓN:

- APNEA: cese de la respiración.
- DISNEA: déficit del aporte de oxígeno.
- TAQUIPNEA: aumento de la frecuencia respiratoria.
- BRADIPNEA: disminución de la frecuencia respiratoria.

4.-PULSO:

Latido que se aprecia cuando se comprimen las arterias sobre una superficie ósea. Refleja las características de la contracción cardíaca.

Existen tantas pulsaciones como contracciones cardiacas, los valor s normales en un adulto sano oscilan entre 60 y 80 ppm. En condiciones normales, las pulsaciones por minuto varían en relación con factores como la alteración del estado emocional, el ejercicio y la hipertermia, que aumentan las ppm; y la edad, que las disminuye.

Ppm de recién nacido > ppm de adultos > ppm de ancianos.

5.-TENSIÓN ARTERIAL:

Presión que ejerce la sangre en el interior de las arterias. Cuando se toma la tensión a un paciente, se mide en realidad la fuerza con que fluye la sangre a través de las arterias.

Presión sistólica (PAS) es la presión máxima, sus valores normales oscilan entre 120-140 mmHg.

Presión diastólica es la presión mínima, sus valores normales oscilan entre 60-90 mmHg.

ALTERACIONES DE LA TENSIÓN ARTERIAL:

- HIPERTENSIÓN: Ascenso de la tensión arterial por encima de los valores normales 140/90 mmHg.
- HIPOTENSION: descenso de la tensión arterial por debajo de los límites de los valores normales 120/60 mmHg.

5.-BIBLIOGRAFÍA:

https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?ContentTypeID=85&ContentID=P03963

http://www.csantantoni.com/wp-content/uploads/2015/11/PR028-Protocolo-Toma-de-CV.pdf

https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002341.htm

TEMA 12. LA DIABETES GESTACIONAL.

ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN.**
- **SÍNTOMAS.**
- **CAUSAS.**
- **TRATAMIENTO.**
- **PREVENCIÓN.**
- **PRONÓSTICO.**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

INTRODUCCIÓN

- **La diabetes es un trastorno que viene dado por la presencia anormalmente elevada de azúcar en la sangre. En el caso de la diabetes gestacional se produce un alto nivel de glucosa en sangre durante los meses de gestación.**
- **Afecta a un 4% de las mujeres embarazadas y generalmente se presenta en el séptimo mes, desapareciendo tras el parto suele desaparecer, sin necesidad de tratamiento.**
- **Los síntomas suelen pasar inadvertidos y de ahí el riesgo de que no se trate y, por lo tanto, que afecte de forma negativa al feto.**

SÍNTOMAS

- **La diabetes gestacional es un trastorno difícil de identificar, puesto que su manifestación es muy leve e incluso inapreciable. Algunos síntomas pueden ser la visión borrosa, fatiga, sed y ganas de beber mucha agua, incremento de la micción, náuseas, vómitos y pérdida de peso.**
- **Ante esta ausencia de síntomas claros, la diabetes gestacional se diagnostica por medio de una prueba de rutinario en sangre que se realiza a todas las mujeres embarazadas, consistentes en controles de glucemia basales y/o tests de sobrecarga con 50 g de glucosa conocido como Test o Prueba de O'Sullivan.**

SÍNTOMAS

- **Esta prueba consiste en determinar el nivel de glucemia en sangre después de ingerir 50gr de glucosa, independientemente del momento del día y de la ingesta previa de alimentos. Se considera patológico si el resultado es igual o superior a 140mg/dl. Esta prueba se realiza, generalmente entre la semana 24 y 28 de gestación y en caso de alto riesgo (mujeres de 35 años o más u obesidad), se realiza entre las semanas 10 y 12.**

SÍNTOMAS

- **Si el resultado es positivo, hay que realizar una nueva prueba confirmativa con la paciente en ayunas y sin haber realizado dieta los días anteriores. Antes de la primera ingesta de glucosa se extrae sangre y a continuación se le administra 100 gramos de azúcar diluida en líquido. Una hora más tarde, dos horas y tres horas siguientes, se le realizan nuevas extracciones para medir su glucosa. Durante este tiempo la paciente deberá estar en reposo para no alterar los resultados. Esta prueba se conoce como "curva larga de glucosa".**

SÍNTOMAS

- **Dos resultados o más mayores a los valores de referencia de la curva (105 mg/dl, 190 mg/dl, 165 mg/dl y 145 mg/dl) se considera un resultado positivo (diabetes gestacional). En el caso de que sólo haya habido un resultado mayor o igual a los valores de referencia, estamos hablando de intolerancia a los hidratos de carbono y la prueba deberá repetirse a las tres o cuatro semanas, además de establecer un control dietético para la paciente.**

CAUSAS

- **Este tipo de diabetes tiene su origen en la resistencia a la insulina por parte de la madre. Para que el feto se desarrolle adecuadamente, el organismo de la madre se prepara metabólicamente para disponer de las reservas necesarias que permitirán el crecimiento del bebé.**
- **Por este motivo, las hormonas de la placenta -como el estrógeno, el cortisol y el lactógeno- bloquean la acción de la insulina de la madre para aumentar los niveles de azúcar en su sangre y, así ,estar disponibles como reserva para el bebé. Este proceso se conoce como insulinorresistencia.**

CAUSAS

- **Pero puede ocurrir que no haya suficiente insulina para contrarrestar el efecto de las hormonas placentarias, dando como resultado una diabetes gestacional. En la mayoría de los casos tiene las mismas características que una diabetes tipo II.**

TRATAMIENTO

- **El tratamiento de la diabetes gestacional consiste fundamentalmente en control de la dieta, ya que la medicación a base de hipoglucemiantes orales no están indicados en el embarazo. Respetando la dieta se podrá regular el metabolismo de la madre y permitirá un desarrollo adecuado tanto de la gestación como del propio parto.**

TRATAMIENTO

- **Durante el embarazo se produce un incremento de peso en la madre de unos 400 gramos semanales en el tercer trimestre. Para mantener una dieta equilibrada durante la gestación, se recomienda hacer seis comidas diarias, debiendo ser la comida y la cena las ingestas más calóricas para no pasar largos periodos de ayuno.**
- **En algunos casos, la madre puede comprobar su nivel de azúcar con autoanálisis domiciliario mediante un medidor de glucemia y podrá comparar sus datos con el valor ideal. En el caso de que supere dicho valor y la dieta haya sido estricta, se tendrá que aplicar insulinoterapia porque la dieta controlada no es suficiente.**

TRATAMIENTO

- **Además, es imprescindible un riguroso seguimiento durante el parto porque el exceso de glucosa de la madre conlleva bebés de un tamaño más grande de lo normal (macrosomía) que, en el parto, puede provocar traumatismos, distocia de hombros (cuando ya ha salido la cabeza pero los hombros se quedan encajados en el canal del parto) y la consiguiente intervención por cesárea...**

TRATAMIENTO

- **Si la madre ha recibido insulina durante el embarazo, se controlará cada hora el nivel de glucosa del bebé para evitar una posible hipoglucemia neonatal y se administrará azúcar o insulina según su necesidad.**
- **Igualmente, tras el parto hay que vigilar el nivel de azúcar en sangre porque, aunque la mayoría de las veces vuelve a la normalidad, hay que realizar una analítica a las seis semanas del parto para reclasificar a la madre.**

PREVENCIÓN

- **Para prevenir la diabetes gestacional, la mujer debe controlar el peso durante el embarazo y seguir una dieta equilibrada, dos aspectos relativamente sencillos que si se cumplen, nos ayudará a tener un embarazo saludable. Durante los nueve meses de gestación la mujer debe seguir unas sencillas pautas de dieta.**

PREVENCIÓN

- **Dividir las comidas en seis ingestas diarias, espaciadas en tramos de dos horas, siendo la comida y la cena las dos comidas principales para evitar una hipoglucemia por el período de ayuno especialmente largo por la noche y por el mayor desgaste calórico durante el período de mayor actividad en las horas centrales del día.**

PREVENCIÓN

- **Debe seguir una dieta rica en frutas y verduras, con presencia regular de carnes y pescados blancos (pollo, pavo, merluza, lubina, …).**
- **Elegir métodos de cocción bajos en grasas: plancha, vapor, hervidos.**
- **Evitar dulces, refrescos, zumos elaborados y la repostería industrial.**
- **Mantener un consumo adecuado de calcio a base de yogures, queso, leche… a poder ser desnatados.**
- **Realizar ejercicio suave de forma regular: caminar media hora diaria, nadar o practicar yoga o Pilates.**

PRONÓSTICO

- **La diabetes gestacional conlleva ciertos riesgos, tanto para la embarazada como para el desarrollo adecuado del embarazo. Se pueden presentar trastornos de la concepción, abortos espontáneos y una mayor incidencia de diabetes mellitus en la madre tras el parto.**
- **Con respecto al bebé, el principal riesgo de la diabetes gestacional es que incrementa las probabilidades de que en la edad adulta desarrolle una diabetes y tenga tendencia a la obesidad. Además puede ocasionar un retraso en el crecimiento, malformaciones congénitas, un tamaño más grande de lo que le corresponde a su tiempo de gestación, nacimiento prematuro y, en casos graves, muerte fetal.**

BIBLIOGRAFÍA

- https://www.infosalus.com/enfermedades/ginecologia/diabetes-gestacional/que-es-diabetes-gestacional-91.html

TEMA 13. EL RECICLAJE DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD.

CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ
BIBIANA NUÑO PÉREZ
SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ
TANIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ

INDICE

- Introducción
- Tipos de reciclaje
- El punto limpio
- Contenedores de reciclaje
- Etapas del proceso de reciclaje
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

El reciclaje se encarga de transformar productos y materiales usados en otros nuevos.

Para comenzar nuestra labor ecológica y colaborar en el cuidado del medio ambiente es fundamental tener un planeta sostenible basado en el aprovechamiento del 100% de las materias primas.

TIPOS DE RECICLAJE

Reciclaje de plástico

- El plástico es un material no biodegradable, que tarda más de 200 años en degradarse cuando se libera en la naturaleza.
- El proceso de reciclaje del plástico consiste en recolectarlo, hacer una selección y clasificarlo. Posteriormente se limpia y se trocea para finalmente proceder a fundirlo. Éste luego se utilizará como materia prima en la fabricación de nuevos objetos de plástico.

Reciclaje de papel

- El papel sí es un material biodegradable, pero como es uno de los materiales más utilizados en todo el mundo, es muy conveniente reciclarlo en lugar de obtenerlo de su fuente natural, la madera de los árboles. En el proceso de reciclaje del papel, éste se tritura y se somete a tratamientos para disgregar las fibras de celulosa que lo forman y convertirlo en pasta de papel, que se utiliza como materia prima en el proceso de fabricación del papel.

Reciclaje de vidrio

- El vidrio es probablemente el material que mejor se adapta al reciclado ya que puede ser reutilizado y procesado una cantidad infinita de veces. Cuando el vidrio es sometido al proceso de reciclaje se ahorra hasta un 30% de la energía necesaria para la producción de vidrio nuevo.

Reciclaje de baterías y pilas

- El reciclaje de baterías y pilas resulta muy importante para el cuidado del medio ambiente, ya que generalmente éstas son fabricadas con materiales contaminantes como metales pesados y otros compuestos tóxicos que son muy nocivos si se liberan en la naturaleza. Al reciclarlos se evita el peligro de que lleguen al medio ambiente y se ahorra en los procesos de fabricación.

Reciclaje de aluminio

- Es un proceso mediante el cual, los desechos de aluminio pueden ser convertidos en otros productos tras su utilidad primaria. Este proceso implica simplemente refundir el metal lo cual es mucho más barato y consume mucho menos energía que la producción de aluminio a partir de la electrólisis de la alúmina. Reciclar aluminio desechado requiere solamente el 5% de la energía que se consumiría para producir aluminio de la mina.

Reciclaje de alimentos orgánicos

- El Reciclaje orgánico, es aquel en el que la materia a reciclar, proviene de desechos naturales como son los alimentos, hojas, seres vivos o excrementos. Estos restos tienen un proceso natural de descomposición, por lo que rápidamente desaparecen para formar parte de nuevo del ciclo de la vida.

Reciclaje de tela

- La tela, en general, debe depositarse en los contenedores de ropa autorizados.
- Es necesario donar, vender o regalar, ¡nunca tirar!

Reciclaje de aceites

- Un detalle importante es que no debemos mezclar el aceite de motor con el aceite de cocina.
- El aceite de motor usado se puede reciclar, llévalo a tu punto limpio más cercano o pregunta en tu taller habitual o en el desguace más cercano donde tirar el aceite usado.
- El aceite de cocina se deposita en contenedores especiales.

Reciclaje de medicamentos

- Los medicamentos que ya no se van a consumir y desechamos a través de los medios convencionales, contaminan el medio ambiente. Por ello existen lugares para depositarlos. en su farmacia más cercana.
- En el contenedor de reciclaje del SIGRE

EL PUNTO LIMPIO

- Los objetos elaborados con porcelana, loza o cerámica necesitan una mayor temperatura de fusión que otros materiales. Pero es posible reciclarlos, como sanitarios, wáteres, lavamanos, jarrones u otras piezas de cerámica, electrodomésticos o muebles viejos.
- Para ello, los ayuntamientos habilitan unas zonas especiales destinadas a depositarlos, para luego poder ser reutilizados.

CONTENEDORES DE RECICLAJE

- **Contenedor amarillo**: envases de plástico, latas y briks
- **Contenedor azul**: papel y cartón
- **Contenedor verde**: cristal
- **Contenedor naranja**: aceite usado
- **Contenedor rojo**: residuos peligrosos
- **Contenedor marrón**: materia orgánica
- **Contenedor gris o verde oscuro**: se tirarán todos aquellos residuos que no son reciclables
- **Contenedor de ropa y calzado**: de diferente color según la provincia.

- **Contenedor de escombros**: Contenedores especiales para los restos de obras de construcción contratados por empresas especializadas durante un determinado tiempo como ladrillos, cerámica, hormigón, piedras, madera o incluso plásticos o materiales eléctricos, son reciclables las empresas encargadas de facilitar los contenedores son también las que trasladan estos desechos a las plantas de reciclaje. Tras el reciclaje de los escombros, estos se destinarán a nuevos usos, como estabilizar suelos y carreteras, el mantenimiento de vías, drenajes, rellenos, etc.

ETAPAS DEL PROCESO DE RECICLAJE

BIBLIOGRAFÍA

- Gobierno de la Rioja. riojasalud.es
- Estrategia nacional de reciclaje 2016-2021. Ministerio de salud. Políticas y planes de salud
- Blog de KernPharma
- www.recytrans.com/blog/tipos de reciclaje
- Ecoembesdudasreciclaje.es
- Otras webs específicas del tema.

TEMA 14. EL VALOR DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN CON PACIENTES Y FAMILIARES EN CONTEXTOS SANITARIOS.

CRISTINA CABEZUELO VECINA

ÍNDICE

EL VALOR DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL CON PACIENTES Y FAMILIARES EN CONTEXTOS SANITARIOS

1.- EL RETO COMUNICATIVO EN SANIDAD.

2.- EL VALOR DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL CON LOS PACIENTES.

3.- LA PRÁCTICA DE LA COMUNICACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

4.- A MODO DE CONCLUSIONES

5.- BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

EL RETO COMUNICATIVO EN SANIDAD

Hoy en día en pleno siglo XXI, más que nunca, los profesionales de la sanidad tenemos que saber comunicar, sobre todo en el actual contexto tecnológico fruto de Internet y las redes sociales, pero sobre todo, nuestro reto es la comunicación interpersonal. Todos y todas los/las profesionales de la salud, en nuestra práctica profesional somos eminentemente sociales, y para poder desarrollar la actividad profesional nos tenemos que comunicar de forma constante con pacientes, familiares y profesionales. A través de los siguientes puntos se tratarán de dar algunas pautas tanto teóricas como prácticas para desarrollar estas habilidades sociales, sobre todo las comunicativas en el ámbito de la atención primaria.

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.
La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Una amplia red de atención primaria repartida por el territorio garantiza el derecho a la salud de los ciudadanos.

La asistencia primaria incluye la asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo. También incluye la indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Del mismo modo, abarca las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria. Entre sus funciones también están las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud. Del mismo modo, cubre la rehabilitación básica. Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos, también forman parte de sus cometidos. Finalmente, cubre también la atención paliativa a enfermos terminales, la atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada, e incluso la atención a la salud bucodental.

En nuestras actuales sociedades occidentales, la atención primaria polivalente y resolutiva debe ser competente para dar respuesta a pacientes complejos y para considerar la salud en conjunto, y que por ello coopere con otros servicios, socio-sanitarios y extra-sanitarios. Por eso, sus características deben estar basadas en la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad; son los que marcan su calidad y eficiencia. La accesibilidad es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales económicas, culturales y emocionales. Vivimos en una sociedad multicultural donde la comunicación no puede ser entendida de una manera etnocentrista. Hay diferentes enfoques simbólicos, puesto que ni los símbolos ni las palabras son universales. Son culturales y responden a cada entorno sociocultural o nacional o incluso a un momento concreto.

Esta forma de entender la atención primaria se enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud. Por ese, entre los primeros tipos de asistencia sanitaria que hay que destacar está la primaria, que es la especializada u hospitalaria y que incluye las consultas externas. De este modo, la atención primaria es el mecanismo mediante el cual los países y las áreas proveen mejor salud a las poblaciones y las personas, con mayor equidad en salud en los subgrupos poblacionales, y con menores costes. El objetivo central es organizar los sistemas sanitarios en torno a un sistema fuerte centrado en el paciente, es decir, la atención primaria. La atención primaria debe ofrecer servicios según necesidad, y dar respuesta en su nivel a la mayoría de los problemas.

Hoy en día la atención primaria polivalente y resolutiva debe ser competente para dar respuesta a pacientes complejos y para considerar la salud en conjunto, y que por ello coopere con otros servicios, socio-sanitarios y extra-sanitarios. Por eso, sus características deben estar basadas en la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad; son los que marcan su calidad y eficiencia.
La accesibilidad es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales económicas, culturales y emocionales. La coordinación es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.
La integralidad es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida, en atención primaria es alrededor del noventa por ciento. La longitudinalidad es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales.

A su vez estos profesionales sanitarios se organizan en una estructura humana que laboralmente se denomina Equipo de Atención Primaria (EAP) está compuesto por los profesionales de la salud, que de manera jerárquica podemos clasificar en médicos/as (un médico de familia por cada 1.500-2.000 pacientes, un pediatra por cada 1.000 niños menores de 14 años), enfermeros/as (uno por cada 2.000 pacientes), administrativos/as (cuyo número varía según el tamaño del centro de salud) y celadores/as (al menos uno por turno laboral).

Todos estos profesionales de la atención primaria necesitan por tanto tener unos conocimientos profesionales no solo en materia sanitaria, también en materia de comunicación pues van a tratar con personas.

EL VALOR DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL CON LOS PACIENTES

Podemos afirmar casi sin temor a equivocarnos que desde que el ser humano es persona y sintió por primera vez los sufrimientos de una enfermedad, recurrió a otra persona semejante en busca de ayuda, por lo tanto la comunicación está presente en el proceso de atención sanitaria.

Con el paso del tiempo surgiría alguien que, por vocación, características personales o designación del colectivo, se especializó en materia de salud y comenzó a aumentar su arsenal terapéutico. No hay que olvidar que lo que verdaderamente identifica al ser humano y al propio tiempo lo diferencia del resto de los seres biológicos es precisamente su condición de ser social, es decir, la capacidad de relacionarse con otros hombres y mujeres, de comunicarse.

Sin duda alguna, la característica que identifica al hombre y al mismo tiempo lo diferencia del resto de los seres vivos es precisamente su condición de ser social, es decir, la capacidad de relacionarse con otras personas en el propio proceso de creación de bienes materiales y espirituales. Este tipo de relación enfrenta al hombre a relaciones diversas que le crea la necesidad de adoptar las conductas que se consideran las más apropiadas o más dignas de ser cumplidas, según el consenso general del colectivo social al que pertenece. Durante sus interacciones con los otros seres humanos el hombre establece diferentes tipos de relaciones, algunas de carácter superficiales y otras de carácter más complejo, donde al menos uno de los participantes debe saber ponerse en el lugar del otro, sentir hasta cierto punto como él o ella, y disponerse a ayudarlo en cualquier dificultad. Este principio casi histórico está presente en la atención primaria siempre.

De este modo, se puede afirmar que la relación entre un profesional sanitario y un paciente es un fenómeno bastante complicado, y se basa en una multitud de diversos componentes de carácter económico, profesional , jurídico, psicológico, moral, ético y estético.
En este sentido, la génesis de la capacidad para una actitud ética personal y profesional data desde los albores de la humanidad, y presupone responsabilidades que elegimos adoptar en relación con otros, y de este modo se establece una situación paralela entre el analista y el paciente, y aunque ellos no son parejas iguales están en una situación de mutualidad, subjetividad compartida e influencia recíproca.
Esta confianza entre ambas partes basadas en la sinceridad y la verdad son claves para la resolución exitosa del problema de salud que se presenta y con el que se pretende acabar.

LA PRÁCTICA DE LA COMUNICACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

En primer lugar, entre los consejos prácticos que se pueden dar en materia de atención sanitaria en casos de atención primaria, es preciso empezar por la verdad. Los pacientes de deben ofrecer una versión auténtica de los hechos. El segundo punto básico es el respeto. El respeto que inspira su investidura técnica es una profesión de alto prestigio social. La expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento adecuado con su alta responsabilidad es lo que todo paciente espera cuando va a ser atendido.

Hoy en día, en todo contexto o entorno profesional, las relaciones interpersonales son un aspecto central del ejercicio de los profesionales sanitarios. Cuando un profesional de la salud ejerce su profesión, la mayor parte del tiempo dirige su actividad a interactuar con otras personas, sean estas pacientes, familiares, pupilos, colegas, compañeros o tutores, pues las relaciones interpersonales son un aspecto central en su quehacer. En las relaciones que construye, refleja sus ideas, sus valores, su competencia profesional y sus características personales. Y eso es así porque su comportamiento muestra a los demás lo que piensa, lo que le importa, lo que es capaz de llevar a cabo, sus cualidades, sus fortalezas y sus debilidades, tanto dentro como fuera de nuestro centro de trabajo, ya sea una residencia, ambulatorio u hospital.

Sin duda alguna, el tercer pilar básico está en general una confianza y las condiciones favorables para la resolución de los problemas. Esta condición es una piedra angular en prestación de un servicio de gran significación humana, como es promover o restablecer la salud. Por tanto, es preciso demandar una constante disposición a la relación de ayuda, sin aspiración de reciprocidad, de respeto entre las dos partes. En este sentido es preciso requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores de altas potencialidades iatrogénicas. Solo desde este ámbito de confianza, verdad y respeto se puede crear un clima o caldo de cultivo favorable para una comunicación bidireccional y productiva que acabe con el dolor o enfermedad.

CONCLUSIONES FINALES

Hoy en día, el pleno siglo XXI, en España, los profesionales de las sanidad no pueden dejar de reconocer que el proceso salud-enfermedad se produce en una cultura determinada. El respeto al ser social es el fundamento de las relaciones humanas, y constituye un deber moral de cada hombre, que en el caso de los profesionales de la salud en España, adquiere una connotación mayor porque la propia sociedad le ha asignado un gran encargo: la protección de la salud de toda la ciudadanía. El gran protagonismo de los profesionales de la salud, especialmente los médicos/as y enfermeras/ors de atención primaria está marcado por dos cuestiones fundamentales. En primer lugar, el sistema nacional de salud confía en ellos, pues son guardianes de la salud de la población.

En segundo lugar, a su vez, esta población tiene grandes expectativas en sus médicos y enfermeras porque la salud se les ha reconocido como un derecho, y por lo tanto, los profesionales y trabajadores del sector son los encargados de posibilitarle la materialización de ese derecho reconocido por la normativa vigente.
En este caso, los profesionales de la sanidad de atención primaria adquieren un protagonismo consistente en asumir la responsabilidad moral del eje fundamental en defensa de la calidad de la atención que brinda, de velar por las condiciones higiénico-sanitarias en los pueblos y ciudades de España, garantizar los recursos necesarios ofrecidos por el sistema nacional de salud en todo momento, velar por las condiciones de vida y trabajo de la población, así como educar para la salud a todos los profesionales del sector.

BIBLIOGRAFÍA

-Calvo, M. A. La comunicación de crisis en errores sanitarios: reflexiones sobre las estrategias institucionales. Index de Enfermería, Granada, Vol. 25, Nº 3, 2016.

-Menéndez R. La nueva dimensión de la relación médico-paciente en nuestros días. En: Acosta Sariego, J. R. Ed. Bioética desde una perspectiva cubana. Primera edición. Centro Félix Varela: 1997;105-23

- Moreno, E. Gestión de la información y la comunicación en emergencias, desastres y crisis sanitarias. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Vol. 20, Nº. 2, 2008, págs. 117-124.

TEMA 15. EMBARAZO EN LA MUJER OSTOMIZADA.

MARTA RIVERA GONZÁLEZ
FRANCISCO JAVIER CASAMAYOR FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVO
- MÉTODO
- RESULTADO
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Una ostomía es una comunicación llevada a cabo mediante operación quirúrgica de una víscera hueca hacia el exterior. Se pueden clasificar en temporales o definitivas en función del tiempo. También puede ser de eliminación, ventilación, nutrición o drenaje según sea la función que desempeñe. Además, según el órgano afectado recibirá un nombre específico como por ejemplo colostomía (ostomía del colón) o gastrostomía(ostomía del estómago).Cualquier ostomía tiene una repercusión en el paciente a nivel físico y psicológico que variará en función de la patología y el paciente, pero sin duda en todos ellos la actuación del personal sanitario en la adaptación a su nueva vida es determinante.

Se calcula que en España puede haber en torno a 100.000 personas ostomizadas. Entre estas personas están las mujeres ostomizadas embarazadas cuyo caso, en muchas situacione,s es mal abordado tanto por el personal sanitario como por el propio paciente y familia debido a la mala información y el miedo. Es importante destacar que ni en los hombres ni en las mujeres, la ostomía supone un inconveniente en sí misma para que se lleve a cabo un embarazo.

OBJETIVO

Conocer y analizar las características de la mujer ostomizada en el embarazo

MÉTODO

Se ha realizado una revisión exhaustiva de la evidencia científica en las bases de datos Pudmed, Dialnet, Scielo y Cuiden utilizando como descriptores :embarazo, ostomía, mujer ostomizada y paciente ostomizado. El idioma de búsqueda ha sido español. Se ha descartado todo tipo de publicación anterior al año 2010.

RESULTADO

Una vez analizada toda la información podemos citar como características más reseñables las siguientes:

-Las oportunidades de procreación son diferentes para cada paciente que dependerán de la patología y del tratamiento médico o quirúrgico. No se puede establecer un plazo determinado, pero si que es posible que dicho plazo sea un poco más largo en comparación con la mujer no ostomizada.

-No existe una línea de conducta y seguimiento particular como tal en la mujer embarazada ostomizada, siendo el trabajo en equipo pluridisciplinar el que mejor resultados obtiene. Es muy importante no confundir trabajo en equipo pluridisciplinar con embarazo patológico.

- A primera vista, el desconocimiento de la materia lleva a los profesionales sanitarios a multiplicar el número de pruebas.
-El seguimiento debe de ser el mismo que en cualquier mujer embarazada. Simplemente se deberá añadir dos consultas con el médico especialista y una con la enfermera estomaterapeuta para tener un seguimiento más regular de los parámetros de base.
-El embarazo en si mismo en la mujer ostomizada no entraña problemas más importantes que en cualquier otra mujer embarazada. Sin embargo, ciertas adaptaciones son necesarias en algunos casos como puede suceder en cualquier embarazo.
-La decisión de la vía para dar a luz se hace según los criterios obstétricos, pero también en función de la patología y del tratamiento de esta. El hecho de que el perineo pueda deteriorarse o haya posibilidades de adherencias son circunstancias para llevar a cabo una cesárea.

-El personal sanitario no está siempre lo suficientemente preparado para tratar este tipo de casos pudiendo ser desestabilizante tanto para el personal como para el paciente. La capacidad de adaptación y la escucha se muestran como cualidades indispensables en el personal sanitario.
-Durante el puerperio la única diferencia destacable se produce en los casos de enfermedad inflamatoria, los cuales, requieren de una atención más precisa.
-Respecto a la ostomía, un cambio del material (tamaño o tipo de bolsas, anillos o pastas…) puede ser necesario durante el embarazo debido a las transformaciones en el tamaño del estoma. Estas modificaciones si son pequeñas las puede llevar a cabo el paciente por si mismo y si son más complejas o necesitase ayuda deberá acudir a la enfermera (estomaterapeuta si fuese posible).

-A nivel de la contracepción no hay ninguna particularidad mencionada por los especialistas siendo necesario como en todas las parejas una puesta en común para escoger el método o sistema que más convenga a cada pareja.

CONCLUSIÓN

Salvo una enfermedad en fase activa no hay ninguna contraindicación para el embarazo en la mujer ostomizada. El desconocimiento de la materia por parte de los profesionales no debe suponer un freno para los proyectos de las parejas. Si bien es cierto que es importante una evaluación general de la patología de la mujer para evitar todo tipo de riesgos y llevar a cabo las adaptaciones que sean precisas en caso que estas fuesen necesarias para que la pareja pueda llevar el proceso del embarazo con absoluta calma y normalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- **Página WEB :.**
- Ribes Meliá AB. La sexualidad en pacientes con ostomías digestivas y urinarias. Enferm Integral [Revista en Internet]. 2011 [acceso el 21 de julio de 2019]; septiembre (95): 42-44. Disponible en: http://www.enfervalencia.org/ei/95/ENF-INTEG-95.pdfh
- Ferri P, Bernini C, Pisani M, Vaccari C, Lami N, Roversti S. La sexualidad de las personas con estoma: encuesta sobre las vivencias del paciente ostomizado y la atención realizada por la enfermera especialista. AgIng [Revista en Internet]. 2012 [acceso el 21 de julio de 2019]; 16(2); 69-74. Disponible en: http://www.agoradenfermeria.eu/magazine/abstracts/030_4castella_es.php

- **Bases de datos:** Who´s Certified [base de datos en Internet]. Evanston (IL): the American Board of Medical Specialists. C2000–[citado 8 Mar 2001]. Disponible en: http://www.abms.org/newsearch.asp

- Recuero Cuadrado MD, Cabello Martín B, García Melchor M. El impacto de la ubicación de la ostomía en el bienestar y salud percibida de las personas ostomizadas. Rev Paraninfo Digital [Revista en Internet]. 2011 [acceso el 24 de julio de 2019]; Año V (13). Disponible en: http://www.index-f.com/para/n13/p029.php
- García Manzanares ME, Montesinos Gálvez AC, De la Quintana Jiménez P, Vaquer Casas G. Afectación psicológica y calidad de vida del paciente ostomizado temporal y definitivo. Estudio Stoma Feeling. Metas Enferm [Revista en Internet]. 2015 [acceso el 28 de julio de 2019]; 18(10). Disponible en: http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80840/

TEMA 16. SÍNTOMAS Y MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA.

EVA QUIRÓS FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- **FIEBRE**
- **TOS**
- **BRONQUIOLITIS**
- **VÓMITOS**
- **DIARREA**
- **ESTREÑIMIENTO**

FIEBRE

La fiebre es el primer motivo de consulta en servicios de urgencias pediátricas y el segundo después de la tos en atención primaria.

Se define como el aumento de la temperatura corporal de causa patológica ya que hay hipertermias fisiológicas producidas por arropamiento excesivo, temperatura ambiental elevada, etc.

La mayor parte de las fiebres en la infancia se deben a infecciones virales, banales y autolimitadas aunque no se deben olvidar las fiebres debidas a bacteremias, neoplasias, colagenosis, fármacos,etc.

TOS

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son las principales causas de utilización de los servicios de urgencias en todos los países europeos. Por ello, la tos es el primer motivo de consulta en atención primaria pediátrica.
La persistencia de la tos genera angustia en los padres, a pesar de que habitualmente tenga escasa gravedad ya que la tos es un mecanismo de defensa del organismo que provoca la salida de aire a gran velocidad y presión arrastrando las partículas depositadas en el árbol bronquial.
El tratamiento normalmente será SINTOMÁTICO.

BRONQUIOLITIS

Es la obstrucción inflamatoria de los bronquiolos que da lugar a un cuadro de dificultad respiratoria. Es la infección respiratoria más frecuente del lactante.
Suele ser una infección vírica y la gravedad es muy variable precisando ingreso hospitalario un 5%.
Desde atención primaria se debe saber determinar que lactantes podrán seguir tratamiento y control ambulatorio y cuales deberan ser derivados al hospital.
CRITERIOS PARA DERIVACIÓN :

- **Niños de riesgo** por cardiopatía congénita, fibrosis quística, displasia broncopulmonar, inmunodeficiencias y trasplantados, enfermedad neurológica o metabólica severa y menores de 2 meses.
- **Evolución de riesgo** por distrés respiratorio moderado o grave, dificultad para alimentarse, cianosis y taquipnea.

VÓMITOS

Es la expulsión forzada de materias del estómago por la boca. Es uno de los síntomas más frecuentes en pediatría.
El diagnóstico más frecuente en un niño con vómitos es la gastritis o la gastroenteritis, la mayoría de las veces vírica.
Suelen ser cuadros banales que sólo necesitaran derivación hospitalaria para rehidratación parenteral en contados casos debido a deshidratación o hipoglucemias.

DIARREA

Se define como un aumento en la frecuencia, en el contenido líquido o en le volumen de las heces, comparándolos con el patrón normal del niño.

Ante una diarrea se debe tener en cuenta su comienzo duración y frecuencia, las características, la alimentación y los antecedentes familiares recientes de diarrea.

El tratamiento suele ser la dieta según edades del niño y solo en casos muy específicos como podrían ser infecciones por Campylobacter Salmonella o Shigella precisarían tratamiento antibiótico.

BIBLIOGRAFÍA

- García O. Vall O. Infecciones respiratorias de vías altas de repetición. En protocolos prácticos de pediatría. Ed Doyme. Barcelona. 1994.
- Manual de atención primaria en pediatría. 2ªedición. M. William Scheartz. Edward B. Chorney. Thomas A. Curry. Stephen Ludwing.
- Manual de puericultura para médicos en atewnción primaria. Sept. Año 1996.
- Nelson tratado de pediatrúia. E. E. Berhrman. V. C. Vanughan. 13 edición. Interamericana. MC Crow-Hill.

TEMA 17. GESTIÓN DE CONDUCTAS AGRESIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL PERSONAL CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN Y SERVICIOS SANITARIOS.

JOSÉ ALBERTO DE LA ROZ LLANO

PATRICIA VILLAMIL GARCÍA

ROSA MARÍA LÓPEZ COSMEA

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Fases del conflicto entre los usuarios y el personal no sanitario.
3. Actuación del personal de Gestión y Servicios ante un usuario agresivo.
4. ¿Cómo actuar ante la inminencia de una agresión ?
5. Procedimiento a seguir tras haber sido objeto de una agresión.
6. Bibliografía.

1.- INTRODUCCIÓN

La mayoría de los trabajadores de Los Servicios de Atención Primaria dice haber sido víctima de insultos, amenazas y agresiones por parte de los usuarios en el ejercicio de su actividad profesional, aunque solo la mitad de ellos ha presentado una denuncia, sobre todo en los casos de insultos y vejaciones.

Celadores y auxiliares administrativos, primeros profesionales en recibir a los pacientes y a sus acompañantes a su llegada al centro de salud, son con frecuencia el blanco de sus iras.

Buena parte de estos trabajadores admite desconocer el protocolo de actuación ante agresiones, y que nunca ha recibido ninguna clase de formación sobre la prevención y el afrontamiento de situaciones conflictivas.

Unido a ello, la presión asistencial, la falta de tiempo y recursos y el miedo a las represalias, hacen que estos profesionales desistan de tomar medidas adecuadas al producirse situaciones violentas.

Se hace pues pertinente y obligado el conocimiento por parte del personal no sanitario un protocolo de para prevenir y actuar ante las amenazas y agresiones por parte de los usuarios de la sanidad.

El siguiente capítulo, surgido de una revisión bibliográfica particularizada, examina las medidas que, en estos casos, deben tomar tanto los celadores como los auxiliares administrativos, personal estatutario del grupo Gestión y Servicios que trabajan en los centros de salud con atención diaria y directa a los usuarios.

2.- FASES DEL CONFLICTO ENTRE LOS USUARIOS Y EL PERSONAL NO SANITARIO

- **ASCENSO DEL CONFLICTO**: es la etapa en la que se genera gran tensión y tiene como consecuencia el enajenamiento emocional y la pérdida de la capacidad de dominio sobre uno mismo, provocando un estado de incoherencia racional.

- **ENERVACIÓN DE LA AGRESIVIDAD**: es el punto en el que se ralentiza la situación conflictiva y que tiene como consecuencia un estancamiento de la cólera.

- **RELAJACIÓN**: en esta tercera etapa es característica la relajación de la situación conflictiva y el regreso a una situación de racionalidad que puede llevar al entendimiento de las partes litigantes.

3.- ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS ANTE UN USUARIO AGRESIVIO

- **Lo primero que debe hacer el trabajador es observar al usuario, con el propósito de Identificar síntomas de conducta violenta que pueda exteriorizar**:

  - Mantiene un tono de voz turbado y un lenguaje alterado.
  - Manifiesta gestos amenazadores.
  - Se sienta en el borde del asiento y presenta una cierta tensión muscular en brazos y tronco.
  - Expresa verbalmente su irritación o frustración.
  - Mueve las piernas de forma constante y presenta intranquilidad y desasosiego.
  - Enardece a los demás pacientes y los pone en contra del trabajador.
  - Golpea las puertas al entrar o salir de la estancia.
  - Presenta señales evidentes de haber consumido drogas o alcohol.

- **En segundo lugar, el empleado no debe perder el control para no favorecer el incremento de la ira por parte del usuario**:

  - El trabajador debe realizar un ejercicio de aceptación de la situación, tratando de controlar su propio enojo e impulsividad ante la situación a la que se enfrenta y no entrar al trapo de la provocaciones.
  - El empleado debe escuchar activamente y con empatía lo que el usuario tiene que decir, y mirarlo a los ojos sin mostrar una actitud desafiante.
  - Es muy importante no invadir el espacio del paciente.
  - Aunque el usuario trate de intimidar al empleado público, es imprescindible no responder con amenazas a las suyas.

- Resulta de todo punto ineficaz interrumpir al usuario con expresiones enfáticas como “tranquilícese”, “a mí no me hable en ese tono” o “no me quiere escuchar”, puesto que se encuentra fuera de sí.
- Es fundamental ser asertivo y expresar nuestros pensamientos y sentimientos honestamente y de forma directa y correcta, a la vez que respetamos los del paciente.
- Se debe hacer uso de un tono de voz sereno y de un lenguaje moderado y seguro, evitando elevar nuestra entonación para que nos escuche el usuario alterado.
- También debemos prestar atención a la aparición de estímulos provocadores, pues de no ocurrir esto, la situación de ira entraría en punto muerto y acabaría desapareciendo.

- **Para concluir, es básico tener la capacidad de facilitar la identificación de las causas de la irritación del paciente y ofrecerse a buscar junto a él una solución a sus demandas, y para ello es conveniente:**

  - Demostrarle empatía, parafraseando lo que nos ha dicho; eso sí, evitando repetir en la paráfrasis los insultos o improperios que nos haya podido dirigir, pues lo que pretendemos no es buscar soluciones ya, ni obtener una información adicional sobre el asunto, sino únicamente establecer una vía de diálogo racional.

  - Interesarnos por lo que opina el paciente sobre su situación mediante el uso de preguntas que le permitan manifestar la causa de su ira.

- Tratar de encontrar una solución a su demanda, sin que el empleado sea quien proponga la solución, sino logrando que sea el propio paciente el que nos plantee qué se debería hacer para solucionar sus problemas.

- **Si las recomendaciones anteriores no dieran el fruto esperado o el trabajador se viera incapaz de afrontar la situación de conflicto, es importante que solicite ayuda**.

4.- ¿CÓMO ACTUAR ANTE LA INMINENCIA DE UNA AGRESIÓN?

- Nunca se debe responder a las provocaciones del agresor o de sus acompañantes.

- El trabajador se cuidará de mantener la compostura e intentará reorientar la situación sin mostrarse desafiante en ningún momento.

- El celador o auxiliar administrativo tendrá que asegurarse de mantener una distancia de seguridad adecuada con respecto al agresor y no darle nunca la espalda.

- Se deberá tener cuidado en asegurar que el agresor no tiene dentro de su radio de acción ningún objeto que pudiera ser lanzado contra el trabajador, ni tampoco objetos punzantes o cortantes con los que pudiera cometerse una agresión grave.

- Si el empleado público no lograse controlar la situación, avisará al servicio de seguridad y a los compañeros para que, de ser necesario, haya testigos del conflicto.

- Bajo ningún concepto se deberá responder a una agresión física con violencia, salvo para contrarrestar dicha agresión, y siempre de forma proporcionada.

- En caso de ser necesario, se requerirá la presencia de las fuerzas de orden público.

5.- PROCEDIMIENTO A SEGUIR TRAS HABER SIDO OBJETO DE UNA AGRESIÓN

- De ser necesario, el agredido podrá solicitar atención facultativa, durante la que el médico cursará el parte de lesiones correspondiente.

- El trabajador debe comunicar los hechos a su superior inmediato, y cumplimentará el formulario para el registro de situaciones conflictivas que será enviado con posterioridad al Servicio de Prevención para su registro y tratamiento.

- El trabajador decidirá si presenta denuncia contra su agresor en las dependencias de la policía o en el juzgado de guardia, pudiendo ir acompañado por su responsable inmediato o por una persona de su confianza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín González J. Agresiones a profesionales sanitarios. Procedimiento de prevención y actuación. ALCALIBE Revista del Centro Asociado a la UNED “Ciudad de la Cerámica" [Internet]. 2018 [cited 12 August 2019];(18):308 a 352. Available from: http://www.unedtalavera.es/el-centro/publicaciones/alcalibe

2. Álvarez Labra S, Fernández López Á, Caicoya Gómez-Morán M, González Polo J, Vega Prosper N, Caño Montiel M et al. Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios [Internet]. 1st ed. Oviedo: Servicio de Salud de Principado de Asturias; 2007 [cited 15 August 2019]. Available from: https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Gu%C3%ADa+de+Prevenci%C3%B3n+frente+a+potenciales+situaciones+conflictivas+en+Centros+Sanitarios.pdf/effcd16d-5f

TEMA 18. ATENCION PRIMARIA EN LA SALUD COMUNITARIA.

JULIA MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

ROSA MARIA GARCÍA PEREZ

ÍNDICE

- Características
- Objetivos de la atención primaria
- Prestaciones de la atención primaria
- Estructuras y funciones
- Bibliografía

CARACTERÍSTICAS

La atención primaria se caracteriza por tener una gran accesibilidad y capacidad de resolución técnica para abordar los problemas más frecuentes. Debe ser accesible, tanto geográfica como funcionalmente, para poder responder a las necesidades de la población.

OBJETIVOS

Promoción de la salud, participación comunitaria, educación sanitaria, asistencia sanitaria individual y colectiva, domiciliaria y de urgencia.
También tiene reinserción social, diagnostico precoz, salud materno-infantil, mental, laboral así como investigación y docencia.

PRESTACIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Atención a la mujer en la preparación al parto, seguimiento del embarazo, diagnóstico precoz del cancel ginecológico, etc..

Atención a la infancia, informando y educando sanitariamente a los interesados, padres, tutores, maestros así como vacunaciones y revisiones del niño sano.

Atención al adulto y al anciano, detectando los factores de riesgo, vacunaciones, problemas específicos de la tercera edad, atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales.

Atención de urgencia, a las personas de cualquier edad durante las 24 horas del día.

Atención a la salud bucodental, educando en materia de higiene y salud bucodental, mediadas preventivas, extracción de piezas dentarias y exploración de la cavidad oral a mujeres embarazadas.

ESTRUTURAS Y FUNCIONES

- Esta formado por zonas de salud, que es el marco territorial y geográfico fundamental accesible desde todos los puntos. Por el centro de salud que es la estructura física y funcional donde se desarrollan las actividades y funciones del equipo de atención primaria. El equipo de atención primaria es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que tienen como ámbito territorial de actuación la zona de salud y que están bajo la dirección de un coordinador medico y esta compuesto por: los médicos de medicina general y pediatria,matronas, auxiliares de enfermería, farmacéuticos, veterinarios, trabajadores sociales, administrativos, enfermeras y todos aquellos profesionales que sean precisos y el presupuesto lo permita.

BIBLIOGRAFÍA

- www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/1439pdf Martin zurro a,jodar sola g.Atencion primaria de salud y atencion familiar y comunitaria.
- Logoss,formacion continuada

•www.elsever.es/es.revista.semergan-medicina-familia-40-articulo-atencion-primaria-salud-europa-tendencias

TEMA 19. LA BRONQUIOLITIS INFANTIL.

REBECA LÓPEZ HEVIA
TAMARA LÓPEZ HEVIA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CAUSAS
3. VÍAS DE CONTAGIO
4. FACTORES DE RIESGO
5. SÍNTOMAS
6. DURACIÓN
7. DIAGNÓSTICO
8. TRATAMIENTO
9. PREVENCIÓN
10. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis es una enfermedad del aparato respiratorio que afecta a los bronquiolos, que son unos conductos muy pequeños por los que entra y sale aire de los pulmones. Es una infección en la que los bronquiolos se inflaman y se produce un exceso de moco, disminuyendo su calibre haciendo que la respiración sea más difícil.

Afecta principalmente a niños menores de 2 años, sobre todo a los que tienen entre 3 y 6 meses de edad. Cada año alrededor de uno de cada tres lactantes menores de un año tienen bronquiolitis. Normalmente, el pico de la bronquiolitis es durante los meses de invierno.

La mayoría de los niños se curan con cuidados en el hogar. Un porcentaje muy pequeño necesita hospitalización.

2. CAUSAS

La bronquiolitis ocurre cuando un virus infecta los bronquiolos, que son las vías respiratorias más pequeñas en los pulmones. La infección hace que los bronquiolos se hinchen y se inflamen. La mucosidad se acumula en estas vías respiratorias, lo que dificulta el flujo libre del aire desde y hacia los pulmones.

En la mayoría de los casos, la bronquiolitis es causada por el Virus Respiratorio Sincitial (VRS). Muchos niños se infectan con este virus en el primer año de vida y sólo presentan síntomas de catarro leve. La bronquiolitis, también la causan otros virus como el virus de la gripe, el parainfluenza o el adenovirus.

3. VÍAS DE CONTAGIO

Se contagia principalmente tocando objetos contaminados con el virus como, juguetes, chupetes,... en los que se quedan gotas de saliva o mucosidad con el virus que luego se transmiten al llevarse las manos contaminadas a los ojos, la nariz o la boca. También puede contagiarse respirando gotas de pequeño tamaño que generan las personas que tienen el virus al hablar, toser o estornudar cerca de un bebé sano. Los bebés que asisten a guarderías tienen mayor riesgo de contraer una infección que podría derivar en bronquiolitis porque están en contacto directo con muchos niños pequeños.

4. FACTORES DE RIESGO

- Los bebés menores de tres meses debido a que los pulmones y el sistema inmunitario no se desarrollaron por completo.
- Nacimiento prematuro.
- Una afección cardíaca o pulmonar no diagnosticada.
- Sistema inmunitario debilitado.
- Exposición al humo de tabaco.
- Nunca haber recibido lactancia materna; los bebés que reciben lactancia materna obtienen beneficios inmunitarios de la madre.
- Contacto con muchos niños.
- Vivir en un entorno de hacinamiento.
- Tener hermanos que van a una escuela o centro de cuidado de niños y llevan la infección al hogar.

5. SÍNTOMAS

Los primeros síntomas de la bronquiolitis suelen ser los mismos que los del resfriado común:

- Congestión nasal (nariz tapada).
- Moqueo nasal.
- Tos.
- Fiebre.

Estos síntomas duran uno o dos días. Van seguidos de empeoramiento de la tos, resuello y respiración sibilante (emisión de "pitos" o silbidos agudos al espirar). A veces, ocurren problemas respiratorios más graves con el paso del tiempo:

- Respiración rápida y superficial.
- Frecuencia cardíaca acelerada.

- Retracciones: cuando las áreas que hay bajo y entre las costillas y en el cuello se hunden en cada inspiración.
- Ensanchamiento de las fosas nasales.
- Irritabilidad, dificultades para dormir y signos de fatiga o de mucha somnolencia.
- Vomitar después de toser.
- Falta de apetito o no alimentarse bien.
- Menos pañales mojados u orinar menos de lo habitual.

A veces estos problemas pueden conducir a una deshidratación. Con menor frecuencia, los bebés, sobre todo los prematuros, pueden tener breves episodios donde dejan de respirar (apnea) antes de desarrollar otros síntomas.

En los casos graves, los síntomas empeoran rápidamente. Un niño con bronquiolitis grave puede:

- Fatigarse de forma considerable por lo mucho que le cuesta respirar.
- Tener un escaso intercambio de aire con el exterior porque sus estrechas vías respiratorias están obstruidas.
- Tener una tonalidad azulada en la piel, sobre todo, en los labios y las uñas de las manos.

6. DURACIÓN

El período de incubación (el tiempo que transcurre desde la infección hasta la aparición de los síntomas) varía desde unos días hasta una semana, dependiendo del virus que produzca la infección. En niños previamente sanos, la enfermedad dura entre 7 y 12 días, pero la tos puede persistir durante muchos más días (14 o más días). Algunos niños, después de haber tenido una bronquiolitis, y especialmente durante el primer año después de ésta, cuando se vuelven a resfriar pueden volver a tener dificultad respiratoria. Algunos niños pueden tener problemas de sibilancias o asma a medida que crecen.

7. DIAGNÓSTICO

- Cuando un niño tiene una bronquiolitis, con un cuadro clínico característico, no suele ser necesario hacer ninguna prueba complementaria.
- Si hay necesidad de ingreso en el hospital, es frecuente realizar una determinación de virus en moco nasal para buscar qué virus está causando la infección para separar a su hijo de otros con virus diferentes y evitar contagio entre ellos.
- En urgencias o durante el ingreso hospitalario, se suele medir la oxigenación de la sangre con un monitor que tiene un sensor con luz roja que se coloca habitualmente en los dedos de las manos o los pies. De esta forma se puede valorar la necesidad de administrar oxígeno extra en mascarilla o “gafas nasales”.

- Si el niño tiene fiebre persistente o muy elevada o la evolución es diferente de la habitual, puede ser necesario realizar una radiografía de tórax y análisis de orina o de sangre.

8. TRATAMIENTO

- No hay ninguna medicina eficaz para tratar la bronquiolitis. La mayoría de los casos de bronquiolitis son leves y no requieren ningún tratamiento médico específico. Los antibióticos no son útiles porque la bronquiolitis está provocada por un virus. Los antibióticos solo son eficaces en las infecciones bacterianas.

- Los médicos pueden recetar medicamentos para ayudar a abrir o despejar las vías respiratorias del niño.

- Los bebés y los niños que tengan problemas para respirar, estén deshidratados o parezcan estar agotados deben ser evaluados por un médico. Los que presenten síntomas graves pueden requerir hospitalización, donde podrán ser observados atentamente y recibir líquidos y oxígeno húmedo.

- Un porcentaje muy bajo de niños necesita ir al hospital para controlar el trastorno. En el hospital, tal vez le darán oxígeno humidificado al niño para mantener suficiente oxígeno en la sangre, y quizás le den líquidos por vena para prevenir la deshidratación. En casos graves quizás se inserte un tubo en la tráquea para ayudar al niño a respirar.

- En contadas ocasiones y en casos muy graves, los médicos conectan al bebé a un respirador para ayudarlo a respirar hasta que mejore.

- La mayoría de los niños con bronquiolitis se pueden cuidar en el hogar con cuidados de apoyo que han demostrado ser muy útiles para aliviar los síntomas en la mayoría de los casos. Por ello es importante que los padres tengan una información adecuada:

- Si tiene fiebre, dar un antitérmico como paracetamol o ibuprofeno (éste sólo si es mayor de 3 meses) y medidas físicas (destapar al niño o baños en agua templada) para bajarla.
- Ofrecerle líquidos (agua o leche) de forma regular y en pequeñas tomas, para mantener una buena hidratación.

- Hacer lavados nasales con suero fisiológico o soluciones “salinas” y aspirar las secreciones le ayudarán a mantener despejada la nariz. Si se eleva la cabecera de la cuna y se coloca al niño un poco incorporado y boca arriba, podrá respirar mejor.
- Es posible que el niño coma más lentamente que de costumbre y tolere peor los alimentos. En estos casos, es mejor ofrecerle cantidades más pequeñas y frecuentes de líquidos y alimentos blandos para evitar que se fatigue o se deshidrate.
- Es importante evitar cualquier exposición al humo del tabaco. No fumar en casa.
- El uso de broncodilatadores y corticoides no ha demostrado que mejore la evolución.

- Hay que tener en cuenta que los jarabes para la tos y los mucolíticos no son útiles y pueden ser perjudiciales.
- En los demás casos, si hay dificultad respiratoria importante o signos de deshidratación, los niños tendrán que ser tratados en el hospital.

9. PREVENCIÓN

- Lavarse las manos frecuentemente, especialmente antes y después de tocar al niño o alguno de los objetos que él utiliza.
- Evitar los lugares concurridos, especialmente donde haya muchos niños (como guarderías y parques infantiles), sobre todo, si el niño es muy pequeño o nació prematuro.
- Evitar el contacto cercano con hermanos o niños mayores con síntomas de resfriado en épocas de epidemia de bronquiolitis. No olvidar que los niños mayores pueden tener una infección por VRS y presentar sólo síntomas de catarro. Animarlos a lavarse las manos con agua y jabón al llegar del colegio.

- Se debe evitar totalmente la exposición al humo del tabaco.
- Se recomienda la lactancia materna, ya que los niños que la toman están más protegidos contra la bronquiolitis.

Hasta el momento no existe una vacuna para prevenir la enfermedad, aunque está en estudio.

10. BIBLIOGRAFÍA

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bronchiolitis/diagnosis-treatment/drc-20351571
- https://kidshealth.org/es/parents/bronchiolitis-esp.html
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000975.htm
- http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/sistema-respiratorio/bronquios-y-pulmones/llega-la-bronquiolitis-que-debemos
- https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/bronquiolitis-0
- https://es.familydoctor.org/condicion/bronquiolitis/
- https://www.hmhospitales.com/usuario-hm/apuntes-de-salud/bronquiolitis

TEMA 20. LA CANDIDIASIS VAGINAL

MARÍA ROSA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- CONCEPTO
- FACTORES DE RIESGO
- SÍNTOMAS
- PREVENCIÓN
- TRATAMIENTO
- BIBLIOGRAFÍA

CONCEPTO

La candidasis es una enfermedad muy común (tres de cada cuatro mujeres la padecen al menos una vez en la vida) y consiste en una infección vaginal por hongos que produciendo una inflamación de la vagina.

En la vagina conviven bacterias y hongos, la candidiasis se produce cuando aumenta la población del hongo *Candida Albicans .*

Este hongo es oportunista y puede aumentar cuando se debilita el sistema inmunitario o cuando los lactobacilos o bacterias beneficiosas no son capaces de controlar la actividad del hongo.

FACTORES DE RIESGO

Hay situaciones en que la candidiasis vaginal puede producirse con mayor facilidad y estas son:

- Durante el embarazo
- Después de un tratamiento con antibióticos
- Padecer diabetes
- Después de la menstruación.
- Tratamiento con anticonceptivos.
- Ser portadora del virus VIH

SÍNTOMAS

La mayor parte de las mujeres que padecen candidiasis vaginal presentan los siguientes síntomas:

- Picor y escozor en la zona íntima
- Enrojecimiento y dolor de la zona vaginal y la zona vulvar
- Sensación de quemazón al orinar y ardor.
- Notable aumento del flujo vaginal
- Flujo vaginal espeso (como yogur)
- Labios vaginales enrojecidos en hinchados.
- Dolor durante las relaciones sexuales

PREVENCIÓN

Para prevenir la candidiasis es recomendable:

- Cambiar la ropa interior después de realizar ejercicio físico o actividades acuáticas
- Realizar la limpieza de la zona intima siempre de delante hacia atrás.
- Evitar la ingesta de alimentos muy azucarados
- Avisar al profesional sanitario del riesgo de padecer candidiasis antes de tomar antibióticos
- Cambiar frecuentemente tampones o compresas
- Evitar el estrés
- Llevar una vida saludable para mantener fuerte el sistema inmunitario
- Se recomienda la toma de probióticos

TRATAMIENTO

La candidiasis puede afectar tanto a mujeres como a hombres y aunque no es una enfermedad de transmisión sexual, los dos pueden infectarse, por lo que es importante que ambos componentes de la pareja realicen el tratamiento, con el fin de no transmitirse mutuamente la infección.

El tratamiento consiste en la ingesta de medicamentos antifúngicos ya sea en comprimidos, cremas vaginales, cápsulas, etc.

BIBLIOGRAFÍA

Enciclopedia virtual: Medlineplus enciclopedia médica en https://medlineplus.gov

Página WEB :

- Candidiasis. Síntomas tratamiento e información. Disponible en: https://cuidateplus.marca.com
- Candidosis vaginal – Mayo Clinic http://mayoclinic.org
- Candidiasis vaginal – https://espanol.womenshealth.gov

TEMA 21. LACTANCIA MATERNA EN EL LABIO LEPORINO O FISURA PALATINA.

ROSA MARGARITA BARROS PURRIÑOS

SUSANA PIERNAVIEJA MIGUEL

ÍNDICE

- Introducción
- ¿Qué es labio leporino/fisura palatina?
  - Labio leporino
  - Fisura palatina
- Causas y tratamiento
- Alimentación con fisura palatina
  - Lactancia materna
  - Intervenciones en la lactancia
  - Tipos de biberones
- Conclusiones

INTRODUCCIÓN

Uno de cada 700 bebés nace con labio leporino, paladar hendido o ambos. Es uno de los defectos de nacimiento más frecuentes. El labio leporino y la fisura palatina son más comunes en los niños que en las niñas.

El diagnóstico se lleva a cabo con la ecografía de la semana 20 del embarazo, que es capaz de detectar el 70% de las fisuras labiales y el 30% de las fisuras palatinas aisladas.

Es importante saber que la mayoría de los bebés que nacen con una hendidura son sanos y no tienen ninguna anomalía congénita, aunque puede ocasionar algunos problemas como en su alimentación, sobre todo si esta es lactancia materna.

¿QUE ES LABIO LEPORINO/FISURA PALATINA?

Labio leporino

Se denomina labio leporino, al defecto congénito consistente en una hendidura o separación en el labio superior. Puede ser lateral, afecta a una parte del labio, o bilateral, afecta a ambos lados de los labios.

Fisura palatina

La fisura palatina también es un defecto congénito que afecta al paladar de los bebés, se presenta cuando el paladar no se cierra completamente sino que deja una abertura que se extiende hasta la cavidad nasal. La hendidura puede afectar a cualquier lado del paladar. Pude extenderse desde la parte anterior de la boca (paladar duro) hasta la garganta (paladar blando). Puede estar asociado con el labio leporino.

CAUSAS Y TRATAMIENTO

El labio leporino y o, fisura palatina son causadas por múltiples genes heredados de ambos padres así como de factores medioambientales. Alrededor de un 30% de los defectos de hendidura están relacionados con un síndrome genético. Cuando una combinación de genes y factores ambientales provocan un trastorno, la herencia se denomina “multifactorial”.

El tratamiento depende del tamaño de la hendidura, la edad y las necesidades del niño. La cirugía se utiliza con frecuencia para cerrar el labio y el paladar. La AAP recomienda que la cirugía para reparar estas malformaciones se realice durante el primer año de vida.

COMPLICACIONES ASOCIADAS

Entre las complicaciones asociadas más frecuentes encontramos:

- Problemas de audición : El oído medio no presenta una ventilación adecuada produciéndose una otitis media crónica que pude derivar en hipoacusia si no se ataja a tiempo.
- Problemas del habla : Importante la integridad del paladar para una adecuada fonación.
- La población de fisurados presenta un mayor porcentaje de afectación dentaria que la población sana; tanto en posición como en número, así como en la calidad del esmalte.
- Dificultades en la alimentación: Generalmente, el bebé no puede succionar adecuadamente porque el paladar no está formado completamente.

ALIMENTACIÓN CON FISURA PALATINA

Lactancia materna

Los bebés con labio leporino pueden ser amamantados aunque durante los primeros días será necesario ayuda y apoyo constantes, en este momento el papel del personal de enfermería resulta de vital importancia ya que su participación esta asociado a mejores resultados.

La leche materna confiere una mayor protección inmunológica. El mecanismo de succión favorece la ventilación del oído y disminuye la presencia de otitis, refuerza el tono de la musculatura facial y oral, que va a permitir el mejor desarrollo del lenguaje y aporta un mayor consuelo favoreciendo el vínculo madre-hijo.

Intervenciones en la lactancia

La mejor postura para alimentar al bebé suelen ser las posturas donde el bebé está erguido o semierguido. Permiten a la madre sostener el bebé con más firmeza, y el bebé podrá regular mejor la succión y la leche ingerida. El agarre invertido (agarre tipo fútbol americano) también mejora la alimentación. En el amamantamiento, durante el agarre, el tejido del pecho materno consigue cerrar el defecto, permitiendo así que el bebé realice un sello hermético y pueda extraer la leche .En ocasiones y dependiendo del defecto y su localización puede ser necesario que la madre ayude con sus dedos, agarrando el pecho y tapando el defecto, para conseguirlo.

Algunas veces la lactancia materna puede presentar dificultades debido a que la cavidad oral y nasal están unidas, lo que impide por un lado el correcto vacío intraoral decisivo para la extracción de la leche y por otro, inhibición del reflejo de succión si el defecto esta en el paladar, ya que es en este, donde se encuentra ubicado este reflejo, por tanto estos bebes pueden necesitar biberones especiales para su alimentación.

Tipos de biberones

Los más recomendados son dos:

- MEAD- JOHNSON CLEFT NURSE: al apretar la botella , el líquido debe fluir fácilmente, pero no demasiado rápido para evitar que el bebé se atragante. Sólo se debe apretar cuando el bebé está succionando. Si el bebé hace una pausa para respirar, se debe hacer una pausa también. Observaremos al bebé de cerca y escucharemos el sonido de su deglución.

- ALIMENTADOR HABERMAN: Este biberón tiene una válvula “ antiescape” que mantiene la leche en el biberón, y el flujo de la leche se puede ajustar girando la tetina.

  El bebé puede obtener la leche mediante la compresión de la tetina contra la encía o la lengua.

  Muchos bebés pueden obtener la leche de este alimentador por sí mismos y controlar el flujo de la leche, y es menos fatigoso para la madre, porque no se necesita apretar.

  La mayoría de los bebés aprenden rápidamente a pasar la comida hacia la garganta y evitan que sea llevada hacia las fosas nasales.

BIBLIOGRAFÍA

- Medline Plus [base de datos en internet]. Labio leporino y paladar hendido. [Actualizado 4 marz 2019; citado 3 jun 2019]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/cleftlipandpalate.html
- Stanford Children´s Health. Labio leporino y paladar hendido. [Actualizado 2019; citado 5 jun 2019]. Disponible en: https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=labioleporinoypaladarhendido-90-P04950

- Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna de la asociación Española de Pediatría.[Actualizado en 2012; citado 3 jun 2019. Disponible en : https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lac

TEMA 22. LA MAMOGRAFIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA.

ANDREA SAN MARTIN GONZALEZ

INDICE

- INTRODUCCION
- QUE ES UNA MAMOGRAFIA
- MAMOGRAFIA CONVENCIONAL Y DIGITAL
- MAMOGRAFO Y SUS PARTES
- PREPARACION DEL PACIENTE
- INDICACIONES

INTRODUCCION

La mamografía es el estudio de las mamas. Este estudio de la imagen de las mamas utiliza bajas dosis de rayos x. es un estudio que se realiza para detectar de forma temprana el cáncer de mama, antes de que la paciente presente sintomatología.

Este estudio se realiza como prevención del cáncer de mama en mujeres pero también los hombres pueden padecerlo aunque no es lo habitual.

En este caso el mayor porcentaje de casos se produce en mujeres.

¿QUE ES UNA MAMOGRAFIA?

- La mamografía es un tipo de estudio radiológico que utiliza bajas dosis de rayos x para así poder visualizar y analizar en el interior de las mamas.
- Existen distintos tipos de mamografía:

mamografía convencional

mamografía digital

mamografía tridimensional o tomosíntesis

MAMOGRAFIA CONVENCIONAL

- La mamografía convencional es un sistema de película que requiere un proceso de revelado para visualizar la imagen dela mama.
- Este sistema es de alta resolución y alto contraste .

MAMOGRAFÍA DIGITAL

- La mamografía digital se basa en un sistema en el que la película de los rayos x es sustituida por sistemas electrónicos que transforman los rayos x en imágenes de las mamas, imágenes mamográficas. Debido a su baja radiación podemos obtener mejores imágenes de las mamas. Estas imágenes son transferidas a una computadora para realizar su revisión por el facultativo, en este caso el radiólogo. Posteriormente son almacenadas en la historia de la paciente por largo periodo tiempo.

- Existen unos sistemas de detención asistida por computadora que buscan imágenes mamográficas digitalizadas para encontrar fragmentos anormales en la masa, densidad, o calcificaciones que nos pueden advertir que existe cáncer. Este sistema resalta las zonas en las imágenes avisando así al radiólogo de que hay que valorar y profundizar en esa zona cuidadosamente.

PRINCIPALES RAZONES PARA REALIZAR MAMOGRAFIAS

- Se realizan menos biopsias o pruebas adicionales
- Sirve como detención temprana de canceres pequeños que pueden estar ocultos en el estudio en una mamografía convencional.
- Sirve para tener mas posibilidades de detectar múltiples tumores en la mama.
- Se obtiene imágenes más claras en el caso de mamas densas.
- Existe una mayor precisión para conocer la forma , tamaño y localización de las anomalías en el pecho.

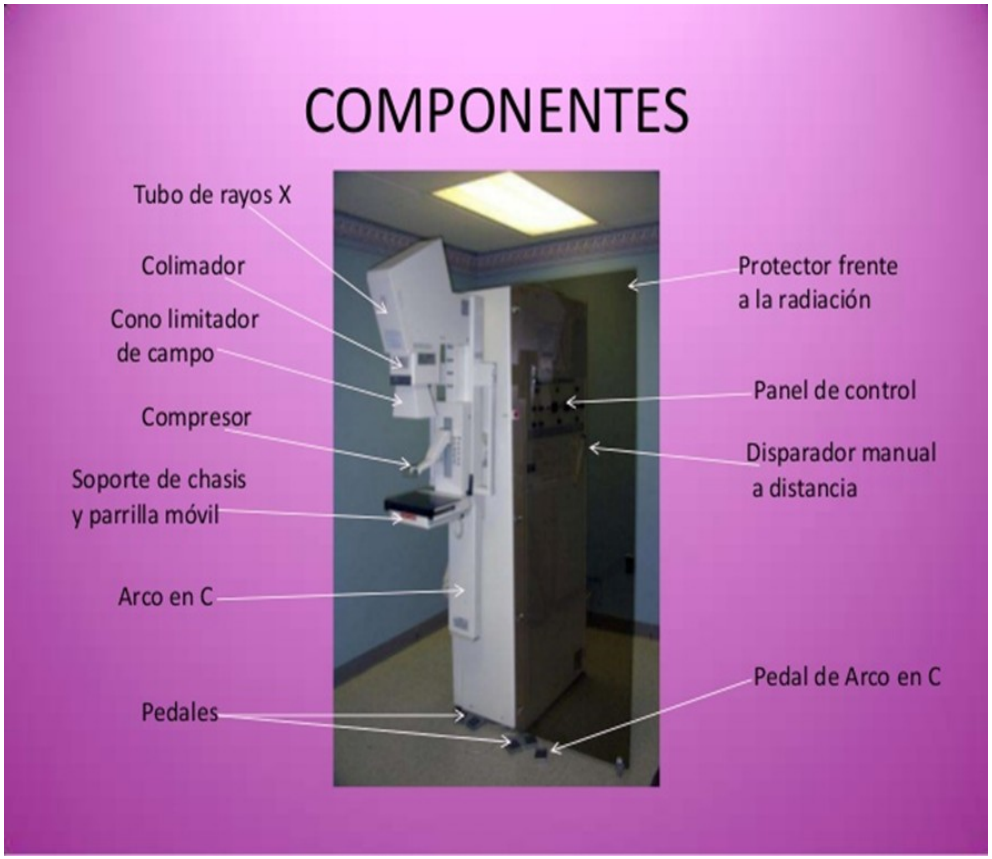
- Las mamografías son utilizadas como estudio de exploración para detectar de manera temprana el cáncer de mama en mujeres asintomáticas, pero también pueden servir diagnosticar enfermedades. Hay mujeres que tienen síntomas como secreción en el pezón, dolor, hundimiento o bultos en las mamas y también necesitan realizar la exploración.

MAMOGRAFIA DE EXPLORACION Y DE DIAGNOSTICO

- La mamografía de exploración rutinaria en mujeres una vez al año lleva a detención temprana del cáncer de mama siendo buen momento para obtener óptimos resultados de curación.
- La mamografía de diagnostico son aquellas que nos sirven para evaluar a un paciente con resultados anormales. También puede realizarse después de una mamografía de exploración que sea anormal , para poder identificar el área afectada con mayor exactitud

EL MAMOGRAFO Y SUS PARTES

PARTES DEL MAMOGRAFO



PREPARACON DEL PACIENTE

- Preguntaremos a la paciente si la mamografía es de revisión o de no.
- Mandaremos al paciente que se quite la ropa de cintura para arriba y que se ponga la bata hospitalaria con la abertura hacia delante.
- El paciente deberá retirar todos los objetos metálicos .
- Los técnicos observaremos las mamas y registraremos cualquier anomalía que nos parezca importante ya sean manchas, cicatrices, lunares, hundimientos etc.

INDICACIONES

- Se realizaran mamografías de control en pacientes mayores de 40 años.
- En pacientes que tengan antecedentes de cáncer de mama en la familia .
- Se realizan también en personas con las mamas grandes y difíciles de examinar.
- En el preoperatorio de toda aquella paciente que va ser sometida a una mamoplastia.

BIBLIOGRAFIA

- Libros: Anatomía de Gray
- Artículos de revistas: Radiology
- Paginas web: Dialnet
- Base de datos: se realiza una revisión bibliográfica en diversos libros de radiología.

TEMA 23. LA PREECLAMPSIA, UNA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO.

TAMARA LÓPEZ HEVIA
REBECA LÓPEZ HEVIA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CAUSAS
3. FACTORES DE RIESGO
4. SÍNTOMAS
5. COMPLICACIONES
6. PRONÓSTICO
7. DIAGNÓSTICO
8. TRATAMIENTO
9. PREVENCIÓN
10. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daños a otros órganos, más frecuentemente el hígado y los riñones. Generalmente, comienza después de las 20 semanas de embarazo en mujeres cuya presión arterial había sido normal. Se presenta en el 3% al 7% de los embarazos.

Si no se trata, puede desencadenar complicaciones graves, incluso mortales, tanto para la embarazada como para el bebé. El tratamiento más efectivo para la preeclampsia es dar a luz al bebé.

Si se diagnostica preeclampsia demasiado temprano, el bebé necesitará más tiempo para madurar, pero hay que evitar poner en riesgo a la embarazada y al bebé para no sufrir complicaciones graves.

En raras ocasiones, la preeclampsia se desarrolla después del parto.

2. CAUSAS

Se cree que las causas comienzan en la placenta, el órgano que nutre al feto durante el embarazo. En las primeras semanas del embarazo, se forman nuevos vasos sanguíneos y estos evolucionan para enviar sangre a la placenta de forma eficiente.

En las mujeres con preeclampsia, parece que estos vasos sanguíneos no se desarrollan o no funcionan de manera adecuada. Son más estrechos que los vasos sanguíneos normales y reaccionan de manera diferente a las indicaciones hormonales, lo cual limita la cantidad de sangre que puede fluir por ellos. Las causas de esta formación anormal pueden comprender las siguientes:

- Un flujo de sangre insuficiente al útero.
- Daño en los vasos sanguíneos.
- Un problema en el sistema inmunitario.
- Determinados genes.

3. FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes personales o familiares de preeclampsia.
- Hipertensión crónica.
- Primer embarazo.
- Nueva paternidad.
- Mujeres embarazadas muy jóvenes (menores de 18 años) o mayores de 40 años.
- Mujeres de raza negra.
- Obesidad.
- Embarazo múltiple.
- Intervalo entre embarazos. Tener bebés con menos de dos años o más de 10 años de diferencia.

- Tener determinadas afecciones antes de quedar embarazada, como presión arterial alta crónica, migrañas, diabetes tipo 1 o tipo 2, enfermedad renal, una tendencia a tener coágulos sanguíneos o lupus.
- Fecundación in vitro.

4. SÍNTOMAS

- Presión arterial de 140/90 mmHg o superior.
- Hinchazón de cara y manos.
- Alteración de la función hepática.
- Presencia de proteínas en la orina.
- Oliguria menor de 400 ml/24 h.
- Trastornos neurológicos.
- Dolor epigástrico.
- Edema pulmonar o cianosis.
- Aumento de peso mayor a 2 kg en una semana.
- Alteraciones en la visión: visión borrosa, doble, destellos luminosos, intolerancia a la luz.
- Náuseas y vómitos.
- Dolor de cabeza intenso y persistente.

5. COMPLICACIONES

- Restricción del crecimiento fetal.
- Parto prematuro.
- Desprendimiento placentario.
- Síndrome de HELLP.
- Eclampsia
- Daño a otros órganos.
- Enfermedad cardiovascular.

6. PRONÓSTICO

Los signos y síntomas de preeclampsia casi siempre desaparecen 6 semanas después del parto. Sin embargo, algunas veces, la presión arterial alta empeora en los primeros días posteriores al parto. La madre está en riesgo para preeclampsia hasta 6 semanas después del parto, lo que implica un riesgo mayor de muerte. Si se nota alguno de los síntomas de preeclampsia, se debe acudir inmediatamente al médico.

Si se ha tenido preeclampsia, hay mayor probabilidad de desarrollarla de nuevo en otro embarazo. En la mayoría de los casos, no será tan grave como la primera vez.

7. DIAGNÓSTICO

El primer signo es la presión arterial alta y una o varias de los siguientes síntomas:

- Proteínas en la orina.
- Un recuento bajo de plaquetas.
- Función hepática deteriorada.
- Signos de problemas renales que no sean proteínas en la orina.
- Líquido en los pulmones.
- Aparición de dolores de cabeza o trastornos de la visión.

- Si el médico sospecha de preeclampsia, es posible que mande hacer ciertas pruebas, como:
- Análisis de sangre.
- Análisis de orina.
- Ecografía fetal.
- Prueba en reposo o perfil biofísico.

8. TRATAMIENTO

- Medicamentos para bajar la presión arterial (antihipertensivos). Algunos de estos medicamentos no son seguros para usar durante el embarazo por lo que es mejor consultar con el médico si es conveniente o no tomarlos.
- Corticosteroides. Si es una preeclampsia grave, pueden mejorar temporalmente la función hepática y plaquetaria para ayudar a prolongar el embarazo. También facilitan la maduración de los pulmones del bebé en apenas 48 horas.
- Medicamentos anticonvulsivos. Si la preeclampsia es grave, el médico puede recetarlos para evitar una primera convulsión.

- En la mayoría de los casos, no es recomendable el reposo en cama, porque puede aumentar el riesgo de coágulos sanguíneos.
- Si es una preeclampsia grave, puede requerir hospitalización. El médico probablemente realice pruebas en reposo o análisis biofísicos para supervisar el bienestar del bebé y medir el volumen de líquido amniótico.
- Provocar el parto. Suele ser el tratamiento más eficaz de todos. Si se diagnostica preeclampsia cerca del final del embarazo, es recomendable provocar el parto. Pero si la preeclampsia se diagnostica más temprano, no es la mejor opción.

9. PREVENCIÓN

La preeclampsia no se puede prevenir, pero se pueden reducir los riesgos de tenerla con lo siguiente:

- Aspirina en dosis bajas. El médico puede recomendarla a partir de las 12 semanas de embarazo si hay ciertos factores de riesgo, que incluyen antecedentes de preeclampsia, embarazo múltiple, presión arterial alta crónica, enfermedad renal, diabetes o enfermedad autoinmune.
- Suplementos de calcio. Las mujeres que tienen deficiencia de calcio antes del embarazo, y que no obtienen suficiente calcio durante el embarazo a través de sus dietas, podrían beneficiarse de los suplementos de calcio para prevenir la preeclampsia.

Es importante no tomar ningún medicamento, vitamina o suplemento sin antes consultarlo con el médico.

Antes de quedar embarazada, especialmente si se ha tenido preeclampsia anteriormente, es una buena idea bajar de peso si se necesita y asegurarse de que otras enfermedades, como la diabetes, estén bien controladas.

Durante el embarazo, es importante que la embarazada se cuide y que cuide del bebé con atención prenatal temprana y periódica. Si la preeclampsia se detecta temprano, el médico ayudará a la embarazada para prevenir complicaciones y tomar las mejores decisiones.

10. BIBLIOGRAFÍA

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000898.htm
- https://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones-del-embarazo/que-es-la-preeclampsia
- https://www.preeclampsia.org/es/informacion-de-salud/preguntas-frecuentes
- https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/preeclampsia/informacion/Pages.aspx
- https://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia
- https://www.natalben.com/embarazo-riesgo/preeclampsia
- https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia

TEMA 24. EL PARTO.

EDITA RAKASIENE

LUZMILA SALCAN LONDO

ÍNDICE

1. FASES DEL PARTO.
2. PREPARTO.
3. DILATACIÓN.
4. NACIMIENTO.
5. ALUMBRAMIENTO.
6. BIBLIOGRAFIA.

1. FASES DEL PARTO

Lo más importante:

- Se da entre **48 Y 72 horas** antes del parto.
- La oxitocina pasa a la sangre.
- La madre tiene **contracciones** débiles.
- Desaparece el cérvix o cuello uterino.
- Aparece un **pequeño sangrado** procedente del tapón mucoso que protege al feto durante el embarazo.

2. PREPARTO.

¿Que sentimos?

- Esta etapa no es dolorosa aunque si pueden ser incomodas las pequeñas contracciones.
- Es aconsejable distraer

3. DILATACIÓN.

Dilatación Pasiva: de 0 a 3 cm.

- Normalmente dura entre **6 y 8 horas** aunque puede alargarse hasta un día entero.
- Las contracciones van ganando fuerza y acercándose en el tiempo.
- El **dolor es creciente** y la consciencia del inicio del parte pueden provocar **cierto miedo** y angustia.

3.1 DILATACIÓN.

Dilatación Activa de 3 a 10cm.

- Aproximadamente, se dilata a un centímetro por hora.
- El **cuello del útero** se ensancha para permitir la salida del bebé.
- Es el momento en el que la mujer decide si optar por la epidural o no.

3.2 DILATACIÓN.

- Es constante la presencia del dolor durante las contracciones.
- Es muy importante que la embarazada cuente con una figura de apoyo.
- En un segundo parto, esta fase es mucho mas rápida.

4. NACIMIENTO.

Lo más importante

- Suele durar entre **1 y 3 horas** aunque varía mucho.
- En el inicio de esta fase, la cabeza del bebé se encuentra al final del canal del parto.
- Las **contracciones** vuelven a espaciarse (cada **3 min**) y son **mas largas y dolorosas.**

4.1 NACIMIENTO.

- Este proceso es más rápido si la mujer no es madre primeriza.
- Junto con el niño, puede expulsarse orina, material fecal o gases

4.2 NACIMIENTO.

¿Qué sentimos?

- Es muy importante que, entre las contracciones, la mujer **respire profundamente** para oxigenar al feto.
- La sensación de **dolor aumenta** hasta que el niño consigue sacar la cabeza, momento en que empieza a **disminuir.**

4.3 NACIMIENTO.

- Si hay complicaciones, se realiza la **episiotomía**, una incisión en el periné.
- Después de la **alergia** del nacimiento, puede sobrevivir un **miedo** intenso, por lo que son necesarias **técnicas de relajación.**

5. ALUMBRAMIENTO.

Lo mas importante:

- Comienza las contracciones no dolorosas que culminan con **expulsión de la placenta**.
- Se produce entre **15 min y 1 hora** después del nacimiento del bebe.

5.1 ALUMBRAMIENTO.

- Los **profesionales revisan** el periné y se realiza la sutura si ha habido desagarro y se ha realizado la episiotomía.
- Al finalizar, la placenta se separa de la pared uterina y es expulsada al exterior.

5.2 ALUMBRAMIENTO.

¿Qué sentimos?

- Si se ha administrado **epidural**, apenas sufre molestias.
- De no ser sí, percibirá **dolores** semejantes al periodo de dilatación pero menos intensos.
- Las **enfermeras** deberán limpiar y desinfectar la zona genital de la madre.

5.3 ALUMBRAMIENTO.

- Si se la ha administrado anestesia, se la traslada a una **sala de observación.**
- La madre permanecerá bajo **vigilancia media** unas 2 horas, para prevenir complicaciones.

6. BIBLIOGRAFÍA

- https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/stages-of-labor/art-20046545
- https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=trabajodeparto-85-P04320
- https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal
- https://www.youtube.com/watch?v=j4Hdzv3vZhw
- https://inatal.org/el-parto/37-parto-normal-paso-a-paso/128-las-fases-del-parto.html

TEMA 25. PEDIATRIA PREVENTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA

MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ UNZUA

ÍNDICE

- 1 . Introducción:
  - Definición de pediatría
  - Especialidades pediátricas
- 2. Pediatría preventiva en Atención Primaria
- 3. Conclusiones
- 4. Bibliografía

1. Introducción

- **Definición** La pediatría es una rama de la medicina especializada en el estudio del desarrollo integral (físico, mental y emocional) del niño. Esta especialidad médica estudia al individuo desde su concepción hasta que llega a la adolescencia.

- **Especialidades pediátricas: preventiva, clínica y social**

Pediatría preventiva: Incluye los cuidados que previenen las enfermedades de niños y de los adolescentes sanos. Asimismo, informa y educa a la familia para que promocionen la salud y contribuyan al bienestar físico, social y/o familiar de sus menores, en esta etapa vital en constante cambio.

Pediatría Clínica: se dedica a la asistencia médica integral y total de los niños y adolescentes enfermos. La **Pediatría hospitalaria** se especializa en el estudio, diagnóstico y tratamiento de las diversas patologías (endocrinas, cardiológicas, neurológicas, neumológicas, digestivas y nutricionales) que puedan afectar al paciente pediátrico.

Pediatría Social: analiza las interrelaciones de los jóvenes, sanos y enfermos, con su entorno (familia, escuela, amigos). Además, estudia la influencia que ejerce la sociedad y la familia sobre la salud de la población infantil y/u juvenil. Para ello, promueve diversas acciones preventivas (pruebas diagnósticas), tratamientos curativos, técnicas de recuperación y reinserción para abordar las patologías sociales.

2. Pediatría preventiva en Atención Primaria

Las intervenciones que realiza la pediatría preventiva están planificadas y consensuadas por el equipo multidisciplinar de Atención Primaria, reguladas por el Real Decreto 137/1984 y La Ley General de Sanidad 14/1986.

El pediatra centraliza y resuelve más del 90% de las solicitudes de asistencia sanitaria del niño/joven, además es el primer contacto que tiene el menor con el servicio de la salud, por lo que esta experiencia es muy significativa.

Actualmente, la pediatría preventiva tiene que responder a las nuevas necesidades de la población infanto-juvenil, para ello, la cartera de servicios contiene los prestaciones de promoción, prevención y educación de la salud, tanto a nivel colectivo como a nivel individual, además del diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación directa y continuada.

2. Pediatría preventiva en Atención Primaria

Las atención preventiva en la infancia se centra en evitar la enfermedad en el entorno del niño (a través de la vacunación, de las revisiones periódicas; el control del crecimiento y de las enfermedades crónicas y agudas.

Las actuaciones pediátricas en la adolescencia se focalizan en el fomento de conductas responsables, del autocuidado y de hábitos de vida saludable (nutrición, ejercicio físico y relaciones: interpersonales, afectivas y sexuales).

El equipo pediátrico, en ambos grupos de edad, detecta los problemas psicológicos (altos niveles de intelectualidad, retrasos, etc.) y sociales (maltrato infantil, y acoso escolar).

3. Conclusiones

El reto para los próximos años consiste en mantener en los departamentos de pediatra preventiva de Atención Primaria, un servicio de calidad, integral y continuado. Para ello, es necesario coordinar los diferentes niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud para intervenir en el entorno del niño, en concreto, en la escuela-instituto y en la comunidad; asegurar la cohesión y equidad entre las CCAA, para que en cualquier lugar del país la población infanto infantil disponga de los mismos recursos y servicio médico.

Es preciso motivar a los profesionales de atención primaria en su práctica diaria con diversos estímulos, desde ampliar la disponibilidad de tiempo en sus actuaciones asistenciales; pasando por potenciar la formación continua e investigación hasta proveerles el acceso a TICS que faciliten su trabajo.

3. BIBLIOGRAFÍA

- Domínguez Aurrecoechea, B, Valdivia Jiménez, C. La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012. Gac. Sanit. 2012; 26 (S):82-87

- Martínez Abastida I, Clavería Fontán A, Rodríguez Reneda L, González-Formoso C, Goicoeche Castaño A, Martín Miguel MV. Condicionantes para la implementación del programa de actividades de promoción y prevención de la salud en atención primaria. Cuadernos de Atención Primaria. 2016; 22 (0): 8-13.

- Ruiz-Canela J. Tribuna: pediatría en el modelo de la AP del siglo xxi. Diario Médico, 29 de octubre de 2008:8.

3. BIBLIOGRAFÍA

- Sánchez Pina C, Palomino Urda N, de Frutos Gallego E, Valdivia Jiménez C, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Miranda Berrioategortua I, *et al*. "Puntos negros" de la asistencia a la población infantojuvenil en Atención Primaria en España (primera parte). Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:15-31
- Amir Salud. (actualizado 22 de enero de 2019). ¿ Qué es la pediatría en atención primaria? Funciones principales. disponible en: https://www.amirsalud.com/que-es-la-pediatria-en-atencion-primaria/
- Arnal Selfa, Rosa. Los equipos de atención primaria. Propuestas de mejora. pdf [Internet]. [cited 2015 May 16]. Disponible en http:// www.ingesa.msc.es/estadEstudios/ docum Publica/internet/pdf/ eap.pdf

TEMA 26. LA IMPORTANCIA DEL AMAMANTAMIENTO.

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. IMPORTANCIA DEL AMAMANTAMIENTO
3. DEFINICIÓN DE LM EXCLUSIVA (OMS)
4. RIESGO DE LA ALIMENTACIÓN CON SUCEDANEOS
5. PROBLEMAS A CORTO PLAZO
6. PROBLEMAS A LARGO PLAZO
7. PERJUICIOS PARA LA MADRE
8. PERJUICIOS PARA LA COMUNIDAD Y EL MEDIO AMBIENTE
9. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

En los años 70 la Asamblea Mundial de la Salud nos ha alertado de las bajas tasas de incidencia y duración de la lactancia materna (LM). Reconocidas cómo un problema de la salud pública.

La OMS y UNICEF, tenían gran preocupación por el cambio en la alimentación del lactante y el niño pequeño, y organizan una serie de reuniones científicas al más alto nivel, destinadas a analizar el problema y diseñar estrategias necesarias para solucionar el problema

Hoy , la protección, promoción y apoyo de la LM es una prioridad de Salud Pública en toda Europa.

IMPORTANCIA DEL AMAMANTAMIENTO

La lactancia materna es la mejor forma de alimentar a los niños en las primeras etapas de su vida, incluidos los prematuros, gemelos y niños enfermos, salvo rarísimas excepciones y no tiene sustituto (OMS/UNICEF), presentando innumerables ventajas a corto y largo plazo, para la salud física y emocional tanto del lactante como de la madre. Esta es una afirmación unánime, de ámbito global, avalada por la comunidad científica mundial.

Las recomendaciones de la OMS y UNICEF para una Alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño pequeño son:

IMPORTANCIA DEL AMAMANTAMIENTO

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 medes de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años de edad o más

DEFINICIÓN DE LM EXCLUSIVA (OMS)

La lactancia materna exclusiva significa dar al bebé solamente leche materna y ningún otro líquido o sólido ni siquiera agua. Se permite la administración de gotas o jarabes de vitaminas, suplementos de minerales o medicamentos.

RIESGO DE LA ALIMENTACIÓN CON SUCEDÁNEOS

Los profesionales sanitarios están de acuerdo en que la LM es superior a la lactancia artificial (LA); así que deberá contemplarse cómo norma biológica el amamantamiento, siendo la LA la excepción.

Desde ésta perspectiva, en vez de tratar los beneficios de la lactancia materna, sería mas adecuado plantear los problemas o perjuicios causados por la lactancia artificial (LA) que podrían evitarse si se aumentaran el número de niños amamantados y la duración de la LM.

RIESGOS DE LA ALIMENTACIÓN CON SUCEDÁNEOS

Todos los profesionales sanitarios deberíamos tener presentes éstos riesgos antes de aconsejar un suplemento o LA, sin haber una indicación médica.

La LA está asociada a mayor riesgo de enfermedades a corto y largo plazo: aumento de riesgo de infecciones y de mayor gravedad, de síndrome de muerte súbita (SMSL) y mayor mortalidad, enfermedades crónicas en la edad adulta y peor desarrollo cognitivo.

PROBLEMAS A CORTO PLAZO

Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y aumento de la mortalidad:

Hay estudios que sugieren un efecto protector de LM exclusiva comparada con la LA y éste aumenta cuanto mayor es la duración de la lactancia. Se observó que el riesgo era 2,8 veces mayor a las 8-11 semanas y 4,6 veces mayor en los niños alimentados con LA a los 12-15 meses

PROBLEMAS A CORTO PLAZO

La mortalidad posneonatal durante el primer año de vida en países desarrollados y la mortalidad infantil en menores de 3 años aumenta con la LA.

PROBLEMAS A CORTO PLAZO

Mayor riesgo de infecciones:

El lactante pequeño tiene una serie de carencias defensivas

La leche artificial supone un aporte defensivo nulo para el bebé, a diferencia de la leche materna, carece de células con función inmune entre otras carencias

PROBLEMAS A CORTO PLAZO

Inconvenientes para el sistema digestivo:

La LA tiene siempre el mismo sabor. Se cree que la ligera modificación del sabor de la leche materna según alimentos ingeridos por la madre es la causa de que al bebé le cueste menos aceptar la alimentación complementaria. La leche artificial es menos digestiva. También hay mayor riego de caries en un futuro

Disminución del vinculo afectivo:

El vinculo maternofilial parece ser menor en los lactantes no amamantados según algunos estudios. Puede ser debido a la secreción de oxitocina y al estrecho contacto con el bebé

PROBLEMAS A CORTO PLAZO

- **Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y aumento de la mortalidad:**

Hay estudios que sugieren un efecto protector de la LM exclusiva comparada con LA y éste aumenta cuanto mayor es la duración de la lactancia. Se observó que el riesgo era 2,8 veces mayor a las 8-11 semanas y 4,6 veces mayor en los niños alimentados con LA a los 12-15 meses

La mortalidad posneonatal durante el primer año de vida en paises desarrollados y la mortalidad infantil en menores de 3 años aumenta con la LA

PROBLEMAS A LARGO PLAZO

- **Mayor riesgo de enfermedades crónicas:**

Al no recibir LM, el sistema inmunitario digestivo y sistémico del lactante no es estimulado activamente en los primeros meses tras el nacimiento mediante transferencia de anticuerpos , lo que explica que los niños no amamantados desarrollan una respuesta inmunitaria menor a las vacunas y tienen mayor riesgo de padecer enfermedad celíaca, enfermedades autoinmunes, inflamatoria intestinal, diabetes mellítus y algunos tipos de cáncer.

PROBLEMAS A LARGO PLAZO

- Los niños no amamantados que pertenezcan a una familia de riesgo alérgico, padecen más dermatitis atópica, asma y problemas respiratorios; al igual que en la obesidad es menos frecuente entre los niños amamantados y a mayor duración de la lactancia materna, menor riesgo de obesidad

PROBLEMAS A LARGO PLAZO

- **Peor desarrollo cognitivo:**

Los lactantes alimentados con sucedáneos obtienen puntuaciones inferiores en los test cognitivos y de coeficiente intelectual, peores resultados en matemáticas y menor agudeza visual en la etapa escolar

Cuanto mas tiempo ha sido amamantado el bebé, mayores son los beneficios del desarrollo cognitivo.

PERJUICIOS PARA LA MADRE

- Las madres que no amamantan tienen mayor riesgo de hemorragias posparto y mayor tiempo de hemorragia menstrual a lo largo de la vida al no beneficiarse de los largos periodos de amenorrea proporcionados por la LM. Presentan mayor riesgo de cáncer de ovario y de mama y otras enfermedades como artritis reumatoide y fractura de cadera posmenopáusica.

PERJUICIOS PARA LA COMUNIDAD Y EL MEDIO AMBIENTE

La LA supone un aumento importante del gasto sanitario generado por el incremento de la morbilidad. La fabricación, transporte y utilización de sucedáneos contribuye a la contaminación medioambiental.

BIBLIOGRAFÍA

-Organización Mundial de la Salud (OMS). Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra;1989.

-Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios. Comité de Lactancia Materna Hospital 12 de octubre y Centros de Salud de AP;2011.

-Declaración conjunta OMS_UNICEF. Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra; 1989.

-Organización Mundial de la Salud (OMS).Estadísticas Sanitarias mundiales, 2012

-

TEMA 27. FUNCIÓN CARDIACA.

MARIA DOLORES MORENO GARCIA
MARIA ELENA AGUILERA MESEGUER
NOELIA MANRIQUE GONZALEZ
LIDIA RODRIGUEZ LOPEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCION – RESUMEN
- OBJETIVOS
- RESULTADOS
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION – RESUMEN

El corazón junto a las arterias, venas y capilares se encargan de abastecer los tejidos de oxigeno y nutrientes. El corazón esta entre los 2 pulmones sobre el diafragma y esta formado por 3 capas:

- Externa o pericardio: 2 hojas: visceral o epicardio y la parietal, entre las capas se encuentra el liq. pericárdico.
- Media o miocardio: forma casi todo el espesor, formada por tejido muscular. Se denomina músculo cardiaco (se parece al músculo estriado ”estriaciones” y al músculo liso “porque no se halla bajo el control de la voluntad”).
- Interna o endocardio: fina membrana, está íntimamente en contacto con la sangre.

Enfermedades del corazón (cardiopatías):

*Arritmias: alteración de la frecuencia o del ritmo cardiaco, el corazón no late uniformemente: bradicardia (baja frecuencia), taquicardia (alta frecuencia), extrasístoles (latido extra), fibrilación (contracciones muy rápidas ineficaces).

*Insuficiencia coronaria o cardiopatía isquémica: falta de riego, puede causar: angina de pecho (arteriosclerosis coronaria. Dolor en los hombros y más en el izquierdo) infarto de miocardio (arteriosclerosis y obstrucción por trombo o embolo. Dolor más intenso y no cede durante el reposo) paro cardiaco (enfermedad coronaria. Provoca muerte súbita).

*Valvulopatías: lesión en las válvulas. 2 tipos: estenosis (estrechamiento del orificio) e insuficiencias (cierre imperfecto de las válvulas “signo común es la presencia de un soplo cardiaco”).

Enfermedades de las arterias:

- arterioesclerosis: perdida de la elasticidad por lo que se vuelven rígidas y duras.
- Hipertensión Arterial: aumenta la presión, tomada en ayunas y en reposo supera la máx. 150 mmHg y min. 90 mmHg

Enfermedades de las venas:

- Varices: dilataciones venosas, se localizan en extremidades inferiores, esófago y en plexo ano-rectal (hemorroides
- Trombosis venosa: el trombo es un coagulo

Marcadores bioquímicos

- Mioglobina: Es un marcador precoz.
- Troponina: 3 subunidades: *Troponina C, Troponina T, Troponina I (la más cardio-especifica).*
- CK Total: Hay 3 isoenzimas: CK-BB (cerebro), CK-MM (musculo esquelético y miocardio) y CK-MB (miocardio)
- LDH: Enzima que cataliza lactato a piruvato, tiene 5 isoenzimas, pero la mas abundante en el corazón es: LDH 1.
- GOT: en necrosis miocárdica eleva a las 6-8 h del comienzo de los síntomas
- PCR: Marcador de inflamación, la concentración normal de PCR es 0,87 mg/L. los niveles > 3 mg/L. indican riesgo en pacientes de Angor pectoris

OBJETIVOS

Los objetivos son conoce la fisiología del corazón, las correspondientes parte y zonas que se pueden dañar.

Conocer las posibles enfermedades a las que toda persona esta expuesta y principalmente a las personas con otras patologías, malos hábitos… que tienen muchos mas riesgos de dañar el corazón y a consecuencia de ella dañar otros órganos y otros tejidos del cuerpo.

RESULTADOS

Las enfermedades cardiovasculares son la 1º causa de muerte en España y se manifiesta clínicamente como cardiopatía isquémica.

Esta comprobado que una vida sana, practicando ejercicio, no fumar y con buenos hábitos se pueden reducir un 25% las muertes por enfermedades cardiovasculares, según los estudios realizando esto se podría conseguir para el 2025.

El día 29 de septiembre es el día mundial del corazón.

CONCLUSION

Todos sabemos que el cuerpo hay que cuidarlo, para ello gracias a los avances de la sanidad tenemos medios para cuidarnos.

El corazón es el órganos más importante del aparato circulatorio, para conocer su estado disponemos de: pruebas analíticas (marcadores, colesterol…) electrocardiograma (para la actividad eléctrica del corazón), tensiómetro (para medir la tensión)…y muchas otras pruebas que también nos ayudan a conocer su estado de gravedad si ya esta dañado.

Lo mas importante es llevar vida sana y saludable.

BIBLIOGRAFÍA

- Libro: preparador de oposiciones del servicio murciano de salud, anatomia y fisiologia cardiaca editorial MAD

- Pagina Web: www.saludcardio.es

- Documentos sobre cardiologia encontrados en distintas paginas de internet como: Promofarma, Fundación Española del Corazon, Principios de Anatomía y Fisiología. 11ª. Edición. Editorial Médica Panamericana. México DF. México. Cap 6

TEMA 28. EL ANCIANO CUIDADOS Y ATENCIÓN

MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS
MONTSERRAT VIGUERA SOLIS
YARINA PRIETO ALCAÑIZ
CARLA MARTINEZ FERNANDEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CONCEPTOS (Ancianidad , El anciano)
- ENVEJECER
- ENVEJECIMIENTO: DE LA POBLACION FACTORES DEMOGRAFICOS
- MODIFICACIONES MORFOLOGICAS Y FUNCIONALES
- MODIFICACIONES SENSOPERCEPTIVAS
- MODIFICACIONES PSICOLOGICAS
- SINDROME CONFUSIONAL AGUDO
- COMPLICACIONES PATOLOGICAS
- CUIDADADOS DEL ANCIANO
- CUIDADOR PRINCIPAL
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso Normal, irreversible continúo y progresivo; inicia desde el nacimiento. Abarca todos los aspectos de la vida , de modo que su estudio no puede limitarse a una sola disciplina.

Actualmente la situación Demográfica en nuestra Sociedad, está definida por la característica del gran crecimiento de población anciana y la disminución de natalidad española que condiciona la realidad social , económica ,sanitaria, cultural entre otras.

.

CONCEPTO DE ANCIANIDAD

- **Relación tradicional**
- **ANCIANIDAD = JUBILACIÓN**

- El incio de la ancianidad varia según el marco de referencia que se emplee .
- Es considerada ANCIANA a la persona
- mayor de 60 – 65 años (edad jubilación).

- LA OMS establece tres etapas de orden cronológico, el siguiente :
-
- - ADULTO MAYOR : 60 – 74 años
- - ANCIANOS : 75 – 90 años
- - ANCIANO LONGEVO: > de 90 años .

CONCEPTO DE ANCIANIDAD

Sin embargo , la vejez no es definible por simple cronología, si no mas bien por las condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud de las personas analizadas.
Se puede definir del siguiente modo:

- La edad cronológica : numero de años de la persona desde su nacimiento.

- La edad Psicológica : refiere al conjunto de características de una persona que determinan su **carácter, sus actitudes, aptitudes y comportamientos** frente a una situación particular o ante la sociedad como tal.

CONCEPTO ANCIANIDAD

- La edad fisiológica : se determina por el grado de deterioro de órganos y funciones.

- Edad Social : papel individual que debe desempeñarse en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve.

- Edad subjetiva :según el envejecimiento experimentado por la persona.

ENVEJECER

CONCEPTO DEL ENVEJECIMIENTO

- Es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del ciclo de vida , lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente, a la muerte.

ENVEJECER

- <u>ALGUNAS CARACTERISTICAS :</u>

- Proceso normal
- Continuo y progresivo en perdidas de capacidades funcionales
- Es irreversible
- Es universal
- Es individual

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION FACTORES DEMOGRAFICOS

- En la mayoría de países del mundo (entre esos España) el crecimiento de la población anciana en este siglo esta siendo uno de los cambios demográficos de mayor importancia .
- Además, el aumento de la esperanza de vida hombres 80; mujeres 86 .
- La disminución de la mortalidad infantil.
- Mejoras tanto de factores ambientales, como de las condiciones de vida
- Avances tecnológicos aplicados en el sistema sanitario.

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION
FACTORES DEMOGRAFICOS

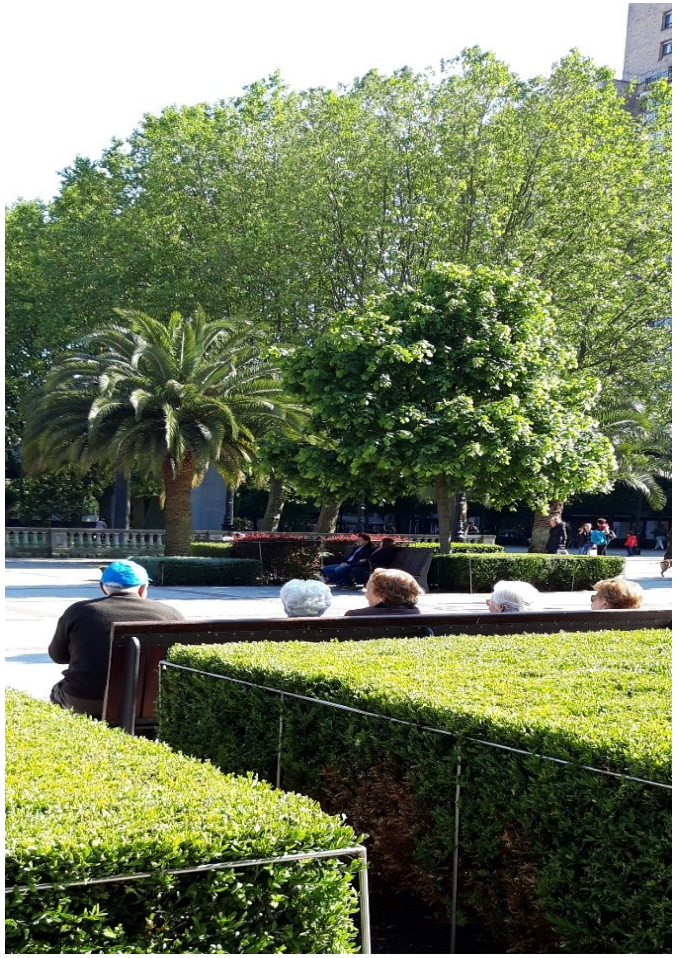
Determinan esta situación de envejecimiento progresivo de la población.

En el 2001, las Naciones Unidas dieron a conocer un informe según el cual en el año 2050 se prevé que España será el país mas envejecido.

- El tema de la jubilación se ha vuelto hoy en día un serio problema en regiones con **población** envejecida, como es el caso de Europa.

ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION FACTORES DEMOGRAFICOS

- Es así que en estos países gran parte de la población no es joven y el Estado debe entonces soportar una importante carga económica para sectores que no reactivan la **economía** y que no pueden desempeñar ninguna actividad productiva.
- Esta es en parte una de las razones de la crisis económica europea



MODIFICACIONES MORFOLOGICAS Y FUNCIONALES

- Existe una serie de características físicas las que diferencian al Joven del anciano entre ellas las mas importantes:
- Músculos : carecen de irrigación pierden fuerza, masa y potencia.
- Huesos : sufren una descalcificación progresiva(osteoporosis) mas en la mujer por trastornos hormonales ,perdida excesiva de calcio.

MODIFICACIONES MORFOLOGICAS Y FUNCIONALES

Hay un decaimiento <u>funcional</u> en casi todas las áreas del organismo ::

Función Renal

<u>Disminuye</u> :

- Reflejo de micción
- Número de nefronas
- El flujo renal .

<u>Aumenta</u>

- Proteinuria
- Frecuencia de micciones .

Capacidad Respiratoria

<u>Disminuye</u>

- Capacidad inspiratoria
- Saturación oxigeno
- Reflejo de la tos,

<u>Aumenta</u>

- Acumulación de secreciones
- Disnea

MODIFICACIONES MORFOLOGICAS Y FUNCIONALES

Digestivo

Disminuye :

- Absorción de nutrientes
- mucosa gástrica
- Tono muscular
- Acido clorhidrico

Aumenta :

- El pH
- Reflujo gastroesofágico
- Cálculos biliaries

Cardiovascular

Disminuye**:**

- Elasticidad de los vasos sanguíneos
- Gasto cardiaco
- Perfusión de oxígeno

Aumenta**:**

- Tamaño del ventrículo izquierdo
- La rigidez de las arterias
- Rigidez de las válvulas cardiacas
- Presión arterial sistólica

MODIFICACIONES PSICOLOGICAS

MODIFICACIONES PSICOLOGICAS

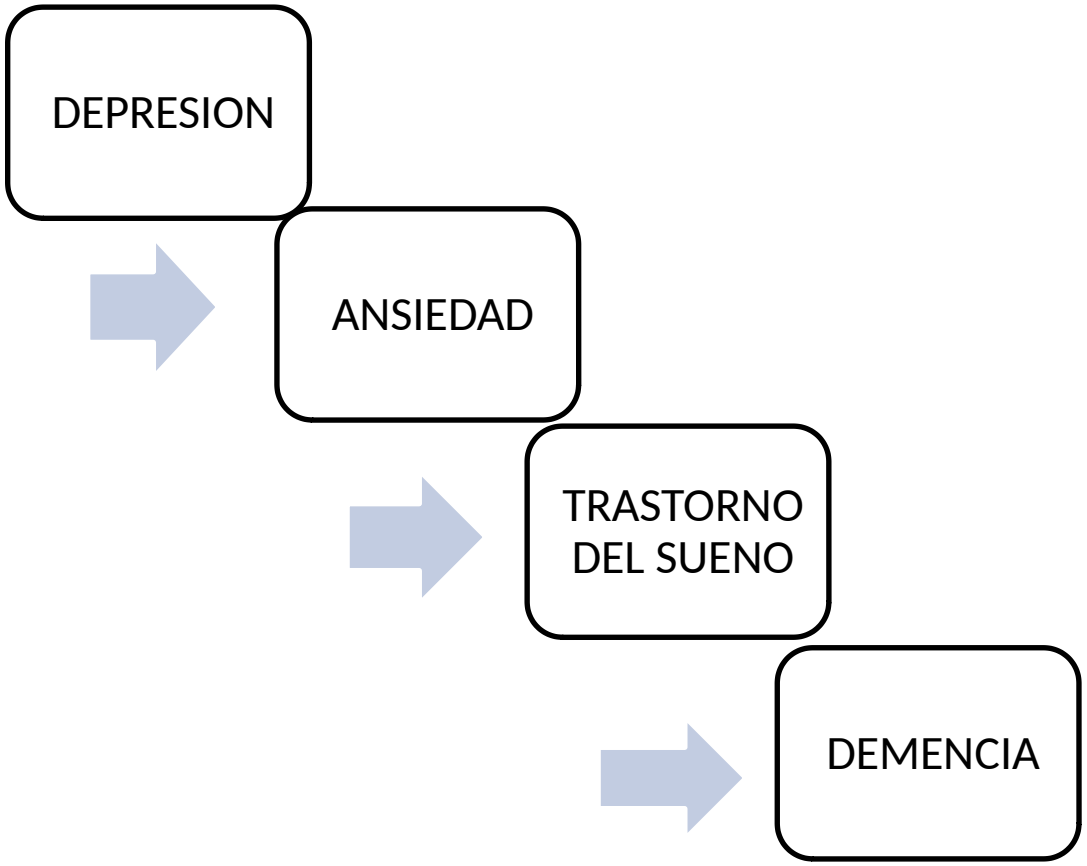
- - Se mantiene la capacidad para aprender.
- - Se conservan la creatividad y la imaginación

- **MEMORIA**
- Lo primero que se afecta perdiendo capacidad para evocación y fijación datos nuevos , mantiene activo los acontecimientos antiguos .

TIPOS DE MEMORIAS	CAMBIOS
SENSORIAL	Sin cambios
CORTO PLAZO	Conservada pero enlentecida
LARGO PLAZO RECIENTE	Aumenten los olvidos. Afectada mas la codificación y la recuperación
LARGO PLAZO REMOTA	Capacidad para almacenar no se afecta en el envejecimiento normal. Recuperación lenta
EPISÓDICA	Olvido lo reciente, mejor acontecimientos emotivos

SINDROME CONFUSIONAL AGUDO

Causado por enfermedad aguda , o toxicidad de los fármacos administrados , en el anciano puede cronificarse.



COMPLICACIONES PATOLOGICAS

ULCERAS POR PRESIÓN

TROMBOEMBOLIA

MALNUTRICION

CAIDAS

FRACTURA DE CADERA

OTRAS

CUIDADOS DEL ANCIANO

CUIDADOS DEL ANCIANO

- OBJETIVO:

Prestar los cuidados básicos necesarios para brindar una calidad de vida y evitar y/o retardar los síndromes geriátricos .

Atendiendo necesidades como:

- **La Higiene** : limpieza e hidratación valorar la existencia de alteraciones en la piel.
- **Alimentación y Nutrición** : administración por vía necesaria prestando atención a dificultades propias en la deglución.
- Fomentar **la ingesta de una dieta baja en sodio y grasa saturada**. Proteínas deben mantenerse sin cambio en ancianidad. Hidratos de carbono entre 55-60%.

CUIDADOS DEL ANCIANO

- **Eliminación** : prestar atención a deposiciones (frecuencia, consistencia) de igual a la eliminación urinaria.

- **Movilización** : Realizar cambios posturales, los cuales son muy importantes sobre todo en pacientes encamados ; evitando la Aparición de ulceras por presión.

- Enseñar y ayudar en la deambulación .(uso de los dispositivos de apoyo.

CUIDADO DEL ANCIANO

- EN EMOCIONES Y LAS RELACIONES

Uno de los principales problemas de las personas mayores es la pérdida afectiva de familiares o amigos, que suele ser muy difícil de superar y tiene una repercusión importante en su estado psicológico. Tener una actitud positiva en la vida ayuda a avanzar con seguridad y a vencer las adversidades que aparecen a lo largo de los años.

Para ello, hay que aprender a disfrutar de los pequeños placeres que ayudan a distraerse y a mejorar el humor.

CUIDADOS DEL ANCIANO

EN LA DEMENCIA:

OBJETIVO: Mantener las capacidades del enfermo el máximo tiempo posible.

- ORIENTACIÓN EN LA REALIDAD**:** en **espacio, tiempo y contexto.**
- REMINISCENCIA**:** hacer **recordar a la persona hechos de su pasado**
- ESTIMULACIÓN SENSORIAL**:** asociar un **acto previo a una rutina básica**. Ej: dejar el grifo correr para indicar que es la hora de la ducha.
- PALIATIVOS**:** control de síntomas y calidad de vida

CUIDADOR PRINCIPAL

- Según el IMSERSO, el perfil de las personas cuidadoras es:
- Mujeres
- Hijas de la persona dependiente o esposas
- Edad: 45-65 años
- Casadas
- Comparten domicilio con la persona cuidada
- No tienen otra ocupación remunerada
- No reciben ayuda de otras personas
- Realizan otras tareas de cuidado de la familia.

BIBLIOGRAFIA

- LIBROS

Pérez de la Plaza E , Fernández AM. Auxiliar de enfermería. 7a ed. Madrid: McGraw-Hill;2016. p.291-307.

Pérez Díaz J. Ponencia presentada al XXIII Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics; 2000.

BIBLIOGRAFIA

Paginas web

- EnR: envejecimiento en la red [internet]. España: Fundación general CSIC; [actualizado 27 Mar 2019; citado 10 jun 2019]. Disponible en : http://envejecimientoenred.es/envejecimiento-de-la-poblacion-numero-monografico-de-panorama-social-funcas/
- Elfarmaceutico.es [internet]. Ediciones Mayo S.A; 2011 [actualizado jun2019; citado 10 jun 2019]. Disponible en: http://elfarmaceutico.es/index.php/cursos/item/8768-caracteristicas-generales-del-envejecimiento-y-las-personas-mayores#.XOpSpogzbIU

- Fotografías : Martha González Vargas

TEMA 29. ACTUACIÓN DEL TCAE ANTE EL PACIENTE CON DISFAGIA.

Mª DE LOS ANGELES DIAZ MARTINEZ
TANIA ANTUÑA ALVAREZ
NORMA LORENA BUYO AVALOS
Mª AMOR QUETZAL GONZALEZ RODRIGUEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- METODOLOGIA.
- SABER DETECTAR LA DISFAGIA.
- PROTOCOLO Y PROCEDIMIENTO.
- OBJETIVOS.
- RECOMENDACIONES DOMICILIARIAS.
- PRECAUCIONES.
- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

La disfagia es la dificultad para tragar ,tanto alimentos solidos como líquidos y en algunos casos hasta saliva, en los casos mas extremos de la disfagia que no se puede tragar nada esto se denomina disfagia total ,cualquiera de las dos patologías dificultara gravemente la ingesta de calorías y líquidos que el cuerpo necesita para su correcto funcionamiento. La disfagia puede aparecer a cualquier edad aunque tiene mayor frecuencia en gente mayor. .Puede ser debida a varias causas como pueden ser algunos tipos de cancer,problemas del propio esófago ,tiroides agrandadas que ejercen presión sobre el esófago y causar la disfagia, derrame cerebral, o enfermedad de Parkinson entre otras patologías.

METODOLOGIA

- Lo primero de todo que se le preguntara al paciente que nos diga que alimentos y que líquidos son los que ocasionan la dificultad para tragar.
- Si se sospecha de que algo pueda estar bloqueando el esófago, solicitara un examen de ingesta de bario donde se monitorizara atraves de rayos X la posible obstrucción.
- También se podrá solicitar una endoscopia para descartar cáncer de esófago.

OBJETIVO

- Asegurarnos de la correcta hidratación del paciente.
- Explicarle de forma clara y concisa su nueva situación y que lo haya entendido correctamente.
- Un correcto adiestramiento de la enfermera y el tcae de como llevar a cabo las ingestas de forma segura, evitando así complicaciones derivadas de su enfermedad, como son: la desidratacion,la desnutrición y la neumonía por aspiracion,esta ultima con un alto índice de mortalidad.

SABER IDENTIFICAR LA DISFAGIA

- Ronquera
- Dolor al tragar
- Ahogo
- Tos y nauseas al tragar
- Mal aliento
- Babeo
- Acidez frecuente
- Expulsión de comida al toser
- Inhalación de alimentos
- Deshidratación.

PROTOCOLO Y PROCEDIMIENTO

- Lo primero de todo le explicaremos al paciente y a la familia el procedimiento que llevaremos a cabo para identificar el grado de disfagia que padece.
- Colocar en posición sentada lo mas recto posible en ángulo de 90º y procederemos al test.
- 1º test: textura tipo néctar(semejante al zumo de melocotón)primero le daremos en la cucharilla de café que equivale a 5ml,si no presenta alteración pasaremos a la cucharilla de postre que equivale a 10ml si no presenta alteración pasaremos a la cuchara sopera que equivale a 20 ml.
- 2º test: ahora probaremos las texturas liquidas(agua)y siempre con los mismos volúmenes.(5,10 y 20 ml)
- 3ºtest:textura tipo pudin (semejante a una gelatina)

RECOMENDACIONES DOMICILIARIAS

- Si después de la evaluación de los tres tipos de test da positivo a alguna de las texturas se procederá a la readaptación de la dieta, de la textura en la que tendrá que administrar los líquidos y los solidos conforme a la viscosidad y volumen que el paciente sea capaz de deglutir
- .Para lo cual le facilitaremos una posible dieta antidisfagica,nuevas recomendaciones alimetarias,como la necesidad del uso de espesantes comerciales que tendrá que agregar sobre todo a los líquidos.
- Haremos especial hincapié en fomentar que se alimente el solo, siempre bajo la supervisión de un familiar o cuidador.

PRECAUCIONES

- Evitaremos alimentos prohibidos como pueden ser:
- Los pegajosos (caramelos , miel)
- Los que se desfragmenten (galletas ,cereales)
- Los que desprendan jugos al morder (naranjas)
- Y en general todos aquellos alimentos que puedan formar bolo compacto y cohesivo (arroz y pasta)
- Con todas estas recomendaciones puede llevar una vida y una dieta lo mas normal posible dentro de algunas limitaciones.

BIBLIOGRAFIA

- www.mayoclinic.or/es
- www.geriatricarea.com
- https://es.familydoctor.org
- Bases de datos del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Otto Cavero Enfermería Medico Quirúrgica necesidad de nutrición y eliminación 2º edicion.Barcelona:Masson 2003.

TEMA 30. IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN PREMATUROS.

ROMINA GONZÁLEZ PÉREZ

EVA RIDOCCI OLMO

RESUMEN

La prematuridad debido a su alta incidencia es un problema de salud pública, aunque los continuos avances han aumentado la supervivencia de los recién nacidos prematuros.
La leche materna ,es el alimento idóneo que mejor se adapta a las necesidades del recién nacido pretérmino consiguiendo una nutrición adecuada.
La comunicación entre el profesional y la madre lactante, cobra más importancia cuando se trata de madres de niños prematuros por su han a pasar por una experiencia complicada en el desarrollo de sus hijos y van a necesitar, mucho apoyo e información

INTRODUCCION

Cuando una pareja decide tener un hijo,se imagina que será un bebé a término,sano,activo,que se incorporará a la familia de inmediato. Estas expectativas se truncan si el bebé nace antes de tiempo. El bebé prematuro será separado de sus padres y se le colocará en una incubadora.
Ante esta situación,es probable que los padres experimenten sentimiento de “duelo”,culpa,y/o preocupación. En estas condiciones,sera difícil establecer vínculos afectivos entre los niños prematuros y sus padres

Un bebé prematuro es el que nace antes de las 37 semanas de gestación y cuya patología predominante es la prematuridad. Va a tener una inmadurez del reflejo de succión y en la coordinación con la deglución .

Los prematuros necesitan atención médica especial en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

OBJETIVOS

-Profundizar sobre lactancia materna y recién nacido pretérmino .
-Recoger aspectos más importantes para realizar una adecuada Consejería en lactancia materna por parte de los profesionales y dirigida a niños prematuros ofreciendo una información veraz,unificada y humanizar a a las familias .
-Mejorar la comunicación de los profesionales hacia los padres del recién nacido prematuro
-Sensibilizar a los profesionales acerca de la prematuridad y el beneficio de la lactancia materna en el bebé prematuro
-Ofrecer información acerca de las técnicas llevadas a cabo en prematuros para el establecimiento de la lactancia
-Aconsejar acerca de las mejores posturas en el adelantamiento del bebé prematuro

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema del estudio en las principales bases de datos

- PUBMED
- MEDLINE
- BIOETHICSLINE
- EMBASE
- INDICE MÉDICO ESPAÑOL:
- THE COCHRANE LIBRARY

BIBLIOGRAFÍA

1.Rellan Rodríguez S, García de Ribera C, Paz AragónGarcía M. El recién nacido prematuro. [En línea]. Asociación Española de Pediatría.2ª ed. Madrid: 2008. [accesado 20 Mar 2014]. Disponible en:http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia
2.Organización Mundial de la Salud. Consejería en lactancia materna:Curso de capacitación. Ed.rev:Agosto,1998.Ginebra;1993.
3.Martin L. Características de la leche materna para los bebés prematuros.En: II Simposio Internacional sobre Lactancia Materna. Hotel Ercilla;17-18 deilbao. La liga de la leche de Euskadi .2005.
4.Kathleen H. El libro esencial para madres lactantes.
6ª Ed. Boston, Massachusetts:Harvard Common Press; 2010.
5.E. La Orden Izquierdo, E. Salcedo Lobato, I. Cuadrado Pérez, M. S. Herráez Sánchez y L. Cabanillas Vilaplana. Retraso de la adquisición de la succión-deglución-respiración en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz. Nutrición Hospitalaria 2012;27(4):1120-1126.

TEMA 31. MECANISMOS DE PREVENCION ANTE UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

MARIA DOLORES FERNANDEZ MENENDEZ
ANDREA PIQUERO FERNANDEZ
ANDREA ALVAREZ BAYON
MARIA ISABEL RAMOS SASTRE

INDICE

- INTRODUCCION
- OBJETIVOS
- PREVENCIÓN
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Un accidente cerebro vascular se ocasiona cuando se detiene el flujo sanguíneo a parte del cerebro. Al no recibir oxigeno y nutrientes necesarios las células cerebrales pueden morir. Pudiendo existir unos factores que pueden aumentar el riesgo, tales como presión arterial alta, diabetes, enfermedades del corazón ,fumar, etnia o historial familiar de accidentes cerebro vasculares, Otros factores relacionadados con el riesgo de producir un ACV son el uso de alcohol, no hacer suficiente ejercicio, colesterol alto, dieta poco saludable o tener obesidad pudiendo ser modificadas o controladas por la persona sometida a dicho riesgo.

OBJETIVOS

Los signos de advertencia claves que su cuerpo envía de que su cerebro no está recibiendo oxigeno suficiente son:

- Entumecimiento súbito o debilidad facial, del brazo o la pierna, especialmente de un lado del cuerpo
- Confusión súbita, o dificultad para hablar o comprender el habla.
- Súbita dificultad para ver con uno o ambos ojos
- Dificultad súbita para caminar, mareos, o pérdida del equilibrio o la coordinación
- Dolor de cabeza grave súbito sin causa conocida.
- Determinar los síntomas para detectar que una persona esta sufriendo un ACV es de vital importancia.

PREVENCION

Estar informado sobre los factores de riesgo causantes de los accidentes cerebro vasculares,seguir las recomendaciones pautadas por el medico y adoptar un estilo de vida saludable son las mejores medidas que pueden llevarse a acabo para su prevención.

Las recomendaciones para un estilo de vida saludable son:

- Control de presión alta, es uno de los puntos mas importantes que se debe de hacer para disminuir el riesgo de tener un ACV, pues reduciendo la presión arterial se puede prevenir un accidente cerebro vascular.
- Reducir la cantidad de colesterol y grasas saturadas en la dieta, especialmente grasas saturadas y grasas trans, ayuda a reducir placa en las arterias, si esto no se consigue únicamente con cambios en la dieta, el

PREVENCION

medico puede recetar una medicación adecuada para reducir el colesterol.

- Dejar de fumar tabaco reduce considerablemente el riesgo de sufrir accidentes cerebro vasculares.
- Control de diabetes, realizando dieta, control de peso, ejercicio o medicación
- Mantener un peso saludable, pues tener obesidad se suma a padecer presión arterial alta, enfermedades cardiovasculares y diabetes, factores q incrementan el riesgo de padecer un ACV.
- Seguir una dieta mediterránea, la cual implementa el uso de aceite de oliva, las frutas, los frutos secos, los vegetales y los cereales integrales.

PREVENCION

- Hacer ejercicio pues mejora el estado general de los vasos sanguíneos y el corazón, ayudando a controlar la diabetes ya que ayuda adelgazar y controla el estrés, siendo recomendable 30 minutos de actividad la mayoría de los días de la semana.
- Beber alcohol con moderación, o no hacerlo, pues el consumo abusivo provoca un aumento de presión arterial.
- Tratar la apnea obstructiva del sueño, pues con dicho trastorno el nivel de oxigeno q recibe el cerebro durante la noche disminuye y es importante tratarlo para recibir la cantidad de oxigeno necesario durante la noche,

PREVENCION

siendo el medico quien recomiende pauta y tratamiento oportuno después de realizar un estudio adecuado.

- Evitar las drogas ilegales, pues son factores de riesgo para sufrir ACV transitorios.

CONCLUSION

- Para la prevención de un ACV es necesario efectuar cambios saludables en el estilo de vida, tales como una dieta saludable para el corazón, lograr un peso saludable, manejo del estrés, hacer actividad física regular, dejar de fumar, llevar un control medico adecuado y en ocasiones es necesario acompañarlo de medicamentos para controlar los factores de riesgo.

BIBLIOGRAFIA

- https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000678.htm
- https://espanol.womenshealth.gov/heart-disease-and-stroke/stroke/stroke-risk-factors/cant-control
- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stroke/symptoms-causes/syc-20350113
- https://www.excelsiorcalifornia.com/2014/01/31/medidas-preventivas-para-evitar-un-accidente-cerebrovascular/
- http://www.colegiomedicopr.org/como-prevenir-o-atender-rapidamente-un-accidente-cerebrovascular/

TEMA 32. PROCALCITONINA, EN LOS PACIENTES CON SEPSIS.

MARÍA ELENA AGUILERA MESEGUER
MARÍA DOLORES MORENO GARCÍA
NOELIA MANRIQUE GONZÁLEZ
LIDIA RODRÍGUEZ LÓPEZ

ÍNDICE

INTRODUCCION
OBJETIVOS
POBLACION-DIANA
RESULTADOS
METODOLOGIA

INTRODUCCION

La procalcitonina es la prohormona de la hormona calcitonina, Es un marcador precoz, sensible y especifico de la infección bacteriana y micótica, Tiene utilidad clínica en diagnostico y pronostico ya que .su concentración es proporcional a la gravedad del estado inflamatorio, aumenta a las 2-3 horas del inicio de la infección alcanzando valores máximos tras 6-12 horas y permite distinguir específicamente el cuadro de sepsis de etiología bacteriana con consecuencias sistémicas de otros procesos infecciosos o de otros cuadros inflamatorios sistémicos de origen no infeccioso Sin embargo no parece ayudar al diagnostico de la infección respiratoria por bacterias atípicas o virus

Guía la terapia antibiótica, si el tratamiento es efectivo (farmacológico o quirúrgico) la concentración de PCT disminuye progresivamente, si no es adecuado aumenta de forma continuada, es un buen indicador de la eficacia de un tratamiento, facilita el tratamiento precoz reduciendo el número de complicaciones y la mortalidad asociada., sin embargo no parece reducir la duración de la estancia hospitalaria.

En pacientes ingresados en UCI, aporta información adicional respecto al riesgo de sufrir neumonía asociada a ventilación mecánica El uso de las determinaciones seriadas podría ayudar a identificar a aquellos pacientes sépticos con mayor riesgo de muerte, permitiendo optimizar el tratamiento.

En pacientes quirúrgicos con infección post-operatoria, la elevación de PCT puede apreciarse antes que la infección sea claramente evidente guiando así la duración del tratamiento antibiótico.

En procesos de peritonitis es útil para valorar el pronóstico y efectividad del tratamiento quirúrgico.

El beneficio esperado es la reducción de la tasa de prescripción antibiótica así como la duración del tratamiento farmacológico, reduciendo el coste sanitario.

OBJETIVOS

- Contribuir a un diagnostico etiológico temprano de las infecciones del tracto respiratorio, ayudando al médico en el diagnostico diferencial entre una sepsis bacteriana y otros procesos inflamatorios sistémicos.
- Control y monitorización de enfermedades infecciosas sistémicas y evaluación de la terapia antibiótica.
- Monitorización de pacientes de riesgo (inmunosuprimidos, pacientes de UCI o cirugía mayor.

POBLACION DIANA

- Pacientes hospitalizados o usuarios en servicios de urgencias hospitalarios que cursan con infección aguda del tracto respiratorio (bronquitis aguda, exacerbación de EPOC de causa infecciosa, neumonía adquirida)
- Pacientes de riesgo o críticos en unidades de cuidados intensivos o servicios de reanimación con ventilación mecánica.
- Pacientes quirúrgicos tras patología abdominal o torácica complicada.
- Pacientes con procesos cancerosos graves.

RESULTADOS

Integrar las determinación de la procalcitonina dentro de las pruebas complementarias habituales del laboratorio para la detección del síndrome séptico ayuda a identificar a aquellos pacientes sépticos con mayor riesgo de muerte permitiendo optimizar su tratamiento.

Integrando esta determinación se simplifican los procedimientos de trabajo del laboratorio y se optimizan los protocolos institucionales de tratamiento de la dolencia, al tiempo que se reducen los gastos de funcionamiento que pudieran derivarse del mantenimiento por instrumental específico.

METODOLOGÍA

Bases bibliográficas consultadas:
PUBMED/MEDLINE, 286 RESULTADOS. Últimos 5 años.
Palabras claves: Procalcitonin test.
CINAHL, 91 resultados. Últimos 5 años. **Palabras claves:** Procalcitonina test.
CUIDENPLUS, 0 resultados. Últimos 5 años. **Palabras claves:** Procalcitonina.
ELSEVIER INSTITUCIONES PAGINA WEB, 223 resultados. Últimos 5 años. **Palabras claves:** Procalcitonina.

TEMA 33. EMBARAZO ECTÓPICO.

LEONOR FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

ÍNDICE

- - DEFINICIÓN. INCIDENCIA. TIPOS
- - FACTORES DE RIESGO
- - SIGNOS Y SÍNTOMAS
- - PRONÓSTICO
- - BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN. INCIDENCIA. TIPOS

Es la implantación y desarrollo del blastocito fuera del endometrio que reviste la cavidad uterina. Está “fuera de su sitio”, la placenta suele estar implantada en las trompas de Falopio.

Se produce en un promedio de 1 cada 200 embarazos en la población general.

Existen varios tipos de EE en función del lugar donde se haya anidado el huevo, que puede ser: trompas, ovarios, cavidad abdominal y cuello uterino. En las trompas se producen el 97% de las gestaciones ectópicas y a su vez se distinguen tres zonas donde el huevo se puede implantar: ampular, ítmica e intersticial; siendo la zona ampular la mas frecuente.

FACTORES DE RIESGO

- Enfermedad inflamatoria Pélvica (EIP)
- Cirugía tubárica previa
- Anticoncepción: ACO y DIU
- Niveles bajos de estrógenos y progesterona
- Tabaquismo
- Otras causas: pólipos, tumores, divertículos.

SIGNOS Y SINTOMAS

-Dolor: puede ser sordo, en forma de calambres, tipo cólico o punzante.

-Amenorrea: puede no estar presente y confundirse con la metrorragia. Rara vez será superior a 2 meses.

-Metrorragia: la hemorragia suele coincidir con el dolor cólico. La sangre es oscura, sin coágulos y menos abundante que la regla. Se puede ir almacenando en la cavidad peritoneal, en el fondo del saco situado entre la vagina y el recto, por lo que va a producir una sensación de presión y la necesidad de defecar en la mujer.

-Masa pélvica: en el caso en que se palpe se localiza en el fondo del Saco Douglas, es de forma redondeada y blanda.

PRONÓSTICO

- Está considerado una de las causas mas importantes de mortalidad materna, sobre 1 de cada 1000 embarazos ectópicos.
- Tras haber sufrido un embarazo ectópico un 50% no vuelve a concebir, un 15% vuelve a tener un embarazo ectópico y un 30% consiguen tener un hijo vivo

BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de trabajo en medicina de urgencias. Manual de urgencias para enfermería, Santander, Arán. 1990
- J.M. Carrera Maciá y cols. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Dexeus. Salvat. 1998

TEMA 34. REFLEJOS DEL RECIÉN NACIDO.

LUZMILA SALCAN.

EDITA RAKASIENE.

ÍNDICE

1. Definición.
2. Reflejos Primarios.
3. Reflejo de Moro.
4. Reflejo de Marcha.
5. Reflejo de succión y Deglución.
6. Reflejo de Búsqueda o Rooting.
7. Reflejo de Babinsky.
8. Reflejo de Presión.
9. Reflejo de Extensión Cruzada.
10. Bibliografía.

1. Definición.

Son movimientos primarios automáticos e involuntarios y contribuyen a que el recién nacido adquiera las habilidades controladas voluntariamente.

Estos reflejos deben desaparecer paulatinamente después de haber ayudado al bebé durante los primeros meses de vida.

2. REFLEJOS PRIMARIOS.

Si pasados los 6 meses persisten, evidencian la inmadurez del sistema nervioso y pueden impedir el adecuado desarrollo de los reflejos posturales posteriores, equilibrio, enderezamiento, caminar, etc.

Se forman durante la permanencia del bebé en el útero. Proporcionan a los especialistas pistas sobre el desarrollo del sistema neuronal del bebé

3. REFLEJO DE MORO.

Cuando el bebé tiene la sensación de caída abre completamente los brazos hacia los lados con las manos abiertas. Si tenemos un bebé en nuestros brazos y nos inclinamos 30 grados, podemos comprobar esta reacción en el bebé, se trata de un reflejo que básicamente avisa sobre el supuesto peligro de caída.

4. REFLEJO DE MARCHA.

Se observa ya en el feto a partir del séptimo mes de gestación, hasta el tercer o cuarto mes del bebe. También se lo conoce como "reflejo del andar automático" o "reflejo de la marcha primitiva".
Cuando se sujeta al bebe por las axilas y se lo pone sobre un plano recto, a partir del estimulo en la planta de los flexiona o estira sus piernas alternativamente como si quisiera caminar, con movimientos que recuerdan a la marcha.
Cuando se le sitúa frente a un escalón, el movimiento de las piernas simula la acción de subida del mismo.

5. REFLEJO DE MARCHA.

- El reflejo aparece generalmente a partir del cuarto día de vida y termina despareciendo o convirtiéndose en lo que serán los primeros ejercicios precursores de los verdaderos pasos. Si mas allá de estos primeros meses del bebe el reflejo del paso o de la marcha automática continua como conducta automática se puede considerar como signo patológico en el desarrollo.

6. REFLEJO DE SUCCIÓN.

- Este reflejo se produce cuando se toca o acaricia la comisura de la boca del bebe. El bebe vuelve la cabeza y abre la boca para seguir y "buscar" en la direccion de la caricia. Esto ayuda a encontrar el pecho materno.

7. REFLEJO DE BABYNSKi.

- Ocurre cuando el dedo gordo del pie se mueve hacia arriba y los otros dedos se abren en abanico después de estimular la planta del pie. Es normal en niños muy pequeños, pero es anormal después de los 2 años de edad. Desaparece al niño, medida que el sistema nervioso alcanza mayor desarrollo.
- La presencia del Babinski después de esta edad es un signo de daño de las vías nerviosas que conectan la medula espinal y el cerebro.
- Un reflejo de Babinski anormal puede ser temporal o permanente, en uno o ambos lados del cuerpo.

8. REFLEJO DE PRESIÓN.

- El acariciar la palma de la mano del bebé provoca el cierre de los dedos con fuerza sostenida. El reflejo de presión dura solamente un par de meses y es más fuerte en los bebés prematuros.

9. REFLEJO DE EXTENSIÓN CRUZADA.

- Estando acostado de espalda, el bebé toma una posición de esgrimista, la cabeza hacia un lado y el brazo y la pierna de ese lado extendidos y los de lado contrario doblados. Duración: puede existir al nacimiento o aparecer a los dos meses y desaparecer más o menos a los seis meses.

10. BIBLIOGRAFÍA

- **Libros: PEDIATRIA INTEGRAL XV** https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/03/Pediatria-Integral-XV-8.pdf
- **Página WEB :**https://www.guiainfantil.com/1594/los-reflejos-del-recien-nacido.html

  https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/Paginas/Newborn-Reflexes.aspx

TEMA 35. CANDIDIASIS ORAL.

NOELIA MANRIQUE GONZÁLEZ
LIDIA RODRIGUEZ LÓPEZ
MARIA DOLORES MORENO GARCÍA
MARIA ELENA AGUILERA MESEGUER

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN/RESUMEN.

OBJETIVOS.

METODOLOGÍA DE TRABAJO (Descriptores. Bases de datos. Fórmulas de búsqueda: periodo en el tiempo en el que se basan los resultados, criterios de inclusión/exclusión.).

RESULTADOS.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN.

BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN.

La candidiasis es una infección micótica (hongos) superficial que puede afectar a cualquier zona corporal, frecuente en diabéticos, embarazadas, ancianos y obesos.
El prurito suele ser intenso en ano, vulva y pliegues y las lesiones suelen ser rojeces en el fondo de los pliegues (ingles, ángulos bucales, ombligo, surco submamario, interglúteo).

Frente a lesiones: mantenerlas limpias, secas y aireadas.

Los factores de riesgo específicos para candidiasis oral son las prótesis removibles y los corticoides inhalados.

Manifestaciones.

- Muguet. Placas blancas cremosas y grumosas en la lengua. Se eliminan raspando, dejando la superficie rojiza.

- C. Atrófica. Adelgazamiento epitelial con lesión roja.

-Queilitis Angular.

Tratamientos.

-Nistatina.Prioritario. Candidiasis orofaríngea e intestinal. En adultos mantener 250000-500000 U/6H en boca 15 minutos e ingerir durante 7-14 días y hasta 48h tras remitir los síntomas. En niños < 1 año 250000 U/6h.

-Clotrimazol. Alternativa a Nistatina. Candidiasis orofaríngea y vaginal. Adultos 100mg/12h tópico bucal de 7 a 15 días y hasta 48h tras remisión.

-Miconazol. Candidiasis orofaríngea. Adultos 100mg/6h tópico bucal de 7-15 días y hasta 48h tras remisión. Niños 50mg/6h. Lactantes 25mg/6h.

-Fluconazol. Candidiasis orofaríngea. 100 mg/día de 5 a 14 días en esofagitis. Adultos 50mg (o 100mg si resistencia) /24h de 7 a 14 días.

Si esofagitis 200mg de 7 a 24h. Desaconsejado en lactancia y embarazo.

-Itraconazol. Adultos 100mg/24h durante 15 días y en SIDA o esofagitis 200mg/24h siempre 14 días.

En casos refractarios 100mg/12h de 7 a 14 días. Contraindicado en lactancia e insuficiencias hepática y/o renal.

OBJETIVOS.

Conocer los factores que favorecen la aparición de esta candidiasis para anticiparnos a la infestación o tratarla.

METODOLOGÍA.

Las fuentes tratan de 2009-2017.

Uso como descriptores “candidiasis oral” y ”tratamiento candidiasis”.

Criterios de inclusión/exclusión - manifestaciones y antifúngicos.

RESULTADOS.

Cuando es inevitable eliminar los riesgos (quimioterapia, SIDA, trasplantados de médula ósea) una adecuada dosis profiláctica con fluconazol disminuye la incidencia de estomatitis y esofagitis candidósica.

También es útil sumergir las prótesis removibles en agua con bicarbonato y llevarlas bien adaptadas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN.

Es preciso anticiparnos a ciertos factores de riesgo como antibióticos, corticoides y anticonceptivos.

BIBLIOGRAFÍA

Pág. Web.

https://medlineplus.gov>ency>article/000626.htm

Libro.

Pág. 58 de la guía práctica del manejo de fármacos en odontología 2013 de la editorial Springer Healthcare Ibérica.
Pág. 13 de la guía médica y de primeros auxilios de la editorial SAPE.

TEMA 36. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE BAJO RIESGO : ALTA PRECOZ Y TRATAMIENTO AMBULATORIO.

MONTSERRAT PIÑERA MATA

CONTENIDO

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- ALCANCE
- CRITERIOS DE INCLUSION
- TRATAMIENTO , UBICACIÓN , Y ALTA HOSPITALARIA
- EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INTRODUCCIÓN

La enfermedad tromboembólica pulmonar (TEP) constituye una enfermedad con un amplio espectro de manifestaciones clínicas, con diferente pronóstico y tratamiento.

En pacientes estables hemodinámicamente y de bajo riesgo el tratamiento ambulatorio es igual de eficaz que en pacientes hospitalizados.

Deben de cumplir siguientes requisitos:

1) Clínicamente estables con buena reserva cardiopulmonar y una escala clínica validada de bajo riesgo
2) Buen soporte social con ràpido acceso a atención médica
3) Cumplimentación esperable del tratamiento

OBJETIVOS

Cuantificar los pacientes diagnosticados de TEPA en urgencias que cumplen los criterios de bajo riesgo y pueden ser candidatos a tratamiento en domicilio.

Evaluar su evolución en Box de observación las primeras horas mediante la nueva estratificación de riesgo , recurrencias tromboembólicas , sangrados y mortalidad.

Evaluar riesgo de morbilidad/mortalidad precoz.

ALCANCE

Dirigido a todos los profesionales implicados en el manejo de pacientes diagnosticados de TEPA de bajo riesgo candidatos a tratamiento en domicilio según los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes diagnosticados de TEP en el servicio de urgencias que cumplan los siguientes criterios:
- Estabilidad hemodinámica
- Escala pronóstica PSI simplificada=0 o PSI < 85
- Troponina negativa
- NT-proBNP <600
- Ausencia trombosis venosa profunda en MMII
- No contraindicaciones tratamiento anticoagulante
- Buen apoyo familiar y acceso a servicios sanitarios

TRATAMIENTO , UBICACIÓN Y ALTA HOSPITALARIA

- Información al paciente y familiares
- Inicio tratamiento en Box de observación con vigilancia 12-24 horas : HBPM a dosis terapeúticas (1 mg/kg peso) y primera dosis antagonista vitamina K
- Reevaluación criterios de inclusión
- Citación conjunta consulta de hematología y neumología
- Informe médico completo al alta.

Evaluación y seguimiento

- Evaluación semestral de :
- Porcentaje de pacientes diagnosticados de TEP incluidos
- Porcentaje de readmisión en urgencias por el mismo diagnóstico
- Complicaciones del tratamiento
- Mortalidad

BIBLIOGRAFÍA

- Jimenez D,Aujesky d. Moores L,Gómez V ,Lobo JL ,Uresandi F ,RIETE investigator.Simplification of the Pulmonary Embolism Severity Index for prognosticating patients with acute symptomatic pulmonary embolism.Arch Intern Med. 2010;170:1383—9.
- Konstantinides S et al. Guía de práctica de la ESC sobre el diagnóstico y el tratamiento de la embolia pulmonar aguda Rev Esp CARDIOL 2015;68:64.e1e45.
- Agnelli G,Buller HR,Cohen A,Curto M,Gallus AS ,Johnson M, et al,for the AMPLYFY Investigations Oral apixaban for the treatment of acute venous thromboembolism. N Engl J Med. 2013;369:799-808

TEMA 37. ANTIGUALANTES OR: ACENOCUMAROL.

LAURA GARCÍA CARBONELL
JUAN FERNANDO CUENCA NAVARRO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- LOS ANTICUAGULANTES ORALES
- FÁRMACO ANTICUAGULANTE , ACENOCUMAROL
- CONTROL TERAPÉUTICO
- MODO DE USO
- FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA EFICACIA DEL ACENOCUMAROL
- PRECAUCIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Cuando se produce una herida en el organismo este interviene impidiendo que se produzca una hemorragia a través de la hemostasia, es decir, se produce la coagulación de la sangre.

La coagulación es el proceso por el que la sangre líquida pasa a convertirse en coágulos de sangre semisólidos, evitando de este modo que se pueda perder sangre a consecuencia de verse dañados los vasos sanguíneos. Si este proceso hemostático no existiera o estuviese dañado se produciría una hemorragia grave provocando en poco tiempo la muerte a consecuencia de una hemorragia severa.

INTRODUCCIÓN

Por el contrario, si tras sufrir un fuerte golpe o una herida hubiese una coagulación exagerada los vasos sanguíneos pueden obstruirse por la presencia de coágulos, al formarse una masa de sangre compuesta por plaquetas, proteínas y células , que no permiten que la sangre haga su recorrido, produciéndose un trombo cuando dicho coágulo se adhiere a un vaso sanguíneo, cerrando el paso, por lo tanto, de la sangre en su camino por el sistema circulatorio.

QUE SON LOS ANTICOAGULANTES ORALES

Los anticoagulantes orales son medicamentos que hacen que la sangre no se coagule. Estos fármacos también disminuyen la formación de coágulos ,disolviéndolos o evitando que los coágulos de sangre ya formados se hagan más grandes.

Los coágulos en arterias ,venas y corazón pueden ocasionar infartos ,derrames cerebrales o bloqueos.

Los anticoagulantes por su difícil manejo terapéutico siempre deben ser prescritos por un especialista y con una posología determinada indicada por dicho médico especialista.

LOS ANTICOAGULANTES ORALES

Anticoagulantes orales

- Antivitaminas K
  - Acenocumarol = Sintrom
  - Warfarina= Aldocum

- Nuevos anticoagulantes
  - Anti – Trombina
    - Dabigatran E = Pradaxa
  - Anti – Xa
    - Rivaroxaban = Xarelto
    - Apixaban = Eliquis
    - Edoxaban
    - ……

FÁRMACO ANTICOAGULANTE: ACENOCUMAROL

- El acenocumarol pertenece a los fármacos llamados dicumarínicos que actúan como antagonistas de la vitamina k clave en el proceso de coagulación.
- Este medicamento actúa sobre los factores de la coagulación dependientes de la vitamina k inhibiendo la vía extrínseca y vía común de la coagulación
- El acenocumarol es el fármaco más recetado en España en pacientes con enfermedades más comúnmente relacionadas con el corazón .

FÁRMACO ANTICOAGULANTE: ACENOCUMAROL

El anticuagulante en su forma oral y más conocido por su nombre comercial sintrom lo podemos encontrar en la actualidad en envases de 1mg o de 4 mg ,será el especialista quien prescriba la forma y o cantidad del tratamiento

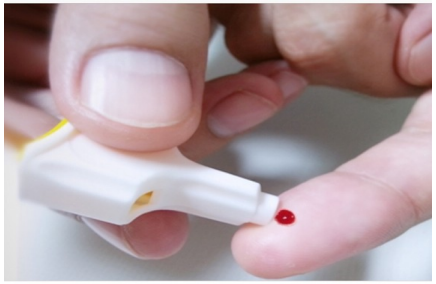
CONTROL TERAPEUTICO

El consumo indicado clínicamente de este medicamento requiere de controles en el centro de salud por parte del equipo profesional de enfermería de forma periódica ya que la acción de dicho anticoagulante no es siempre la misma, por lo que a pesar de haber tomado la dosis pautada de una forma correcta la sangre puede encontrarse más líquida o espesa de lo esperado, siendo muy importante ser evaluado por el especialista en dichos controles.

CONTROL TERAPÉUTICO

Las pruebas de control que se realizan son las llamadas pruebas de control del INR que refleja el grado de coagulación o fluidez sanguínea tras realizar una pequeña punción en un dedo de la mano recogiendo una pequeña gota de sangre que se deposita en una tira de control introducida en una máquina y da un valor mostrándonos el efecto del acenocumarol en el paciente,

CONTROL TERAPÉUTICO



Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
15/11/2010	16/11/2010	17/11/2010	18/11/2010	19/11/2010 Toma: 1/2	20/11/2010 Toma: 1/2	21/11/2010 Toma: 1/2
22/11/2010 Toma: 3/4	23/11/2010 Toma: 1/2	24/11/2010 Toma: 1/2	25/11/2010 Toma: 3/4	26/11/2010 Toma: 1/2	27/11/2010 Toma: 1/2	28/11/2010 Toma: 1/2
29/11/2010 Toma: 3/4	30/11/2010 Toma: 1/2	01/12/2010 Toma: 1/2	02/12/2010 Toma: 3/4	03/12/2010 Toma: 1/2	04/12/2010 Toma: 1/2	05/12/2010 Toma: 1/2
06/12/2010 Toma: 3/4	07/12/2010 Toma: 1/2	08/12/2010 Toma: 1/2	09/12/2010 Toma: 3/4	10/12/2010 Toma: 1/2	11/12/2010 Toma: 1/2	12/12/2010 Toma: 1/2
13/12/2010 Toma: 3/4	14/12/2010 Toma: 1/2	15/12/2010 Toma: 1/2	16/12/2010 Toma: 3/4	17/12/2010 Toma: 1/2	18/12/2010 Toma: 1/2	19/12/2010 Toma: 1/2
20/12/2010 Toma: 3/4	21/12/2010 Toma: 1/2 CONTROL	22/12/2010 Toma: 1/2	23/12/2010 Toma: 3/4	24/12/2010	25/12/2010	26/12/2010

Proximo control: 21/12/2010 Hora: 08:00

MODO DE USO

- La dosis diaria de este medicamento se debe tomar siempre de una vez y a la misma hora, se recomienda que la toma sea por las tardes ya que por la mañana se realizan de forma más habitual los controles periódicos del acenocumarol y puede tomarse de esta forma la nueva posología prescrita por el hematólogo ese mismo día en la tarde.
- Es importante tomar la dosis correspondiente una hora antes de las comidas más importantes o en su caso hasta dos horas después de dichas comidas para asegurar haber tenido tiempo de realizar la digestión y que el fármaco se absorba bien.
- Evitar los olvidos es importante, es por ello que se debe planificar siempre la misma franja horaria evitando así dichos descuidos.

MODO DE USO

- En el caso de que ocurran olvidos en la toma del acenocumarol se puede tomar a cualquier hora del día pero nunca se debe de tomar 2 dosis en un día , es por ello que se aconseja ir apuntando cada vez que se tome la dosis pues en el caso de no recordar si la tomo no aumente la dosis con las consecuencias que pueda esto tener

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ACCIÓN DEL ACENOCUMAROL

Existen medicamentos y alimentos que pueden potenciar o disminuir el efecto del acenocumarol es por ello que si se toman durante el tratamiento, se cambia la dieta o la alimentación habitual del paciente debe de ser indicado al profesional de enfermería en el próximo control del INR

Factores que intervienen en la acción del acenocumarol

- **Medicamentos potenciadores**:
- Antiinflamatorios:Ácido acetil salicílico, fenilbutazona, naproxen,metamizol,piroxicam.
- Antimicrobionos:sulfamidas,tetraciclina,neomicina,eritromicina,ciprofloxacino,clindamicina.
- Psicofármacos : antidepresivos triciclícos, paroxetina,clorpromacina.
- Otros:amiadarona,clorpropamida,climetidina,omeprazol, ranitidina,tiroxima,tamoxifeno.
- **Medicamentos inhibidores :** Rifampicina,barbitúricos,fenitoína.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ACCION DEL ACENOCUMAROL

Tabla 8. Interacciones alimentarias

Contenido alto en vitamina K	Contenido moderado/bajo en vitamina K
Coliflor	Zanahorias
Espinaca	Apio
Espárragos	Tomate
Perejil	Pepino
Guisantes	Setas
Coles de Bruselas	Cebolla
Brócoli	Cacahuete
Nabos	Pimientos
Garbanzos	Ciruela
Lechuga	Manzana
Aguacate	Margarina
	Aceite de soja
	Mayonesa
Recomendaciones:	
Restringir (no justificada la prohibición absoluta)	Recomendaciones: Consumo moderado y regular

PRECAUCIONES

- Es conveniente evitar practicar deportes de alto impacto y aquellas actividades que puedan ocasionar golpes con facilidad,
- evitar el manejo de instrumentos cortantes o que puedan causar heridas de una forma frecuente,
- en el caso de que un paciente sufra un golpe fuerte o una herida deberá acudir al servicio de urgencias mas cercano para que controlen el sangrado o posible hematoma causado tras el traumatismo

BIBLIOGRAFIA

- https://www.stoperroresdemedicacion.org/es/blog/errores-sintrom-ni-son/
- https://www.lavozdegalicia.es/noticia/ourense/ourense/2018/08/16/reclaman-pruebas-iniciales-sintrom-centros-salud/0003_201808O16C5993.htm
- http://centrodesaludfuentesnorte.blogspot.com/2018/04/preguntas-frecuentes-en-anticoagulacion.html
- https://cardiopatiascongenitas.net/temas_de_interes/farmacos/sintrom/
- https://www.vademecum.es/principios-activos-acenocumarol-b01aa07
- https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-acenocumarol-13088619

BIBLIOGRAFIA

- http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA2004_20_1.pdf
- https://es.slideshare.net/mobile/saavedrapino/tratamiento-anticoagulante-oraldefinitivo-defppt
- https://medlineplus.gov/spanish/bloodclots.html
- https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/coagulo-de-sangre
- https://www.cancer.net/es/asimilación-con-cáncer/efectos-f%C3%ADsicos-emocionales-y-sociales-del-cáncer/manejo-de-los-efectos-secundarios-f%C3%ADsicos/problemas-de-coagulación

BIBLIOGRAFIA

- https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-sangre/coagulación-de-la-sangre/cómo-coagula-la-sangre
- https://ec.europa.eu/health/scientific_committees/opinions_layman/es/primates-no-humanos/glosario/abc/coagulacion-sanguinea.htm

TEMA 38. CRIBADO NEONATAL.

ALMUDENA SUERO ÁLVAREZ
EVA PILOÑETA GONZÁLEZ
HÉCTOR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVO
- TOMA DE MUESTRA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

El cribado neonatal es una actividad esencial en la salud pública.

Permite la actuación sanitaria en los primeros días de vida, puede conducir a la eliminación o reducción significativa de morbilidad, mortalidad o discapacidades asociadas.

El cribado neonatal está basado en principios éticos, debe garantizar el acceso equitativo y universal de todos los recién nacidos, la participación informada de los padres,la protección de la confidencialidad y el acceso y el diagnóstico de todos los niños afectados por las patologías afectadas.

OBJETIVO

Diagnosticar mediante la identificación presintomática de determinados estados genéticos, endocrinometabólicos o infecciosos que amenazan la salud y la vida del recién nacido.

TOMA DE MUESTRA

La toma de la muestra se debe hacer en el talón del recién nacido impregnando papel absorvente con un volumen estandarizado. Se obtendrá la sangre de porción lateral de superficie plantar del talón. El pie debe ser masajeado para aumentar el flujo sanguíneo y se desinfecta la zona con alcohol de 70º. Dejar secar a temperatura ambiente y fuera de la luz solar.

La muestra se toma a las 48 horas de vida del recién nacido, éste parámetro es muy importante porque puede afectar a la sensibilidad y a la especificidad de la muestra.

RESULTADOS

Con los resultados de esta prueba se diagnostican una serie de enfermedades como son:
Hiperfenilalaninemias, hipotiroidismo congénito, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, hemoglobinopatías, deficiencia de biotinidasa, homocistinuria, fibrosis quística, defectos de la beta-oxidación de ácidos grasos de cadena media, tirosinemia...
Todo esto depende de que programa de cribado neonatal esté incluido en la comunidad autónoma, ya que no todos los cribados identifican todas las enfermedades.
Si el resultado del cribado es normal el laboratorio enviará una carta al domicilio familiar por correo ordinario.

- Si alguno de los parámetros supera el corte establecido el laboratorio comunicará la información por teléfono al responsable del hospital que corresponda para repetir la extracción y verificar los resultados.
- En el caso de que la determinación continue siendo positiva en la muestra de verificación el laboratorio comunicará el resultado a la unidad clínica de seguimiento inmediato de dicha comunidad, quien se encargará de dar cita al bebé para valoración y solicitud de estudios complementarios de confirmación.

CONCLUSIÓN

- Los programas de programa neonatal son fundamentales para el diagnóstico de múltiples enfermedades que hay que conocer para que los niños y niñas que la padecen tengan una calidad de vida óptima dentro de sus posibilidades.

BIBLIOGRAFÍA

- M Calero Ruiz. Cribado neonatal de errores congénitos del metabolismo. En: Curso FC “Enfermedades raras desde la perspectiva del Laboratorio Clínico”. Ed: AEBM, Madrid; 2018.
- FV Álvarez. Biblioteca de pruebas. Servicio de Bioquímica Clínica. AEG- Laboratorio de Medicina. Ed. 07. Febrero 2019
- MC García González (coord). Evaluación del Programa de cribado neonatal del Principado de Asturias, Prueba del talón. Asturias 2014-2017. Ed. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, Oviedo;2018.

TEMA 39. MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LA CONTENCION MECÁNICA EN AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

ROMINA GONZALEZ PEREZ

INTRODUCCIÓN

- En la práctica habitual de la enfermería nos encontramos con pacientes, que debido a su pluripatología o motivo de ingreso, sufren agitación psicomotriz.
- La agitación psicomotriz es un estado de excitación mental acompañado de actividad motora inadecuada. Conlleva un grave peligro para el propio paciente, familiares y personal sanitario, por lo que es necesaria la aplicación de unas medidas de seguridad mediante pautas protocolarizadas.

Objetivos

- Determinar las medidas de seguridad en la contención mecánica en el paciente con agitación psicomotriz
- Actuar de acuerdo a unas pautas protocolarizadas

Metodología

- Revisión bibliográfica en bases de datos y buscador como Google
- Revisión de protocolos de varios hospitales

Resultados

- La primera medida de contención a la que debemos recurrir es la verbal y farmacológica, y sólo cuando éstas fracasen, recurriremos a la contención mecánica(CM).
- Una vez recurramos a la CM, las medidas de seguridad que debemos establecer serán:
  -Que esté realmente indicada en beneficio del paciente.
  -Prescripción médica en la Historia clínica del paciente de contención mecánica

-Información a los familiares y consentimiento de los mismos

-Utilizar la medida menos restrictiva durante el menor tiempo posible

-Utilizar elementos homologados

- Comprobar periódicamente las contenciones y mantener al paciente semiincorporado.

Conclusión

La CM se utiliza para limitar los movimientos ya sea total o parcialmente a un paciente con agitación psicomotriz. Debe durar el mínimo tiempo posible, realizando revisiones periódicas y nunca debe ser utilizado como primera opción ni como castigo.

Debe garantizar la integridad y dignidad del paciente, y debe estar bajo prescripción médica.

TEMA 40. DEFICIT DE COBRE O ENFERMEDAD DE MENKES.

BLANCA ROSA INFANTES BUENO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- CAUSA
- SINTOMAS
- PRONOSTICO Y TRATAMIENTO
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Magnesio, calcio, hierro, potasio, cobre, elementos entre muchos otros, que además de formar parte de la tabla periódica de elementos, forman parte de nuestro organismo, o mejor dicho ayudan o regulan el funcionamiento de nuestro organismo.

El déficit de uno o varios de ellos pueden dar lugar a patologías varias, algunas pasan desapercibidas al no comprometer a nuestro sistema de manera severa, pero la deficiencia de otros, como la del cobre o enfermedad de Menkes, es mortal.

Los niños con el síndrome de Menkes, suelen tener problemas evidentes desde que nacen, (hay pocos casos documentados de su forma más leve conocida como ¨síndrome del cuerno occipital¨), y su esperanza de vida es baja aunque hoy día con tratamiento, esta se puede alagar un poco.

CAUSA

La falta de cobre o síndrome de Menkes es originado por una mutación en el gen ATP7A, que es el que se encarga de producir una proteína de gran relevancia para la regulación del cobre, necesario para muchas funciones celulares, pero que en grandes cantidades es toxico. Esta proteína se encuentra en todo el cuerpo excepto en las células del hígado.

Hasta la fecha se han encontrado más de 150 mutaciones en dicho gen que genera dicho síndrome.

Este gen es hereditario y se encuentra en el cromosoma X por lo que tiende a desarrollarse en el varón, mientras la mujer suele ser portadora.

No todos la heredan, ni todos la desarrollan, (la probabilidad es de 50% de desarrollarla y 50 % de ser portadoras) y la enfermedad se desarrolla después del nacimiento.

SINTOMAS

Los mas comunes son:

- Pelo rizado escaso y sin brillo
- Retraso del crecimiento y problema para ganar peso
- Deterioro del sistema nervioso
- Tono muscular débil
- Convulsiones

Otros sintomas que se pueden advertir son:

- Bebes prematuros
- Baja temperatura
- Bajo nivel de azúcar en sangre
- Ictericia
- Pecho hundido
- Espolones óseos
- Etc.

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

El pronóstico es malo, la gran mayoría fallecen antes de los 10 años (generalmente sobre los 3 años).
Los métodos actuales de cribado neonatal y la detección precoz es poco frecuente a causa de que los signos y síntomas clínicos son difíciles de identificar, a causa de lo cual el tratamiento no se empieza lo suficientemente temprano para poder beneficiarse significativamente del mismo.

No existe cura.
El tratamiento más común son las inyecciones de cobre...la pronta administración del cobre puede alagar la vida del niño, aunque no todos responden del mismo modo ni con la misma efectividad.
Las inyecciones pueden ser intravenosas o subcutáneas, ya que la administración oral del cobre no es posible debido a que los intestinos no lo absorben.
Hay estudios que determinan que en algunos casos en que el tratamiento empezó antes de los 10 primero días de vida no hubo problemas neurológicos.
Otros tratamientos pueden incluir:

- Penicilamina: se administra junto al cobre para evitar el exceso del mismo.
- Vitamina C: para que el efecto del cobre sea más efectivo.
- Vitamina E.
- Dietas adecuadas a este tipo de enfermedad.
- Inserción de tubo de alimentación.
- Cirugía en la vejiga para eliminar la obstrucción causada por acumulación de cobre.

Se siguen estudiando tratamientos más efectivos.

BIBLIOGRAFÍA

- https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/12857/enfermedad-de-menkes
- https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/menkes/informacion/Pages/sintomas.aspx
- https://ghr.nlm.nih.gov/gene/ATP7A
- https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Expert=565&lng=ES

TEMA 41. GRIPE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

EDUARDO IBÁÑEZ TOMÁS

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN
- 1.1 EPIDEMIOLOGÍA
- 1.2 CLÍNICA
- 1.3 DIAGNÓSTICO
- 1.4 TRATAMIENTO

2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

3 BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La gripe pertenece al grupo de las enfermedades víricas respiratorias, producida por diferentes géneros del virus *Influenza* A, B y C, Thogoto e Isavirus, sin que éste último afecte al ser humano.

En España, desde 2009 es considerada una Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO).

Anualmente la vacuna, requiere de una revisión para hacer frente a la nueva cepa invernal, suponiendo la principal medida de prevención especialmente en personas con factores de riesgo.

1. INTRODUCCIÓN
1.1 Epidemiología

La gripe se produce frecuentemente de forma:

- **Epidémica** (aparición súbita en tiempo y espacio limitado).
- **Pandémica** (rápida difusión limitada en tiempo e ilimitada en espacio).
- Es posible encontrar casos esporádicos (sin continuidad, cada 1-3 años).

Su **máxima incidencia** sucede en **otoño e invierno**.

A lo largo de los años, numerosas pandemias han provocado una elevada mortalidad con alto impacto en la salud pública y en la economía.

1. INTRODUCCIÓN
1.2 Clínica

El **cuadro clínico** más típico producido por el virus de la gripe aparece de forma súbita y se caracteriza por:

- Fiebre asociada a escalofríos de difícil control.
- Cefalea de inicio posterior a la fiebre.
- Pequeñas adenopatías cervicales.
- Mialgias, astenia y malestar generalizado.
- Manifestaciones digestivas como hiporexia y ocasionalmente vómitos.
- Manifestaciones neurológicas.
- Manifestaciones respiratorias, las más relevantes con presencia de tos seca, roncus, sibilancias, congestión nasal, rinorrea, odinofagia, etc

1. INTRODUCCIÓN
1.3 Diagnóstico

El **diagnóstico virológico** se realiza a partir del **cultivo vírico y/o técnicas moleculares e inmunológicas.**

Recogida de muestras: frotis de faringe o nasofaringe y lavados o aspirados nasales o bronquiales (conservarse en un medio adecuado: salino a pH neutro para reducir el crecimiento de bacterias que integran la microbiota acompañante y a una temperatura de 4°C).

2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los principales cuidados de enfermería van a estar dirigidos a **prevenir y proteger a la población en general** y especialmente a aquella más vulnerable.

Una vez instaurado el **cuadro de gripe**, los cuidados irán encaminados hacia el **alivio de la sintomatología asociada y la prevención de sus complicaciones.**

2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Medidas preventivas:

- **Cuidados higiénico-dietéticos:**
  - Higiene de manos
  - Ventilación de vivienda y limpieza superficies: pomos, mandos a distancia, etc
  - Evitar saludos con besos y manos
  - Mantener vida sana: ejercicio moderado, dieta equilibrada, beber agua y evitar hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y/o drogas).

2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Medidas preventivas:

- **Vacunación:**
  - Mayores de 65 años
  - Personal sanitario
  - Personal institucionalizado y sus cuidadores
  - Personas con enfermedades crónicas e inmunosuprimidos (VIH, asmáticos, obesidad mórbida,etc)

Contraindicaciones:

Enfermedad febril

Hipersensibilidad a componentes de la vacuna como el huevo.

2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Cuidados al paciente con Gripe:

Objetivo: paliar sintomatología como fiebre, vómitos, diarrea, congestión y dolores corporales.

- Reposo en habitación adaptada a la estación climatológica
- Recomendación de analgésicos, antipiréticos y mucolíticos.
- Insistir en la hidratación, sobre todo en casos de vómitos y diarrea.
- Lavados de nariz con suero fisiológico para evitar la congestión.

3.BIBLIOGRAFÍA

- Ortiz R, Tamames S. La gripe y las vacunas frente a la gripe. Presente y Futuro. Revista de Pediatría de Atención Primaria. 2014;16:253-8.
- LeMone P, Burke K. Enfermería médico-quirúrgica: Pensamiento crítico en la asistencia de paciente. Asistencia de enfermería de los pacientes con trastornos respiratorios superiores. Volumen II. 4ª edición. Madrid: Pearson-Prentice Hall; 2009.
- Instituto de Salud Carlos III. Informe de Vigilancia de la Gripe en España. Temporada 2017- 2018. Sistema de Vigilancia de la Gripe en España.
- Eiros MJ, Ortiz R, Tenorio A, Casas I, Pozo F, Ruiz G, et al. Diagnóstico microbiológico de las infecciones virales respiratorias. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2009;27(3):168-177.

TEMA 42. ÚLCERAS POR PRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL.

MANUEL FERRANDI LÓPEZ
PILAR MARTÍNEZ DE LA ROSA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGÍA
4. RESULTADOS
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión constituyen un problema de salud que afecta a un porcentaje importante de la población y que además supone un importante coste sanitario.

Se pueden presentar clínicamente de distintas formas; desde una pérdida superficial de la piel hasta la destrucción progresiva de tejidos profundos, adiposo, músculo, hueso y articulaciones e incluso si progresan tendrán consecuencias fatales.

En su etiología se encuentran implicados tanto factores neuropáticos como fuerzas de deslizamiento, pero hay que tener presente que el factor más importante para su desarrollo es la propia presión no aliviada durante largos periodos , lo que disminuye el riego de la zona (García 2010).

1. INTRODUCCIÓN

En nuestra práctica clínica, las úlceras por presión (UPP) presentan una alta prevalencia y tienen importantes repercusiones, tanto sobre el propio paciente como sobre el sistema de salud. Suponen problema de salud pública, que afecta a todos los niveles asistenciales (determinando un aumento importante en el gasto sanitario y en las estancias hospitalarias).

La presencia de úlceras por presión se asocia con un incremento de la morbilidad y mortalidad. En diversos estudios revisados se describe una probabilidad de 4 a 6 veces mayor de muerte en pacientes que presenten UPP (Allman, Laprade, Noel, Walker, Moorer y Dear, 1986). También se ve afectada la calidad de vida por el dolor y modificación de la imagen corporal.

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones locales y generales son más prevalentes, requiriendo más tiempo de hospitalización. Los pacientes con mayor incidencia de úlceras por presión son personas mayores. Su aparición se relaciona, en su mayoría, con complicaciones importantes como: dolor, infección, sepsis e incluso muerte.

Como ya hemos dicho, las UPP constituyen un problema que nos encontramos a diario y que involucran a distintos profesionales de la salud (médicos, enfermeros, auxiliares, etc) por lo que es esencial una prevención adecuada que evite su aparición o evolución, un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.

1. INTRODUCCIÓN

Según la revisión de distintos estudios, la prevalencia varía entre el 3,3%.17% en personas mayores no institucionalizadas, del 7,7%- 26,8% en residencias, del 22%-57,1% en ingresos hospitalarios o del 14,7%- 23% en pacientes incluidos en Programas de Atención Domiciliaria de Atención Primaria (Álvarez, Del Río, Planas, García de Lorenzo, Calvo y cols 2008; Soldevilla, Torra y Verdú, 2006; Casimiro, García de Lorenzo y Usan, 2002). Aunque conforme más actuales son los artículos revisados menor es la prevalencia. En uno de los estudios revisados más actuales (Soldevilla, Torra, Verdú y López, 2009), donde se revisan pacientes en distintas instituciones los resultados son los siguientes: la prevalencia va desde un 5% en pacientes controlados desde atención primaria/domiciliaria a un 7% aproximadamente en hospitalizados/institucionalizados.

1. INTRODUCCIÓN

De ellos las mayoría presentan lesiones en el estadio II, estando localizadas principalmente en sacro. Parece que nos encontramos ante una tendencia a ir disminuyendo la incidencia de UPP, aunque éstas siguen constituyendo un importante problema de salud pública.

Es muy importante una prevención primaria, y no sólo una intervención sobre las lesiones ya existentes. Por lo tanto, es primordial valorar el riesgo de presentar este tipo de lesiones e identificar personas que necesiten medidas de prevención y analizar los factores específicos que los ponen en situación de riesgo (Santoja, Burguete y Cebrián, 1997). Para ello se utilizan las escalas de valoración del riesgo. Hemos encontrado, tras una revisión bibliográfica, distintas escalas para analizar dicho riesgo.

1. INTRODUCCIÓN

Entre las validadas, existen las siguientes: Braden (Blümel, Tirado, Schiele, Schönffeld y Sarrá, 2004), Norton (García, Pancorbo, Soldevilla y Blasco, 2008), EMINA (García et al, 2008), Waterlow (García et al, 2008) y Cubbin Jackson (García et al, 2008).

Las úlceras pueden presentarse en distintos estadios, según la evolución. Nos encontramos distintas clasificaciones atendiendo a la evolución. Según la clasificación propuesta por la Agencia para Programas e Investigaciones de los Cuidados de Salud de Estados Unidos (AHCPR) (Keller, Wille, Van Ramshorst y Van der Werken 2001; López, Fuentes, Ruíz, Verdú y Torra 2004), nos encontramos:

1. INTRODUCCIÓN

-Estadio I: Eritema que no cambia de color con la presión, piel íntegra.
-Estadio II: Afectación del grosor de la piel, que puede afectar a epidermis y/o dermis.
-Estadio III: Afectación de toda la piel y lesión del tejido subcutáneo, incluso alcanzando la aponeurosis.
-Estadio IV: Se produce una necrosis de todo el tejido, daño de estructuras profundas como músculo, hueso y estructuras de sostén.

Pero no sólo van a ser causadas por la propia presión ejercida. Dentro de los factores de riesgo relacionados con la aparición de úlceras por presión cabe destacar: factores mecánicos (fricción/compresión), la inmovilización, la alteración de la consciencia y la malnutrición.

1. INTRODUCCIÓN

En el tratamiento de las úlceras hay que tener en cuenta por tanto distintos abordajes: Sistémico (nutricional, estabilización del paciente, constantes, parámetros analíticos, etc), local (conservador o quirúrgico) o ambos.

Por lo tanto, ante un paciente con UPP o riesgo de padecerlas debemos tener en cuenta las siguientes medidas (García, Pancorbo, Soldevilla y Blasco, 2008):

- MANEJO DE LA PRESIÓN: Mediante cambios posturales y superficies adecuadas, estáticas y dinámicas: colchonetas de aire alternante, cojines visco elásticos, etc .
- CUIDADOS DE LA PIEL: Mantener una adecuada hidratación y elasticidad, que le permita resistir a las fuerzas externas de presión y fricción.

1. INTRODUCCIÓN

-INTERVENCIÓN NUTRICIONAL ADECUADA: Según estado físico basal y patología del paciente, que incluye: valoración del estado nutricional, determinar los requerimientos nutricionales, administración de nutrientes/suplementación, monitorización de la ingesta nutricional.

-TRATAMIENTO SOBRE LA PROPIA ÚLCERA:

Tratamiento conservador: Con el fin de obtener un área limpia. Se emplean fármacos que realicen un desbridamiento enzimático, y otros que promuevan la proliferación celular y la epitelización.

Tratamiento quirúrgico: Para ello debemos de presentar al paciente en situación clínicamente estable para afrontar una cirugía. El área de la lesión no debe tener tejido necrótico y sí tejido de granulación sano con evidencia de tejido cicatricial

1. INTRODUCCIÓN

en los bordes. Existen distintos procedimientos dentro de la cirugía plástica y se elegirá uno u otro en función de la localización de la úlcera, del estado del paciente, su nivel de motivación y su educación.

En esta revisión nos vamos a centrar en la valoración nutricional del paciente, ver su repercusión y medidas a tomar.

2. OBJETIVO

Se ha realizado esta revisión con la finalidad de recoger toda la documentación necesaria para desarrollar e iniciar un estudio de investigación sobre los pacientes ingresados en un centro geriátrico. En ellos se va a valorar la presencia al inicio o durante el estudio de úlceras por presión y su relación con los distintos factores de riesgo. Con este estudio pretendemos establecer, si existe, como llegan a la conclusión numerosos estudios, una relación directa entre la aparición o la evolución de las úlceras por presión con el estadio nutricional del paciente y si existen cambios ante una intervención sanitaria y dietética.

3. METODOLOGÍA

Para la realización del presente estudio se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos, de ciencias sociales y de salud como son: Scielo, PubMed, Medline, Science Direct.

Los descriptores utilizados fueron: “úlceras por presión”, “tratamiento”, “nutrición”. Se han introducido en español y en inglés para la obtención de la mayor bibliografía posible. En la mayoría de los casos la fuente seleccionada fueron revistas científicas. Inicialmente se marcó un filtro para la fecha de las publicaciones pero los datos obtenidos fueron insuficientes por lo que no se aplicó dicho filtro.

Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo y observacional.

3. METODOLOGÍA

La población a estudio son todos los pacientes ingresados en un centro geriátrico de la ciudad de Oviedo. Son un total de 87 pacientes (30 en unidad de día). Estos pacientes son controlados además de por el personal de la propia residencia, por un médico y una enfermera pertenecientes al centro de salud correspondiente. A fecha 1 de marzo de 2018 presentan UPP 5 pacientes y heridas superficiales 10. A todos los pacientes se les va a realizar valoración del estado físico, analítica (hemograma y proteinograma) al comienzo y al final (marzo de 2019), seguimiento de todos ellos (con actuación sobre las úlceras ya existentes y prevención o detección de otras de nueva aparición) e intervención dietética/sanitaria si es necesario. Se analizarán variables como: edad, sexo, IMC, presencia o no de UPP, respuesta a intervención sanitaria y dietética, tipo de nutrición y resultados analíticos.

4. RESULTADOS

Tras un análisis de numerosos artículos, vemos como cada vez cobra más importancia el abordaje precoz de las UPP para así reducir el impacto sobre la salud del paciente y sobre los coste sociosanitarios. La prevalencia de UPP es muy similar en todos los artículos revisados, reduciéndose significativamente en los últimos años, presentando actualmente una media de 5% en atención domiciliaria a un 7% en pacientes hospitalizados (Álvarez del Río, Planas, García, García de Lorenzo, Calvo y cols 2008; Soldevilla, Torra y Verdú, 2006; Soldevilla, Torra, Verdú y López, 2009).

Como ya se ha explicado, con esta revisión se pretende centrarnos en la nutrición como punto clave para el control de las úlceras. Ante este tipo de pacientes podemos plantearnos realizar una intervención nutricional antes de que se desarrolle la úlcera (prevención primaria) o cuando la úlcera ya está establecida (prevención secundaria).

4. RESULTADOS

Definimos desnutrición como “el estado nutricional en el que una deficiencia de energía, proteínas y otros nutrientes causa efectos adversos medibles en la composición y función de los tejidos/órganos y en el resultado clínico”. Ésta sigue siendo una de las causas más frecuentes de mortalidad y uno de los indicadores de salud más importantes puesto que conlleva importantes consecuencias sociosanitarias y económicas (Álvarez, Del Río, Planas, García, García de Lorenzo y Calvo, 2008).

Es importante destacar (Santonja, Burguete y Cebrián, 1997) que, la nutrición, adecuada o no, juega un papel fundamental en la aparición de UPP; por lo que nos encontramos ante un factor principalmente reversible, dado que según se demuestra en algunos estudios , existe una relación directa entre desnutrición severa y riesgo de desarrollo de UPP.

4. RESULTADOS

Un mal estado nutricional y de hidratación, un bajo peso y la hipoproteinemia favorecen una fragilidad en la piel que la hace más sensible a factores extrínsecos, como es la presión. Un buen soporte nutricional y de hidratación no sólo favorece la cicatrización de las úlceras, sino que también puede evitar la aparición de éstas, al igual que las complicaciones locales, como la infección, teniendo pues un efecto preventivo y curativo a la vez.

Hablamos de desnutrición clínicamente severa cuando los niveles en suero de albúmina son menores de 3,5 mg/dl, los linfocitos totales menores de 1800/mm3, o en caso de descenso del peso corporal en más de un 15%.

Por tanto, es esencial un adecuado aporte de macro y micronutrientes en este tipo de patología , que le ayudarán a cicatrizar o reducir el área de la herida, suponiendo un incremento

4. RESULTADOS

promedio de sus necesidades energéticas de 500 Kcal. En una dieta para un paciente que presente este tipo de lesiones debemos incluir al menos:

- Aporte hídrico de 1cc de agua/kcal/día que corresponde a unos 30cc agua/día/Kg peso.
- En cuanto a proteínas, es necesario inicialmente un aporte hiperproteico; aproximadamente 1,2 a 1,5 g de proteína/Kg de peso ideal, lo que representa aproximadamente un 20% de las necesidades calóricas. Tenemos que tener en cuenta que durante la cicatrización aumenta la síntesis proteica en la zona de la herida. Dosis de arginina entre 17 y 24 gr mejoran el depósito de colágeno en las heridas y aumentan la resistencia a la tensión , estimula la secreción de los factores de cicatrización de heridas, mejora la función inmunitaria y sirve como precursor del óxido nítrico (NO).

4. RESULTADOS

-Se recomiendan un 55-60% del total de las calorías de hidratos de carbono, con un alto aporte de hidratos de carbono complejos. Los hidratos de carbono de absorción lenta evitan picos de glucemia para que así no se produzcan fenónemos de glicosilación proteica.

-Las grasas representarán un 20-25% , y son fundamentales en los procesos de cicatrización. Los ácidos grasos esenciales como los ácidos linoelico y linolénico con componentes fundamentales de las membranas celulares, sobre todo en una situación de alto recambio tisular como es la cicatrización de una úlcera. Los ácidos grasos de la serie omega 3 son fundamentales en procesos antiinflamatorios, inmunomodulares y vasodilatadores.

-Dentro de las vitaminas y minerales caben destacar: la vitamina C; es esencial como cofactor de la síntesis de colágeno y para mantener la función inmunológica. Las recomendaciones internacionales se sitúan en los sujetos sanos en 75 mg/día (mujeres) y 95 mg/día (varones).

4. RESULTADOS

con un límite tolerable de 2g al día. La vitamina A promueve la diferenciación de los fibroblastos, la síntesis de colágeno y reduce las infecciones de las heridas. Con respecto a la vitamina K es necesaria como cofactor para la síntesis de factores de coagulación, siendo producida normalmente por las bacterias del intestino. Los pacientes que reciben antibioterapia, como puede ser el caso de úlceras por presión infectadas, van a disminuir la producción endógena de vitamina K precisando suplementación.

- Respecto a los minerales, el hierro está implicado en la hidroxilación de la prolina y lisina, fundamentales para la síntesis de colágeno. La anemia ferropénica va a producir una disminución de la oxigenación tisular, así como una reducción en la actividad bactericida de los leucocitos. El zinc se encuentra implicado como coenzima en multitud de vías metabólicas y procesos de división celular, aunque hay que evitar dosis altas ya que parece estar relacionado con episodios de diarrea, alteraciones del sistema imunológico y

4. RESULTADOS

en el metabolismo del cobre.

Estos aportes se podrán suministrar en su dieta diaria, y en caso de que ésta no cubra las necesidades del paciente, se recurrirá a suplementos hiperproteicos de nutrición oral para evitar situaciones carenciales. Distintos laboratorios presentan fórmulas especialmente diseñadas para pacientes con UPP (Kronde, Lau, Eoleman y Stocker, 2003; Martínez, Llerena, Reyes, Vignier y Fernández, 2008).

Por lo tanto, es esencial una intervención nutricional para así evitar o corregir la malnutrición proteico-energética. Por todo ello, durante toda su estancia en las instituciones sanitarias, o incluso en su domicilio, es esencial una valoración y seguimiento del paciente, reevaluándose de forma periódica.

4. RESULTADOS

Las prevalencias de desnutrición, riesgo de desnutrición y/ o presencia de lesiones de UPP identificadas contrastan con el escaso número de personas que se benefician de un aporte nutricional suplementario. Pero como ya hemos insistido, las intervenciones nutricionales han demostrado su utilidad en personas mayores con desnutrición , tanto por mejorar esta misma como en la reducción de la mortalidad. Junto a las estrategias de educación nutricional, de prevención primaria y secundaria es muy importante poder tener acceso a un aporte nutricional suplementario en caso de ser necesario. Una vez valorado el paciente y establecidos los requerimientos, tanto en cantidad (cálculo de las calorías) como en calidad de las mismas (aporte de aminoácidos, líquidos, oligoelementos, etc), se determinará la fuente de administración.

5. DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Tras la revisión bibliográfica de diversos artículos científicos y otros estudios como son los realizados por Santonja y cols, podemos concluir que, la presencia de úlceras por presión generan un aumento de la morbimortalidad y que una prevención primaria de dichas úlceras y un control del estado físico y analítico de los que ya la padecen es primordial para mejorar su evolución y reducir su incidencia.

Tras valorar las evidencias existentes hasta el momento, a través de diversos estudios ya citados con anterioridad (Santonja, Burguete y Cebrián, 1997; Kronde, Lau, Eoleman y Stocker, 2003; Martínez, Llerena, Reyes, Vignier y Fernández, 2008), llegamos a la conclusión de que la suplementación nutricional, con independencia de los micronutrientes empleados, produce una disminución del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes de riesgo. Sin embargo, hay mayor ambigüedad en cuanto a los estudios y revisiones de prevención secundaria.

5. DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

aunque parece que suplementos enriquecidos en arginina, Zinc y vitamina C aceleran la cicatrización de estas úlceras.

Con todo ello, lo que se pretende no es sólo una mejor calidad de vida de los pacientes si no un impacto menor de las UPP en el coste sanitario.

Con toda la información recabada hemos iniciado un estudio en el centro geriátrico ya citado para así trasladar estos conocimientos y evitar la aparición o mejorar la evolución de lesiones ya existentes y comparar los resultados iniciales con los obtenidos tras la intervención de nuestro equipo.

6. BIBLIOGRAFÍA

-Allman, RM, Laprade C, Noel L, Walker JM, Moorer CA y Dear, MR (1986). Pressure sores among hospitalized patients. Ann Int Med, 105, 337-42.

-Álvarez J, Del Río J, Planas M, García P, García de Lorenzo A, y Calvo V (2008). Documento SENPE- SEDOM sobre la codificación de la desnutrición hospitalaria, 23, 536-40.

-Blümel J, Tirado K, Schiele C, Schönffeldt G y Sarrá S (2204). Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. Revista médica de Chile, 132(5), 595-600.

-Casimiro C, García de Lorenzo, A y Usan L (2002). Prevalence of decubitus ulcer and associated risk factors in an institucionalised spanish elderly population . Nutrition 18(5).

-Díaz L (2008). Úlcera por presión y estado nutricional en el paciente grave en el Hospital Naval. Revista cubana de medicina intensiva y emergencias, 7 , 1009-1019.

6. BIBLIOGRAFÍA

-García FP, Pancorbo PL, Soldevilla JJ y Blasco C (2008). Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos, 19(3), 136-144.

-García M (2010). Recomendaciones nutricionales en caso de úlceras por presión y heridas crónicas. Sociedad andaluza de nutrición clínica y dietética.

-Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GENEAUPP). 2003. Directrices generales sobre tratamiento de las úlceras por presión. Logroño.

-Keller BP, Wille J, Van Ramshorst B y Van der Werken, C (2002), Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risk and prevention . Intensive Care Med, 28(10), 1379-1388.

-Kronde M, Lau D, Eoleman P y Stocker G (2003). Tailoring of nutritional support for older adults in the community. J Nutr Elder 23(2), 17-32.

6. BIBLIOGRAFÍA

-López P, Fuentes G, Ruíz A.L, Verdú J, Torra i Bou JE. (2004). Estudio para determinar la incidencia de UPP en pacientes a quienes no se les pueden practicar cambios posturales. Actas del V simposio nacional sobre úlceras por presión. Oviedo. Convatec. S.A.

-Martínez N, Llerena M, , Reyes S, Vignier F y Fernández Gutiérrez M (2008). Úlcera por presión y estado nutricional en el paciente grave en el hospital naval . Rev Club Med Int Emerg, 7(1), 1009-1019.

-Santonja P, Burguete MD y Cebrián DJ (1997). Identificación de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes ingresados en unidades críticas . Gerokomos, 8(22), 14-22.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Soldevilla JJ, Torra i Bou J, Verdú J (2006). Segundo estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España. 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos, 17(3), 154-72.
- Soldevilla JJ, Torra i Bou J, Verdú J y López P (2009). Tercer estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes.

TEMA 43. GINECOLOGIA: POLIPOS UTERINOS.

GEMA MARIA BERNAL ALONSO
MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ UNZUA

ÍNDICE

DESCRIPCIÓN
SINTOMAS
DIAGNOSTICO: PRUEBAS
TRATAMIENTOS
FACTORES DE RIESGO
BIBLIOGRAFIA

DESCRIPCIÓN

El endometrio es el recubrimiento de la parte interior del útero. El crecimiento excesivo de las células de este revestimiento produce la formación de pólipos endometriales. Se adhieren a la pared del útero por medio de una base grande o de un tallo delgado. Varían en tamaño, de varios milímetros a varios centímetros. Puedes tener uno o varios pólipos. En ocasiones se deslizan por la abertura del útero hasta la vagina. El pólipo endometrial esta recubierto de epitelio y formado por una cantidad variable de estroma, vasos sanguíneos y glándulas endometriales que responden a estímulos hormonales. Los pólipos endometriales son tumores benignos y es una patología relativamente común. Son formaciones constituidas por tejido endometrial que no se desprenden durante la regla, sino que permanece unida a la pared uterina.

SINTOMAS

Sangrado uterino anormal:
- Menorragia: períodos demasiado abundantes
- Metrorragia: sangrado no relacionado con la menstruación

Sangrado vaginal poscoital
Sangrado menstrual irregular
Sangrado entre períodos menstruales
Sangrado vaginal después de la menopausia
Esterilidad. Problemas para quedarse embarazada.
Algunas mujeres solo tienen un leve sangrado o manchas, para otras, la mayoría, son asintomáticos y son descubiertos de forma casual durante las exploraciones rutinarias.

DIAGNOSTICO
PRUEBAS

El médico puede realizar alguna de las siguientes pruebas:

-Ecografía transvaginal: introduce la sonda del ecógrafo en la vagina para emitir ondas sonoras y crear una imagen del útero incluido su interior.

-Histerosonografía: se realiza una ecografía después de distender la cavidad uterina con suero fisiológico o agua destilada.

Histeroscopia: Es el método diagnóstico de confirmación. Se introduce una cámara microscópica en el útero y permite la toma de biopsias.

Biopsia endometrial: mediante un catéter, el médico succiona dentro del útero para tomar un espécimen que se analizará en el laboratorio.

Ultrasonido tridimensional : provee imágenes tridimensionales

TRATAMIENTO

La mayoría de los pólipos se deben extraer debido al pequeño riesgo de cáncer. El médico podría recomendarle:

Conducta expectante: los pólipos pequeños sin síntomas pueden resolverse por sí solos.

Medicamentos: ciertos medicamentos hormonales como los gestágenos y los agonistas de la hormona liberadora de la gonadotropina pueden reducir los síntomas, aunque suelen regresar al dejar el medicamento.

Extirpación quirúrgica: la polipectomía (extirpación del pólipo) bien mediante legrado o raspado uterino, o mediante resección por histeroscopia. Está indicada en pólipos asintomáticos mayores de 1 cm y es imprescindible en pacientes estériles o que se van a someter a tratamientos de reproducción asistida. La histerectomía (extirpación del útero completo) es una alternativo si hay alto riesgo de malignidad.

FACTORES DE RIESGO

La causa específica que los produce no es bien conocida. Sin embargo existen una serie de factores que pueden incrementar el riesgo de desarrollar pólipos:

Los pólipos uterinos son sensibles al estrógeno, es decir, crecen en respuesta al estrógeno circulante , a niveles altos de estrógenos aumenta el riesgo de desarrollarlos.

Estar en etapa perimenopáusica o posmenopáusica

Tener presión arterial alta (hipertensión).

Ser obeso

Edad, a mayor edad, más riesgo. Más común en mujeres de entre 40 y 65 años.

Historial familiar de síndrome de Lynch o síndrome de Cowden (afecciones genéticas hereditarias).

Tomar tamoxifeno (medicamento para el cancer de mama).

Sufrir una inflamación crónica de utero.

BIBLIOGRAFÍA

Páginas WEB:

Pólipos uterinos Síntomas y causas-Mayo Clinic [actualizado el 15 Enero 2019]. Disponible en : https://www.mayoclinic.org>

Preguntas frecuentes sobre pólipos endometriales-CuidatePlus-Marca [actualizado 27 Enero 2017] Disponible en: https://cuidateplus.marca.com>

Pólipos uterinos, qué son -Salud al día Web consultas [actualizado 17 marzo 2017] Disponible en https://www.webconsultas.com

Pólipos en el útero e infertilidad_Sanitas [actualizado 2019] Disponible en: https://www.sanitas.es>ginecologia

Pólipos del útero I Centro Médico Teknon [actualizado en 2019] Disponible en : www.teknon.es>polipos-utero

BIBLIOGRAFÍA

Páginas WEB:

Pólipos endometriales: MedlinePlus , enciclopedia médica [actualizado 31 julio 2019} Disponible en : https://medlineplus.gob>article

Pólipos en el útero, ¿qué necesitas saber? Centro Ginecológico Lúa [actualizado 8 Noviembre 2018] Disponible en : https://www.centroginecologicolua.com>

TEMA 44. IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN PREMATUROS.

ROMINA GONZÁLEZ PÉREZ

EVA RIDOCCI OLMO

RESUMEN

La prematuridad debido a su alta incidencia es un problema de salud pública,
aunque
los
continuos avances han aumentado la supervivencia de los recién nacidos prematuros.
La leche materna ,es el alimento idóneo que mejor se adapta a las necesidades
del recién
nacido pretérmino consiguiendo una nutrición adecuada.
La comunicación entre el
profesional y la madre lactante,cobra más importancia
cuando
se trata de madres de niños prematuros por su han a pasar por una experiencia
complicada en el desarrollo de sus hijos y van a necesitar, mucho apoyo e información

INTRODUCCION

Cuando una pareja decide tener un hijo,se imagina que será un bebé a término,sano,activo,que se incorporará a la familia de inmediato. Estas expectativas se truncan si el bebé nace antes de tiempo. El bebé prematuro será separado de sus padres y se le colocará en una incubadora.
Ante esta situación,es probable que los padres experimenten sentimiento de “duelo”,culpa,y/o preocupación. En estas condiciones,sera difícil establecer vínculos afectivos entre los niños prematuros y sus padres

Un bebé prematuro es el que nace antes de las 37 semanas de gestación y cuya patología predominante es la prematuridad. Va a tener una inmadurez del reflejo de succión y en la coordinación con la deglución .

Los prematuros necesitan atención médica especial en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

OBJETIVOS

-Profundizar sobre lactancia materna y recién nacido pretérmino .
-Recoger aspectos más importantes para realizar una adecuada Consejería en lactancia materna por parte de los profesionales y dirigida a niños prematuros ofreciendo una información veraz,unificada y humanizar a a las familias .
-Mejorar la comunicación de los profesionales hacia los padres del recién nacido prematuro
-Sensibilizar a los profesionales acerca de la prematuridad y el beneficio de la lactancia materna en el bebé prematuro
-Ofrecer información acerca de las técnicas llevadas a cabo en prematuros para el establecimiento de la lactancia
-Aconsejar acerca de las mejores posturas en el adelantamiento del bebé prematuro

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema del estudio en las principales
bases de datos
PUBMED:
MEDLINE
BIOETHICSLINE
EMBASE
INDICE MÉDICO ESPAÑOL:
THE COCHRANE LIBRARY

BIBLIOGRAFÍA

1.Rellan Rodríguez S, García de Ribera C, Paz AragónGarcía M. El recién nacido prematuro. [En línea]. Asociación Española de Pediatría.2ª ed. Madrid: 2008. [accesado 20 Mar 2014]. Disponible en:http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia
2.Organización Mundial de la Salud. Consejería en lactancia materna:Curso de capacitación. Ed.rev:Agosto,1998.Ginebra;1993.
3.Martin L. Características de la leche materna para los bebés prematuros.En: II Simposio Internacional sobre Lactancia Materna. Hotel Ercilla;17-18 deilbao. La liga de la leche de Euskadi .2005.
4.Kathleen H. El libro esencial para madres lactantes.
6ª Ed. Boston, Massachusetts:Harvard Common Press; 2010.
5.E. La Orden Izquierdo, E. Salcedo Lobato, I. Cuadrado Pérez, M. S. Herráez Sánchez y L. Cabanillas Vilaplana. Retraso de la adquisición de la succión-deglución-respiración en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz. Nutrición Hospitalaria 2012;27(4):1120-1126.

TEMA 45. ENFERMERA GESTORA DE CASOS.

MÓNICA FERNÁNDEZ FALCÓN

El modelo de gestión de casos mejora la atención integrada, coordinada y continuada. La enfermera gestora tiene una visión integral orientada a cubrir necesidades y fomentar el autocuidado.

Las enfermeras gestoras de casos han demostrado resultados de efectividad en disminución de la mortalidad y los reingresos.

La gestión de casos es definida por el Case Management Society of América como ” un proceso de colaboración mediante el que se valora, planifica, facilita, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud integrales de una persona y de su familia, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos”.
Se trata de una atención integral sociosanitaria.

Las personas que son susceptibles de gestión de casos son personas frágiles, vulnerables, con discapacidad funcional, escasez de recursos socio-familiares, aislamiento social, que necesitan apoyo en las actividades básicas, así como en las actividades instrumentales de la vida diaria, que necesitan ayuda en el manejo de los síntomas, en el régimen terapéutico que demandan múltiples recursos y tienen necesidad de cuidados multidisciplinares y continuados.

Las enfermeras gestoras son líderes en la disciplina del cuidado de la salud.

El objetivo principal en la enfermera gestora, también llamada enfermera de enlace, es el coordinar la continuidad del cuidado. Se basan en múltiples escalas que les indica la situación específica de cada paciente. Pudiendo así ser incluidos en la gestión de casos. Por lo que requiere de enfermeras con perfil avanzado.

La enfermera gestora de casos es la encargada de la coordinación entre profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única más eficiente para la atención integral de las necesidades de la salud.

Tienen como finalidad el mejorar los resultados en salud y disminuir la hospitalización.
Al igual que también disminuir los ingresos hospitalarios tras el alta y la disminución de los costes.

Las enfermeras gestoras tienen una serie de funciones, atribuciones, y responsabilidades, todas ellas encaminadas a la continuidad asistencial integral.
Deben tener habilidades de comunicación y tener información y conocimiento para una correcta toma de decisiones.
Esto permitirá a la enfermera gestora del cuidado asegurar que todas las personas involucradas en el cuidado del paciente obtengan información necesaria para la continuidad y calidad de los cuidados que necesitan.

Por todo ello la gestión de casos ofrece ventajas, no sólo a los pacientes a quienes va dirigida, sino también a profesionales y gestores sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Ciencia y Enfermería XVI(3) 33-39, 2010
- Modelo de gestión de casos e investigación. Enferm.glob.vol 11 no.26 Murcia abr. 2012
- Influencia de las enfermeras gestoras de Casos hospitalarios. Gerokonos 2009; 20(4) 152-158
- Enfermera Gestora de Casos del Servicio Murciano de Salud. Enferm.glob.vol 13 no.36 Murcia oct.2014

TEMA 46. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR A TENER EN CUENTA POR LA ENFERMERA

RAQUEL ALFAYATE SIERRA

BELÉN SIERRA VARA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
    1. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO
    2. FACTORES CONTRIBUYENTES
4. CONCLUSIONES
5. BIBLIOGRAFÍA

1 INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son uno de los principales problemas y muertes en España; se deben a trastornos del corazón y los vasos sanguíneos. Destacan, entre otras estas enfermedades cardiacas, arritmias, aneurismas, infartos, insuficiencia cardiaca, angina, etc.

Los factores de riesgo cardiovascular se asocian a una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular; por ello el profesional enfermero influye en los cuidados.

2 OBJETIVO

Dar a conocer al paciente los factores de riesgo cardiovascular para evitar la discapacidad y la mortalidad, consiguiendo vivir con una adecuada calidad de vida.

3 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo se dividen en dos categorías: principales y secundarios. Los factores de riesgo principales son factores cuya intervención en el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares se ha comprobado.
Los factores de riesgo secundario pueden elevar el riesgo de sufrir estas enfermedades.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

- **Hipertensión Arterial**

  El abuso de la sal, provoca el aumento de la tensión arterial. La hipertensión arterial, aunque sea ligera, aumenta el riesgo de presentar complicaciones coronarias. Las personas hipertensivas que además son obesas, fuman o tienen niveles elevados de colesterol en sangre, tienen un riesgo mucho mayor de sufrir una enfermedad del corazón.

- **Colesterol**

El colesterol elevado en sangre principalmente se debe a una alimentación rica en calorías grasas saturadas y colesterol (tocino, vísceras, embutidos, huevos, patés, bollería, etc.). El colesterol elevado daña las arterias coronarias.

Cuando la sangre contiene demasiadas lipoproteínas de baja densidad (LDL o «colesterol malo»), éstas comienza a acumularse sobre las paredes de las arterias formando una placa e iniciando así el proceso de la enfermedad denominada aterosclerosis.

- **Diabetes**

  La diabetes es una patología en la que se eleva la cantidad de glucosa en la sangre, acelerando el desarrollo de la enfermedad coronaria.

- **Sobrepeso y obesidad**

  El exceso de peso puede elevar el colesterol y causar presión arterial alta y diabetes. Todas estas situaciones son factores de riesgo importantes de las enfermedades del corazón. Mantener unas cifras de IMC dentro de la normalidad IMC = (18,5 – 24,9).

- **Tabaco**

  El tabaco provoca vasoconstricción, altera la coagulación sanguínea. La nicotina aumenta frecuencia cardíaca, endurece las grandes arterias y puede causar irregularidades del ritmo cardíaco.

- **Sedentarismo**

  El ejercicio junto a la dieta influye para controlar las cifras elevadas de colesterol, tensión arterial y diabetes mellitus. El ejercicio también fortalece el músculo cardíaco y hace más flexibles las arterias. Se recomienda realizar ejercicio físico a diario.

- **Sexo**

  En general, los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de sufrir un ataque al corazón. La diferencia es menor cuando las mujeres comienzan con la menopausia.

- **Herencia**

  Las enfermedades del corazón suelen ser hereditarias.

- **Edad**

  Las personas mayores tienen aumentado el riesgo de sufrir enfermedades del corazón. A medida que aumenta la edad, la actividad del corazón tiende a deteriorarse.

FACTORES CONTRIBUYENTES

- **Estrés**

El estrés es la tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones en el organismo (taquicardia, hipertensión arterial) y alteraciones psicológicas (ansiedad). El aumento de la frecuencia cardiaca y la presión arterial hace que aumente la necesidad de oxígeno en el corazón. El estrés también aumenta la concentración de factores de coagulación en sangre, aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo. Los coágulos pueden obstruir las arterias y provocar un ataque al corazón.

- **Alcohol**

  Los estudios demuestran que el riesgo cardiovascular es menor en las personas que beben cantidades moderadas de alcohol que en las personas que no beben.

  Pero el excederse de un consumo moderado de alcohol puede ocasionar problemas relacionados con el corazón, tales como hipertensión, accidentes cerebrovasculares, latidos irregulares y cardiomiopatía (enfermedad del músculo cardíaco).

- **Hormonas sexuales**

Las mujeres, al llegar a la menopausia, aumentan apreciablemente las probabilidades de sufrir un ataque al corazón.

- **Anticonceptivo orales (ACO)**

  Los anticonceptivos orales aumentan el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular y coágulos sanguíneos en mujeres que fuman o tienen otros factores de riesgo, especialmente si son mayores de 35 años.

  Recomienda la Asociación Americana del Corazón, que las mujeres que toman anticonceptivos orales deben realizarse chequeos anuales que incluyan un control de la presión arterial, los triglicéridos y el azúcar en sangre.

CONCLUSIONES

Cuanto más factores de riesgo tenga una persona, mayores serán sus probabilidades de padecer una enfermedad del corazón. Algunos factores de riesgo pueden cambiarse, tratarse o modificarse y otros no. Pero el control del mayor número posible de factores de riesgo, mediante cambios en el estilo de vida y/o medicamentos, puede reducir el riesgo cardiovascular.

Esta enfermedad está muy estrechamente relacionada con sus hábitos y forma de vida, y sobre todo, con la alimentación; por ello debe tomar conciencia de ello y saber, que su conducta (alimentación, hábitos como el tabaco, falta de ejercicio físico, cansancio, estrés, soledad) va a influir en su salud.

BIBLIOGRAFÍA

- **Páginas WEB :**
  MedlinePlus. Factores de riesgo – cardiopatía. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000106.htm

  Cómo prevenir las enfermedades del corazón. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/howtopreventheartdisease.html

- **Bases de datos:** Pubmed [base de datos en Internet]. Riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares debido a la agrupación de los factores de riesgo cardiovascular modificables en la población mayores de 15 años de un centro de salud en BarcelonaDisponible en:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/28272385/

TEMA 47. SÍNDROME DE COUVADE: VIVENCIA PATERNAL DE LOS SÍNTOMAS DEL EMBARAZO.

TANIA CASAMITJANA GIRALDO

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVO**
- **METODOLOGÍA**
- **RESULTADOS**
- **DISCUSIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

- El síndrome de Couvade es un conjunto de síntomas fisiológicos y/o psicológicos, que experimenta un hombre durante el período de gestación de su pareja y cuya etiología es aún desconocida (1).
- Algunos profesionales de la Antropología, Psiquiatría, Enfermería y Sociología, han explicado los síntomas somáticos y cambios de comportamiento en términos de presión cultural, procesos intrapsíquicos y adaptación psicosocial a una nueva situación.

- Según diversos autores, existen varias clasificaciones de estos síntomas característicos. Las modificaciones descritas como más frecuentes son (2):

INTRODUCCIÓN

1. Gastrointestinales (peso, cambios en el apetito, náuseas, distensión abdominal, dolor de estómago).
2. Respiratorias (infecciones del tracto respiratorio).
3. Psicológicas (ansiedad, trastornos del sueño, nerviosismo).

- En la actualidad, disponemos de escasa evidencia científica sobre la experiencia masculina durante la transición a la paternidad.
- La promoción de la salud mental perinatal tiende a centrarse en las mujeres. Sin embargo, los hombres presentan necesidades psicológicas, emocionales y físicas específicas, que deben tenerse en cuenta en los programas de educación prenatal(3).

OBJETIVO

- Describir los síntomas y factores predisponentes para desarrollar el Síndrome de Couvade.

METOLOGÍA

- Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos como Medline, Scopus, Web of Science y Google Académico. Las palabras clave utilizadas en la terminología DeCS fueron: *embarazo*, *padres*, *síndrome* y *masculino*; siendo los términos MeSH correspondientes: *pregnancy*, *fathers*, *syndrome* y *male*. Se incluyeron los estudios en idioma español e inglés y, se excluyeron los que no eran accesibles a la totalidad del texto.

RESULTADOS

- Entre los artículos encontrados destaca que, la mayoría de los padres con Síndrome de Couvade, experimentó un aumento de peso cuando sus parejas estaban embarazadas, siendo el mayor aumento de peso durante el tercer trimestre; algunos hombres tenían la necesidad de ingerir productos altamente calóricos.
- El porcentaje de hombres que experimentaron pérdida de apetito fue bastante baja.
- La aparición de náuseas/vómitos fue declarado por 1 de cada 10 encuestados. Más de la mitad experimentó ansiedad y nerviosismo cuando su pareja le dijo que estaba embarazada. Además, los cambios de humor, el insomnio y la frustración se produjeron con mucha más frecuencia que antes del embarazo (4-6).

RESULTADOS

- Según los informes de la literatura, alguno de los factores predisponentes fueron el consumo de sustancias estimulantes (tabaco y alcohol) y rasgos de personalidad con predominio de emociones negativas.
- Los análisis adicionales no revelaron la importancia de la edad ni de la educación en una tendencia a experimentar el Síndrome de Couvade (7).

DISCUSIÓN

- El nuevo rol paternal se modifica a nivel hormonal y cerebral para desarrollar el apego y el vínculo, y también a nivel psicológico y social, asociados a las expectativas culturales de lo que supone ser padre.
- Debido a los grandes avances epigenéticos, se ha confirmado que las vivencias preconcepcionales de los hombres resulta de vital importancia, pues marca de por vida la salud de su descendencia.
- En conclusión, el Síndrome de Couvade se trata de una manifestación normal que conlleva un conflicto derivado del hito vital de ser padre relacionado con miedos y falta de seguridad.
- Es por eso que se requiere más investigación sobre el tema, así como de los factores biopsicosociales que condicionan su aparición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conner GK, Denson V. Expectant fathers' response to pregnancy: review of literature and implications for research in high-risk pregnancy. J Perinat Neonatal Nurs [Internet]. septiembre de 1990 [citado 9 de septiembre de 2019];4(2):33-42. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2391646
2. Klein H. Couvade syndrome: male counterpart to pregnancy. Int J Psychiatry Med [Internet]. 1991 [citado 9 de septiembre de 2019];21(1):57-69. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2066258
3. Mason C, Elwood R. Is there a physiological basis for the couvade and onset of paternal care? Int J Nurs Stud [Internet]. abril de 1995 [citado 9 de septiembre de 2019];32(2):137-48. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7790154

BIBLIOGRAFÍA

4. Khanobdee C, Sukratanachaiyakul V, Gay JT. Couvade syndrome in expectant Thai fathers. Int J Nurs Stud [Internet]. abril de 1993 [citado 9 de septiembre de 2019];30(2):125-31. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8496024
5. Markowska US, Zyg M, Kiełbratowska B. Psychosomatic symptoms of the Couvade syndrome in Finnish and Polish expectant fathers. Ginekol Pol [Internet]. 31 de enero de 2018 [citado 9 de septiembre de 2019];89(1):35-9. Disponible en: https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/56505

BIBLIOGRAFÍA

6. Trujillo Serrano DA, Baquedano VM. Men experience during Pregnancy of his wife and the birth of his child Rev. Cient. Esc. Univ. Cienc. Salud; (2):17-24.
7. Martínez Perera A. La paternidad, visión desde una perspectiva biopsicosocial. Rev Cuba Genética Comunitaria. 2018;12(1):1-12.

TEMA 48. SÍNDROME DE SINDING LARSEN-JOHANSSON: A PROPÓSITO DE UN CASO

LAURA ÁLVAREZ FRANCISCO

SARA GONZÁLEZ HENARES

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- DESCRIPCIÓN DEL CASO
- EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- PLAN DE TRATAMIENTO
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El dolor de origen no traumático en la rodilla del niño suele ser motivo de consulta diaria en Atención Primaria. La práctica cada vez mayor de deporte en la edad infantil ha propiciado el aumento de lesiones de los tejidos blandos. El diagnóstico más habitual es el de Enfermedad de Osgood-Schlatter (EOS), pero existen otras posibilidades patológicas menos frecuentes como el Síndrome de Sinding Larsen-Johansson (SLJ) y la osteocondritis disecante.

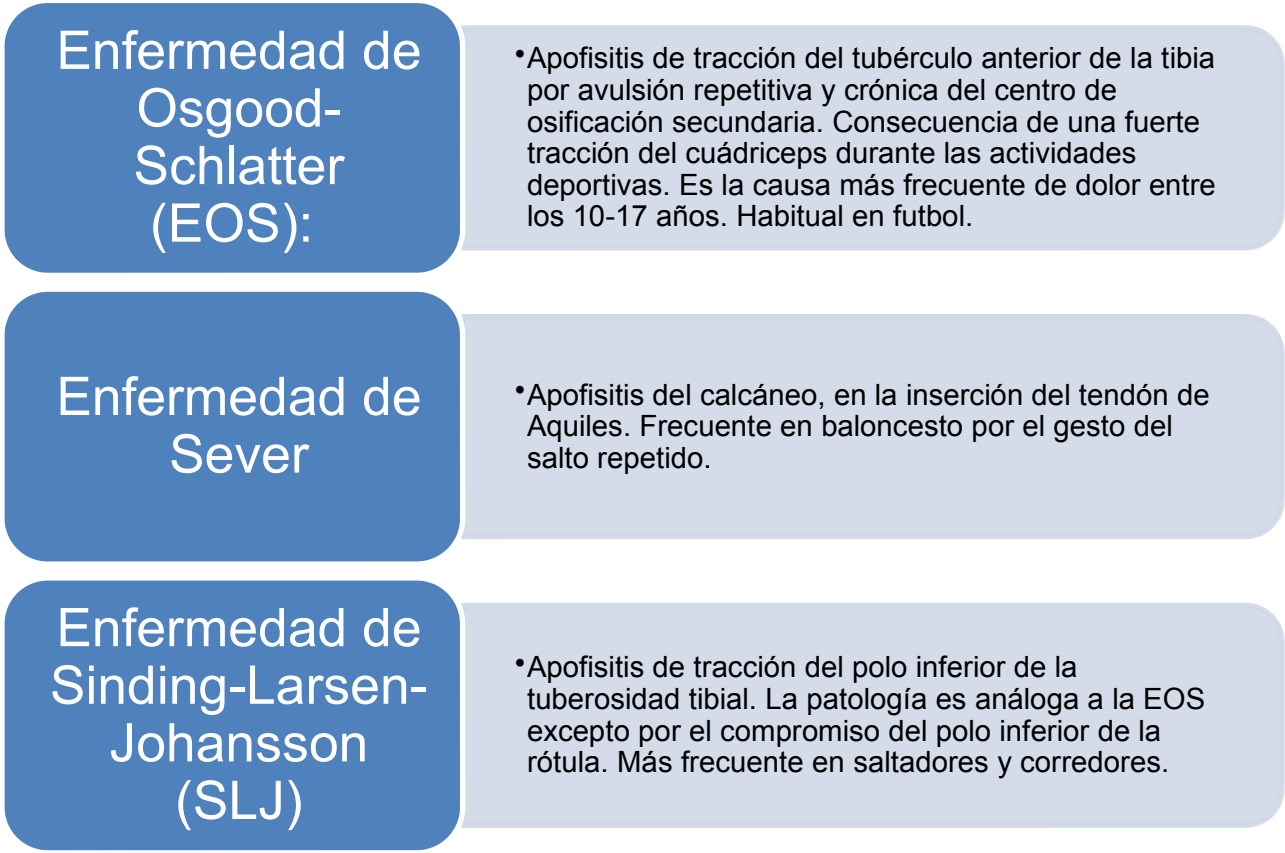


Tabla 1. Diagnóstico diferencial lesiones de rodilla en la edad infantil.
Fuente: Elaboración propia (2019)

El síndrome de Sinding Larsen-Johansson se describe como una inflamación del polo distal de la rótula a nivel del punto de anclaje del tendón rotuliano. Suele cursar con calcificaciones producidas por sobrecargas y microtraumas repetitivos en la articulación de la rodilla.

Se trata de una lesión frecuente en niños en la época previa a la madurez que practican deportes de salto o carrera, encontrándose una incidencia, en algunos estudios, del 21% de niños deportistas en comparación con el 4,5% de niños sedentarios. Su aparición incipiente tiene relación con una menor masa muscular y un cartílago de crecimiento más vulnerable a los microtraumatismos que en la edad adulta.

La evolución del Síndrome suele ser, en la mayoría de los casos, espontánea sin complicaciones a los 18-24 meses. Raramente los pacientes pueden desarrollar una tendinitis rotuliana en la edad adulta precisando de cirugía sólo en raras ocasiones.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 12 años con dolor en rodilla derecha recidivante de un mes de evolución, sin antecedentes de traumatismo previo. El dolor aumenta con la actividad física y se acompaña de una leve tumefacción a nivel del polo inferior de la rótula. No presencia de derrame articular. No refiere síntomas clínicos en otras articulaciones.

Antecedentes personales: alergias alimentarias: leche y huevos. Practica atletismo de competición.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración se observa edema y tumefacción más localizado en el polo inferior de la rótula y dolor moderado de 6/10 en el Escala Visual Analógica (EVA) que se acentúa a la palpación con la maniobra de contracción del cuádriceps contra resistencia. No se observa limitación articular, afectación neurovascular o lesión de partes blandas.

Se realiza radiografía AP y lateral de ambas rodillas donde se aprecia un aumento de densidad con calcificación lineal en el polo distal de la rótula derecha. También se realiza una ECO para valorar la inflamación del cartílago, así como el engrosamiento del tendón rotuliano en su inserción patelar.

Estadio I	Rótula normal
Estadio II	Calcificación irregular en el polo inferior de la rótula
Estadio III	Coalescencia progresiva de las pequeñas calcificaciones
Estadio IV-A	Incorporación de las calcificaciones al polo inferior de la rótula
Estadio IV-B	Osículo calcificado independiente de la rótula

Tabla 2. Descripción de los estadios radiológicos en el SLJ
Fuente: Elaboración propia (2019)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tras la anamnesis y pruebas complementarias se identifica fractura en el polo inferior de la rótula y tendinitis rotuliana que concluyen en el diagnóstico de Síndrome de Sinding Larsen-Johansson.

El diagnóstico diferencial de este Síndrome se establece asimismo con la presencia, en otras ocasiones, de fractura de estrés de la rótula o rótula bipartita tipo I.

PLAN DE TRATAMIENTO

El tratamiento es conservador y su objetivo va encaminado a obtener una estabilidad de la rodilla con una disminución de la sobrecarga del tendón rotuliano en su punto de anclaje.

La evolución es favorable con tendencia a la resolución espontánea sin secuelas en 18-24 meses. Tras pruebas diagnósticas de control durante el periodo de rehabilitación se consigue una consolidación de la rótula dando lugar a una desaparición de la sintomatología y a la ausencia de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernáez Ortega E. Patología de la rodilla en el niño y el adolescente. Pediatr Integral. 2002; 6(5):417-426.
2. Gonzalez-Herranz J, Cordero JA. Osteonecrosis. (Recogido de: De Pablos J, Gonzalez-Herranz P. Apuntes de Ortopedia Infantil. (Pamplona/Madrid). 2000. p. 28)
3. Gardiner JS, McInerney VK, Avella DG, Valdez NA. Injuries to the inferior pole of the patella in children .Orthop Rev. 1990. 19: 643-9.
4. Adirim TA, Cheng TL. Overview of injuries in the young athlete. Sports Med. 2003. 33:75-81.
5. Gholve PA, Scher DM., Khakharia S. Osgood Schlatter syndrome. Current opinion in pediatrics 2007. 19:44-50.

BIBLIOGRAFÍA

6. Orgaz-Gallego MP, Tricio-Armero MJ. Enfermedad de Osgood Schlatter: a propósito de dos casos .Semergen. 2009. 35(08) :418-20.

TEMA 49. PIOMETRA SENIL POR PREVOTELLA BIVIA: PAPEL DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA PARA EL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.

ANA MILENA MUÑOZ

ÍNDICE

1. OBJETIVOS
2. METODOLOGÍA
3. PRESENTACIÓN DEL CASO Y RESULTADOS
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES
5. BIBLIOGRAFÍA

1. OBJETIVOS

Nuestro objetivo principal es describir un caso de piometra en paciente senil secundaria a aislamiento de Prevotella Bivia, agente etiológico de enfermedad pélvica inflamatoria, que no se asoció a patología ginecológica maligna de base.

2. METODOLOGÍA

Exposición detallada del caso clínico y revisión de la bibliografía actualizada.

3. PRESENTACIÓN DEL CASO Y RESULTADOS

Presentamos el caso de una mujer de 89 años que acudió al servicio de urgencias y emergencias por un cuadro clínico de varios días de evolución con fiebre y dolor abdominal focalizado a hipogastrio con un deterioro progresivo del estado general.

En la exploración física a su llegada a nuesto centro destaca desorientación temporoespacial, hipotensión con taquipnea en reposo y dolor a la palpación profunda en hipogastrio con sensación de masa a este nivel.

Los parámetros analíticos revelaron leucocitosis con neutrofilia, anemia con alteración de parámetros de coagulación, PCR elevada, láctico de 4 y pH 7.25.

Con criterios de sepsis y ante mala evolución se decidió realizar de urgencia un TC abdominopélvico con contraste intravenoso, que mostró un útero agrandado con cavidad endometrial distendida de hasta 5 centímetros de espesor, con colección en su interior que asociaba abundante presencia de gas con realce anormal de la mucosa endometrial compatible todo ello con piometra.

Se inició antibioterapia de amplio espectro y el cultivo de la secreción vaginal fue positivo para Prevotella Bivia.
Una vez confirmado el diagnóstico se descartó el drenaje por vía cervical y se decidió efectuar histerectomía y anexectomía bilateral.

Durante el procedimiento quirúrgico se observó el útero aumentado de tamaño y salida de pus en abundante cantidad. No se observaron tumoraciones malignas o lesiones adicionales, ni complicaciones postquirúrgicas.

El resultado anatomopatológico fue de fragmentos de tejido hialino con calcificaciones distróficas e intensa inflamación aguda compatible con piometra, con ausencia de estructuras neoplásicas malignas.

Desde el punto de vista clínico, la paciente evolucionó favorablemente tras el procedimiento quirúrgico y continuó el tratamiento antibiótico.

4. DISCUSIÓN

La piometra es una acumulación de pus en la cavidad uterina.

Es una patología infrecuente y que predomina en mujeres posmenopáusicas, siendo sus manifestaciones características la abundante secreción fétida, con o sin aumento del tamaño uterino, y el dolor pélvico o lumbar, si bien estas manisfestaciones no están presentes en todos los casos, cursando con un cuadro clínico inespecífico lo que dificulta el diagnóstico.

La mitad son debidas a neoplasias ginecológicas malignas de base, a secuelas post-radioterapia, tumoraciones benignas, o debidas a procedimientos intrauterinos.

En los casos restantes se deben a atrofia miometrial y cervical, lo que se conoce como piometra senil benigna o idiopática.
La paciente de este caso no manifestó lesiones neoplásicas de base.

Al recaer más su frecuencia sobre pacientes seniles debemos tener en cuenta esta patología en dicho grupo de población que generalmente son atendidas en centros médicos donde no es costumbre pensar en la misma.

Además generalmente se suele presentar con síntomas inespecíficos, por lo que se requiere una alta sospecha clínica para un diagnóstico definitivo y un tratamiento lo más precoz posible para evitar las secuelas.

Para su diagnóstico certero mediante imagen, la prueba de elección es la Tomografía axial computarizada, demostrando la presencia de gas en la cavidad uterina y la extensión del proceso.

5. BIBLIOGRAFÍA

Revzin MV, Mathur M, Dave HB, et al. Pelvis inflammatory disease: Multimodality imaging approach with clinical-pathologic correlation. Radiographics. 2016; 36(5): 1579-96.

Sánchez-González MC, Pérez-García M, Hornillos Calvo M. Presentación atípica de la piometra en mujer anciana. Revista española de geriatría y gerontología. 2011; 46 (4): 233-234.

TEMA 50. STREPTOCOCCUS AGALACTIAE.

HÉCTOR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
ALMUDENA SUERO ÁLVAREZ
VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA
EVA PILOÑETA GONZÁLEZ

INDICE

- Introducción
- Población a estudio
- Estudio para su determinación
- Profilaxis
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

El *Streptococcus Agalactiae*, también llamado streptococo del grupo B (EGB), es un tipo de *Streptococcus* que se puede encontrar en la zona vaginorrectal de las mujeres. En mujeres embarazadas puede ocasionar infecciones muy graves en los fetos. El EGB es un coco gram positivo dispuesto en cadenas, betahemolítico, catalasa y oxidasa negativo, anaerobio facultativo.

Es parte de la microbiota natural de la flora intestinal de los seres humanos y de algunos animales.

POBLACION A ESTUDIO

El EGB siendo una bacteria que se encuentra de forma natural en el intestino de las personas, puede pasar con facilidad a la zona vaginorrectal de las mujeres.

Es una coco que en situaciones normales no produce ningún tipo de problema a ninguna persona, pero en las mujeres embarazadas puede provocar grandes problemas de salud al feto durante la gestación y después del parto.

Puede provocar corioamnionitis (infección de las membranas placentarias) e infección posparto.

También si provoca infección urinaria podría provocar un parto prematuro.

En el recién nacido puede provocar septicemia, neumonía y meningitis pudiendo causar incluso la muerte del bebe.

Por tanto, en las mujeres embarazadas con riesgo de contaminación se les tomará una muestra vagino-rectal y se cultivará en el laboratorio.

ESTUDIO PARA SU DETERMINACIÓN

Para el estudio de esta prueba se tomará una muestra de la zona vagino-rectal, de la mujer embarazada, con un hisopo que se introducirá en un medio de cultivo, para después sembrarlo en diferentes placas en el laboratorio.

Los estreptococos son cocos gram positivos con betahemólisis, por tanto las colonias que veamos con hemólisis en placas de agar sangre las tomaremos para aislarlas.

Posteriormente haremos un test con aglutinación por látex para comprobar si son cocos del grupo B, estreptococo agalactiae, pues es el único grupo que produce todas las complicaciones de las que hemos hablado antes.

Una vez realizado el test ya tendremos el resultado para saber si es EGB o no

PROFILAXIS

Una vez comprobada que la contaminación es por el EGB, unas semanas antes del parto se hará una profilaxis con antibióticos para evitar tanto el contagio con el futuro bebe, como con la madre y así evitar todas las complicaciones que pudiéramos tener.

BIBLIOGRAFÍA

- Estrategia Nacional de Salud Reproductiva y Sexual. p.103-104.
- Hidalgo Calero, A. Infección neonatal por estreptococo agalactiae. Revisión del protocolo de actuación.
- Publicado: Bol. SPAO 2010
- Slome, J. How to Treat a Vaginal Infection with a Clove of Garlic.
- Editorial: Midwifery Today. 2003

TEMA 51. ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO PARA EL DOLOR CRÓNICO EN ADULTOS.

JOSÉ MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ
SHEILA PECES SÁNCHEZ
ALBA DE LA VEGA GALÁN

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.**
- **MATERIAL Y MÉTODO.**
- **RESULTADOS.**
- **CONCLUSIONES.**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El dolor crónico se conoce como el dolor que persiste más allá del tiempo de curación tisular normal, que en general llega a 12 semanas. Se asocia con discapacidad, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, una calidad de vida deficiente y costos de la asistencia sanitaria. El dolor crónico tiene una prevalencia media ponderada en los adultos del 20%.

Durante muchos años las alternativas de tratamiento para el dolor crónico eran recomendar el reposo y la inactividad. Sin embargo, el ejercicio puede tener efectos beneficiosos específicos al reducir la intensidad del dolor crónico, así como efectos beneficiosos más generales asociados con una mejor salud física y mental general y una mejor funcionalidad física.

Los programas de actividad física y ejercicios se promueven cada vez más, y se ofrecen en diversos sistemas de asistencia sanitaria y para varias afecciones de dolor crónico. Por lo tanto, es importante establecer la eficacia y la seguridad de estos programas, y además analizar los factores críticos que determinan su éxito o su fracaso.

Los objetivos serían por un lado, determinar la efectividad de distintas intervenciones de actividad física y ejercicios en la reducción de la intensidad del dolor y la repercusión sobre la funcionalidad, la calidad de vida y el uso de la asistencia sanitaria; y por otro, conocer las pruebas de efectos adversos o daños asociados con las intervenciones de actividad física y ejercicios.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizaron búsquedas en la *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* (CDSR) en The Cochrane Library, de revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorios (ECA). La calidad metodológica de las revisiones se evaluó mediante la herramienta AMSTAR y también se planificó analizar los datos de cada afección dolorosa según la calidad de las pruebas.

Se extrajeron los datos de:

- La intensidad del dolor informada por el paciente.
- La funcionalidad física (medida objetiva o subjetivamente).

- La funcionalidad psicológica.
- La calidad debida.
- La adherencia a la intervención prescrita.
- La asistencia/uso de la atención sanitaria.
- Los eventos adversos.
- La muerte.

Debido a los datos limitados disponibles no fue posible comparar ni analizar directamente las intervenciones, y en su lugar las pruebas se informaron de manera cualitativa.

RESULTADOS

Se incluyeron 21 revisiones con 110 estudios incluidos. De estos estudios, 80 examinaron intervención de ejercicios versus ningún ejercicio/mínimo en adultos con dolor crónico y se utilizaron en el análisis cualitativo.

Las afecciones de dolor incluyeron artritis reumatoide, osteoartritis, fibromialgia, dolor lumbar, claudicación intermitente, dismenorrea, trastorno mecánico del cuello, lesión de la médula espinal, síndrome postpoliomielitis y dolor patelo-femoral. Ninguna de las revisiones evaluó el "dolor crónico" ni el "dolor crónico diseminado" como un término general o una afección específica. Las intervenciones incluyeron programas de entrenamiento aeróbico, de fuerza, de flexibilidad, de amplitud de movimiento y del core o del equilibrio, así como yoga, Pilates y tai chi.

Las revisiones se realizaron e informaron de manera adecuada (según AMSTAR), y los estudios incluidos tuvieron riesgo de sesgo aceptable. Sin embargo, la calidad de las pruebas fue baja debido a los números de participantes (menos de 50 participantes en total en la mayoría de los estudios), la duración de la intervención y el seguimiento (muy pocas veces se realizaron evaluaciones más allá de los tres a seis meses).

Los resultados de las revisiones relevantes se agruparon cuando fue apropiado, aunque los resultados se deben interpretar con cuidado debido a las pruebas de muy baja calidad.

Intensidad del dolor: varias revisiones señalaron resultados favorables del ejercicio: sólo tres revisiones que informaron la intensidad del dolor no encontraron cambios estadísticamente significativos en el dolor habitual ni medio después de cualquier intervención. Sin embargo, los resultados no fueron consistentes a través de las intervenciones y el seguimiento, ya que el ejercicio no produjo de forma sistemática un cambio (positivo ni negativo) en las puntuaciones de dolor informadas por el paciente en ningún punto temporal.

Funcionalidad física: fue la medida de resultado que se informó con mayor frecuencia. Mejoró significativamente como resultado de la intervención en 14 revisiones, aunque incluso estos resultados estadísticamente significativos sólo tuvieron tamaños del efecto pequeños a moderados (sólo una revisión informó tamaños del efecto grandes).

Funcionalidad psicológica y calidad de vida: los resultados fueron variables: favorables al ejercicio (dos revisiones informaron tamaños del efecto significativamente grandes en la calidad de vida), o no mostraron diferencias entre los grupos. No hubo efectos negativos.

Adherencia a la intervención prescrita: no fue posible evaluarla en estas revisiones. Sin embargo, el riesgo de retiro/ abandono fue algo mayor en el grupo de ejercicios (82,8/1000 participantes versus 81/1000 participantes), aunque la diferencia entre los grupos no fue significativa.

Asistencia/uso de la atención sanitaria: no se informó en las revisiones.

Eventos adversos, daño potencial y muerte: el ejercicio no causó daños reales; la mayoría de los eventos adversos fueron el aumento de las molestias o el dolor muscular, que cedió supuestamente después de varias semanas de intervención. Una revisión informó una reducción no significativa del riesgo de muerte como resultado de la intervención.

CONCLUSIONES

La calidad de las pruebas que examinan la actividad física y el ejercicio para el dolor crónico es baja, debido a los tamaños de la muestra pequeños y a que es posible que los estudios no tengan suficiente poder estadístico. El seguimiento planificado se limitó a menos de un año en todas las revisiones excepto seis.

Hubo algunos efectos favorables sobre la reducción de la intensidad del dolor y la mejoría de la funcionalidad física, aunque en su mayoría fueron efectos pequeños a moderados sin ser consistentes en todas las revisiones. Hubo efectos variables sobre la funcionalidad psicológica y la calidad de vida.

Las pruebas disponibles indican que la actividad física y el ejercicio es una intervención con pocos eventos adversos que puede mejorar la intensidad del dolor y la funcionalidad física, y por consiguiente la calidad de vida.

Se necesitan estudios de investigación adicionales que se centren en aumentar los números de participante con la inclusión de participantes con un espectro más amplio de la intensidad del dolor, y en prolongar la propia intervención y el período de seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** Geneen L, Moore R, Clarke C, Martin D, Colvin L, Smith B. Actividad física y ejercicio para el dolor crónico en adultos: un resumen de revisiones Cochrane. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 Issue 1. Art. No.: CD011279. DOI: 10.1002/14651858.CD011279
- **Articulo de revistas:** http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/03/los-problemas-sociales-y-el-sistema-sanitario.pdf
- **Página WEB:** http://www.ecodes.org/salud-calidad//

TEMA 52. ENCEFALITIS EN PEDIATRÍA

LORENA PORTILLA GARCÍA

ÍNDICE

- ¿QUÉ ES LA ENCEFALITIS?
- CAUSAS
- SÍNTOMAS
- ¿COMO SE DIAGNOSTICA?
- TRATAMIENTO
- PRONOSTICO
- BIBLIOGRAFÍA

¿QUÉ ES LA ENCEFALITIS?

Es un proceso inflamatorio del encéfalo que puede extenderse a las meninges y a la médula.

En mayor medida, suelen ser de causa vírica. Pueden ser:

- primarias (daño del tejido cerebral por la infección)
- postinfecciosas o postvacunal (mecanismo auto-inmune)

CAUSAS

La causa mas frecuente de encefalitis primaria grave en la infancia es la herpetica causada por el virus del herpes simple (EVHS).

Otros agentes son:

- enterovirus
- adenovirus
- sarampión
- parotiditis
- rubeola
- Varicela-zoster
- Listeria monocytogenes

Las causas más comunes de encefalitis postinfecciosa o postvacunal son:

- vacunas anti-virales
- infecciones por sarampión
- parotiditis
- rubeola
- varicela-zoster
- influenza
- Mycoplasma pneumoniae

SÍNTOMAS

Son similares, independientemente del mecanismo (primaria o infecciosa).

Pueden presentarse de forma variable:

- disminución del nivel de conciencia (desde la letargia hasta el coma)
- fiebre
- cefalea
- vómitos
- irritabilidad

SÍNTOMAS

- fotofobia
- rigidez de nuca
- cambios de conducta o personalidad
- alucinaciones
- convulsiones
- hemiparesia y/o parestesias
- afasia

A veces se asocia herpes labial recurrente.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

- Examen citoquimico LCR (líquido encéfalo raquídeo)
- Punción lumbar
- PCR (proteína c reactiva) para el virus herpes simple es la prueba diagnostica fundamental ya que posee una alta sensibilidad (98%) y especificidad (94%)
- RMN (resonancia magnética)
- Cultivos virales
- ECG (electrocardiograma)

TRATAMIENTO

- Ingresar en UCIP
- Vigilancia neurológica
- Estabilización cardiorrespiratoria
- Intubacion si escala de Glasgow < 8 o estatus epiléptico
- Especifico de EVHS: Aciclovir

PRONOSTICO

Se asocian con mortalidad elevada o con secuelas neurológicas graves:

- hipertensión intracraneal asociada a edema cerebral difuso
- las convulsiones resistentes al tratamiento
- aparición de anisocoria
- ausencia de reflejo fotomotor
- inestabilidad cardiorespitaroria.

El tratamiento especifico para la EVHS con aciclovir reduce significativamente la morbimortalidad. Concretamente ha reducido la mortalidad del 70% al 30% y las secuelas neurológicas del 98% al 60%.

BIBLIOGRAFÍA

- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182003020100004&script=sci_arttext&tlng=en

- Tunkel AR, Hartman BJ, Kaplan SL, et al Practice guidelines for the management of bacterial meningitis. Clin InfectDis. 2004;39:1267-84.

- Chávez-BuenoS, McCracken GH. Bacterial meningitis in children. Pediatr Clin North Am 2005;52:795-810.

BIBLIOGRAFÍA

- Silvia MT, Linch DJ. Pediatric central nervous system infections and inflamatory white matter disease.

- A. Castellanos Ortega, T. Obeso González, M.A. Hernández. Meningitis y encefalitis. Manual de cuidados intensivos pediatricos. 978-84-933345-6-7;305.

- Web interna del Hospital Universitario Central de Asturias. Dirección de Enfermería.

TEMA 53. LA PUNCIÓN SECA EN EL SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL.

JORGE SÁNCHEZ-INFANTE GÓMEZ-ESCALONILLA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. TÉCNICA DÉ PUNCIÓN SECA
3. CONTRAINDICACIONES-PRECAUCIONES
4. CONCLUSIÓN
5. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El síndrome de dolor miofascial (SDM) es una enfermedad común de enfermedad muscular, caracterizada por la presencia de Puntos Gatillo Miofasciales (PGM) que cursa con rigidez muscular, dolor y fatiga (1).

Este dolor muscular se caracteriza por puntos gatillos miofasciales (PGMs) que se encuentran en uno o más músculos y / o tejidos conectivos (2) y puede estar asociado con espasmo muscular, aumento de la sensibilidad, rigidez, dolor, debilidad muscular, disminución del rango de movimiento y disfunción autónoma (2). El tratamiento para el manejo de SDM comúnmente se enfoca en el tratamiento de los PGMs (2).

INTRODUCCIÓN

Los PGMs son puntos hiperirritables en el músculo esquelético que están asociados con un nódulo palpable hipersensible en una banda tensa (4) y muestra características específicas, como dolor a la compresión y muestra un patrón de dolor referido, disfunción motora y fenómenos autónomos (4).

Hay dos tipos de PGM: latentes y activos, y ambos son bandas tensas sensibles dentro de los músculos que bajo estimulación mecánica producen dolor local o referido, hiperalgesia, alodinia (5) o cambios autónomos (6). Los PGMs latentes producen dolor solo en estimulación mecánica, como presión directa o agujas. Los PGMs activos causan síntomas en reposo o durante la actividad (4).

INTRODUCCIÓN

Los puntos gatillos miofasciales y el síndrome de dolor miofascial se han tratado con varias técnicas terapéuticas, que incluyen ultrasonido terapéutico, técnicas de compresión isquémica, técnicas de energía muscular, terapia de masaje, estiramiento, inyección, estimulación eléctrica, manipulación y punción seca.

Durante la última década, la evidencia sobre el papel de la punción seca en el PGM para el tratamiento de varios trastornos musculoesqueléticos ha aumentado.

La punción seca es un procedimiento en el cual una aguja similar a la de acupuntura se inserta sin el uso de un anestésico, como agente físico, a través de la piel y el músculo en la ubicación de un PGM, con el objetivo de crear un estímulo mecánico en el tejido (7) para eliminar o inactivar el PGM (8).

TÉCNICA DE PUNCIÓN SECA

Pretratamiento:

- Limpieza de la piel con antiséptico.
- Uso de guantes por parte del terapeuta para la higiene de las manos.
- Seleccionar la aguja de punción seca que más se adecue a la parte del cuerpo a tratar.
- Colocación del paciente; siempre tumbado (supino, prono o lateral en función el músculo a pinchar).

Fig1. Punción seca en el trapecio superior

TÉCNICA DE PUNCIÓN SECA

Tratamiento

- Palpación del PGM (palpación en pinza o plano)
- Identificar estructuras o zonas de seguridad o peligro.
- Informar al paciente que esté relajado y que durante la técnica puede sentir dolor.
- Una vez localizado el PGM, introducir la aguja de forma perpendicular al punto mediante un movimiento de entrada y salida de forma dinámica para generar la respuesta de espasmo local.
- Generar tantas respuestas de espasmo local (REL) como el paciente tolere o el fisioterapeuta perciba que la banda tensa ha dejado de ser palpable.
- Homeostasia post-punción
- Re-educación muscular (excéntrico, control motor, terapia manual….)

CONTRAINDICACIONES-PRECAUCIONES

- Evitar la realización de la técnica en pacientes con fobia o aversión a las agujas.
- Evitar la realización de la técnica en pacientes que no comprendan el uso de la técnica por deterioro cognitivo u otras circunstancias.
- Prohibido la realización de la técnica en pacientes que no autoricen la práctica de la punción seca.
- Evitar la realización de la técnica en pacientes con lesiones cutáneas o infección en el área a realizar la técnica en el sitio a realizar la técnica.
- Prohibido la realización de la técnica en pacientes con linfedema.

CONTRAINDICACIONES-PRECAUCIONES

- Evitar la realización de la técnica durante el primer trimestre de embarazo.
- Evitar la punción en pacientes con grandes varices o disfunciones vasculares
- Evitar la punción en pacientes con zonas postquirúrgicas cercanas a las articulaciones para evitar la artritis séptica.
- Evitar la realización de la técnica en pacientes con hiperalgesia severa o alodinia
- Prohibido la realización de la técnica en pacientes con alergia al níquel o al cromo, ya que es el material de las agujas.
- Evitar la realización de la técnica en pacientes anticoagulados, sobre todo en músculos profundos.

CONCLUSIÓN

- La punción seca es una técnica segura, fiable y eficaz que tiene sus efectos secundarios y algunas contraindicaciones.
- Existe numerosa evidencia científica de calidad acerca del uso de la punción seca y su eficacia en el tratamiento de lesiones musculo-esqueléticas.
- En el tratamiento de los PGMs y el SDM, en comparación con otras técnicas la punción seca es considerada la más efectiva por sus resultados.
- La punción seca debe ser realizada por fisioterapeutas previamente formados para el uso de esta técnica, por seguridad y eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gerwin RD. Classification, epidemiology, and natural history of myofascial pain syndrome. Current pain and headache reports. 2001;5(5):412-20.1.
2. Kamanli A, Kaya A, Ardicoglu O, Ozgocmen S, Zengin FO, Bayık Y. Comparison of lidocaine injection, botulinum toxin injection, and dry needling to trigger points in myofascial pain syndrome. Rheumatology international. 2005;25(8):604-11.1.
3. Tekin L, Akarsu S, Durmuş O, Çakar E, Dinçer U, Kiralp MZ. The effect of dry needling in the treatment of myofascial pain syndrome: A randomized double-blinded placebo-controlled trial. Clinical Rheumatology. 2013;32(3):309-15.
4. Simons DG, Travell JG, Simons LS. Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual, vol 1. Upper half of body. Baltimore, MA: Williams & Wilkins. 1999:11-89.

BIBLIOGRAFÍA

5. Lucas KR, Polus BI, Rich PA. Latent myofascial trigger points: their effects on muscle activation and movement efficiency. Journal of Bodywork and Movement Therapies. 2004;8(3):160-6.
6. Simons DG. Review of enigmatic MTrPs as a common cause of enigmatic musculoskeletal pain and dysfunction. Journal of electromyography and kinesiology. 2004;14(1):95-107.
7. Gattie E, Cleland JA, Snodgrass S. The effectiveness of trigger point dry needling for musculoskeletal conditions by physical therapists: a systematic review and meta-analysis. journal of orthopaedic & sports physical therapy. 2017;47(3):133-49.

BIBLIOGRAFÍA

8. Dommerholt J, Mayoral del Moral O, Gröbli C. Trigger point dry needling. Journal of Manual & Manipulative Therapy. 2006;14(4):70E-87E.

TEMA 54. OLANZAPINA DEPOT:

GUÍA DE ADMINISTRACIÓN Y RECOMENDACIONES.

ALBA DE LA VEGA GALÁN.
JOSE MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ.
SHEILA PECES SANCHEZ .

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS.
3. OBJETIVOS.
4. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.
5. CONCLUSIÓN Y RESUMEN.
6. BIBLIOGRAFÍA.

1. INTRODUCCION

- La Olanzapina es un fármaco antipsicótico del grupo de las benzodiacepinas con diferentes finalidades, entre otras resaltar la mejora de los síntomas de la esquizofrenia. (2)
- Su formato como inyectable es una interesante opción para aquellos enfermos afectos por este trastorno mental grave que no presenta adherencia al tratamiento y que han conseguido un largo periodo de estabilidad en tratamiento con la presentación oral de este fármaco.(2)
- Su administración vía intramuscular posee numerosas recomendaciones que han de respetarse y su conocimiento por parte del enfermero/a a cualquier nivel es imprescindible ya que somos los indicados para la realización de la técnica de administración.(2)
- La dosis de olanzapina depot se ajustará dependiendo de la dosis oral que tomase el paciente eliminando la pauta habitual cuando se comienza con los inyectables. (2)

ESQUIZOFRENIA.

- ✓ Para poder entender como funciona la Olanzapina en el cuerpo independientemente de su vía de administración, deberemos conocer a grandes rasgos, de que se trata este tipo de enfermedad, para poder actuar.
- ✓ Nos referimos a Esquizofrenia como uno de los trastornos mentales más comunes, y el principal de los trastornos de tipo psicótico, generando alteraciones muy importantes para la vida cotidiana que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de fase activa, dos o más de los presentes en la siguiente tabla.(1,5)

Ideas delirantes.	Síntomas negativos.
Alucinaciones.	Lenguaje desorganizado.
Comportamiento muy desorganizado/catatónico.	

2. POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DE LA OLANZAPINA.

- Como todos los fármacos, tenemos que tener presentes efectos secundarios, que conociendo la sintomatología agilizaremos su diagnostico y tratamiento, entre otros:

- Síndrome Post-inyección: recalcar que este es poco común cursando con la presencia de síntomas de sobredosis, tras la administración de la medicación, esto sucede por la administración intravascular del fármaco o rotura del vaso durante la administración.(4)
- Insuficiencia renal: si variamos la posología pautada por el facultativo. Considerar dosis inicial inferior (5 mg). En inyecciones de liberación controlada 150 mg/4 semana (3)
- Bradicardia con o sin hipotensión o síncope en administración intramuscular.(3)
- Taquicardia; hipotensión; malestar en el lugar de la administración de la inyección (3)

3. OBJETIVOS.

Los objetivos de este capítulo son los siguientes:

- Proporcionar a los profesionales de enfermería de los conocimientos necesarios para la administración de la Olanzapina depot y efectos secundarios.

- Resaltar la importancia del seguimiento de las indicaciones tanto para pacientes como para profesionales.

- Formar al profesional para trasmitir al paciente la necesidad de respetar cada una de las indicaciones.

- Sensibilizar al profesional frente a los riesgos que supone una mala praxis.
- Informar al profesional para la detección precoz de complicaciones post-inyección.

3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.

- Toma de tensión arterial(valorar hipertensión o hipotensión).
- Uso de guantes.
- La disolución del producto se realizará con el disolvente suministrado en el envase. NO OTRO.
- Determinación de la cantidad de disolvente para reconstituir el producto según su concentración:

Volumen del vial.	Volumen de disolvente.
210 mg.	1.3 ml.
300 mg.	1.8 ml.
405 mg.	2.3 ml.

- Mezclar bien el preparado golpeando suavemente el envase y comprobando concienzudamente su disolución. Si se formas espuma es necesario dejar reposar.

- Confirmar el volumen a inyectar de solución (150mg/ml), según la siguiente **tabla:**

Dosis en mg.	Volumen a inyectar en ml.
150 mg.	1 ml.
210 mg.	1.4 ml.
300 mg.	2 ml.
405 mg.	2.7 ml.

- Seleccionar la aguja apropiada según el lugar de inyección y las características físicas del paciente.
- Tener extremo cuidado para no inyectarlo vía intravenosa o subcutánea, no permitir bajo ningún concepto que el fármaco entre en contacto con la sangre del paciente enfermo. Administrar vía intramuscular y desechar el producto.

- Se recomienda comprobar aspirando, la no existencia de vasos sanguíneos con una jeringa limpia que pudiera desecharse.
- No masajear la zona de la inyección.

- Finalmente el paciente permanecerá en estrecha vigilancia por el personal de enfermería durante las tres horas siguientes, controlando cifras tensionales y frecuencia cardíaca, para evaluar posibles complicaciones; entre las que se hallan:

Somnolencia.	Taquicardia.
Hipotensión.	Síncope.
Exantema.	Taquicardia.
Bradicardia.	Hipertensión.

5. CONCLUSION

- Teniendo en cuenta que la medicación depot es una medida bastante positiva frente a la sintomatología del enfermo mental, no es, sin embargo, una opción libre de complicaciones ni efectos secundarios.
- El amplio abanico de preparaciones de productos depot nos facilita diversas opciones de tratamiento que nos darán facilidades para obviar aquellos con los que el paciente presente efectos secundarios no tolerables.
- La enfermería como profesional implicado en el tratamiento y seguimiento del enfermo mental a cualquier nivel, ha de estar formada en los aspectos que le conciernen y poseer la información frente a los efectos secundarios graves que pueden presentarse en este caso; siendo de obligatorio conocimiento.

6. BIBLIOGRAFÍA.

❖ **Libros y revistas:**

1. M.J Travis, ER Peters, RW Kerwin. Tratamiento de las recaídas en la esquizofrenia. Science Press, 2002

2. Michael Y Hawng, Paul C. Esquizofrenia y Patologías comórbidas. Diagnóstico y tratamiento. Ed. Manson.2010.

❖ **Páginas web:**

3. Vademecum.es, Olanzapina [internet] Madrid, España,2010 [acceso 20 de Septiembre 2019] Disponible en : https://www.vademecum.es/medicamento-arenbil_31458

4. Santiago F. Duran-Sindreu, síndrome post-inyección por olanzapìna de liberación retardada. [Internet] 1Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Barcelona, 2013 [acceso 16 de septiembre 2019] disponible en:

https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/81/ESP/15-81-ESP-60-62-811551.pdf

5. María del Río Dieguez. Creación artística y enfermedad mental [Internet] Madrid, Marián López Fernández Cao, 2006 [acceso 18 de septiembre 2019] Disponible en:

https://core.ac.uk/download/pdf/19711110.pdf#page=33

TEMA 55. DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. ASPECTOS RELEVANTES.

MARÍA JESÚS MORÁN CRIADO
ISABEL CHACÓN BAUTISTA
TERESA REYES SÁNCHEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. DEFINICIÓN
3. ETIOLOGÍA
4. FACTORES DE RIESGO
5. CRIBADO Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
6. RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE MUESTRAS
7. COMPLICACIONES DE LA DIABETES GESTACIONAL
8. TRATAMIENTO
9. CONCLUSIONES
10. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (conocida popularmente como “diabetes”), es una enfermedad metabólica crónica que se caracteriza principalmente por una hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) debido a que el páncreas no produce suficiente cantidad de insulina (hormona encargada de transportar la glucosa desde la torrente sanguíneo hacia las células del organismo, en donde la transforma en energía), o el organismo no puede hacer un buen uso de la insulina que produce.

Una hiperglucemia no controlada puede provocar a largo plazo enfermedades cardiovasculares, neuropatía, nefropatía o enfermedades oculares que acaban en retinopatía y ceguera.

Existen principalmente tres tipos de diabetes:

- Diabetes tipo 1 (DM1), antiguamente conocida como Diabetes Mellitus Insulinodependiente o juvenil (DMID). Es debida a la destrucción autoinmune de las células β pancreáticas, productoras de la insulina, que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de ésta. Puede desarrollarse a cualquier edad, pero ocurre con mayor frecuencia en niños y adolescentes.
- Diabetes tipo 2 (DM2), anteriormente denominada Diabetes no insulinodependiente o del adulto. Es debida a una pérdida progresiva de la secreción de insulina de células β con frecuencia en el contexto de la resistencia a la insulina. Está relacionada con la obesidad, el sedentarismo y factores genéticos. Es más común en adultos y representa alrededor del 90% de todos los casos de diabetes

Su tratamiento requiere la administración de antidiabéticos orales (y en ocasiones insulina), cuando no se responda a un plan de ejercicio y dieta.

- Diabetes mellitus gestacional (DMG): diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no era claramente una diabetes evidente antes de la gestación.
- También existen otros tipos de diabetes menos frecuentes debidas a otras causas, como son la “diabetes monogénica” (diabetes neonatal y diabetes de inicio en la madurez de los jóvenes [MODY]) y la “diabetes secundaria” que aparece por la complicación de otras enfermedades (enfermedad de Cushing, acromegalia, pancreatitis, fibrosis quística…) o como resultado del uso de algunos medicamentos, fármacos o sustancias químicas (como por ejemplo el uso de glucocorticoides, en el tratamiento del VIH o después del trasplante de órganos).

Podemos clasificar la diabetes en relación con el embarazo en:

•Diabetes pregestacional (DMPG): es aquella diagnosticada previamente al embarazo. Puede tratarse de una DM1, de una DM2, de una diabetes monogénica (tipo MODY) o de una situación de intolerancia a la glucosa.

•Diabetes Mellitus Gestacional o Diabetes mellitus durante el embarazo, si la hiperglucemia es detectada por primera vez durante el embarazo.

Aproximadamente un 1 % presenta diabetes mellitus pregestacional y hasta un 12 % diabetes gestacional.

2. DEFINICIÓN

Diabetes mellitus gestacional (DMG)

La DMG es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una hiperglucemia de severidad variable, diagnosticada por primera vez durante el embarazo, cualquiera que sea su etiología, antigüedad y evolución posterior.

La definición mayormente consensuada de la diabetes mellitus gestacional (DMG) es: cualquier grado de intolerancia a la glucosa diagnosticada por primera vez durante el embarazo, independientemente de que pudiera existir previamente, del tiempo de embarazo, del tipo de tratamiento que requiriera o de su persistencia tras el parto.

la definición de la DMG incluye tanto la diabetes no diagnosticada previa a la gestación que se descubre durante el embarazo, normalmente en el primer trimestre; como la que aparece por primera vez en el transcurso de éste, que es el caso más frecuente y se suele diagnosticar durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, aunque puede darse en cualquier momento del mismo. Sin embargo, recientemente, la Asociación Internacional de Grupos de Estudio de Diabetes y Embarazo (IADPSG), la Asociación Americana de Diabetes (ADA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE) consideran que si en la primera consulta prenatal la gestante presenta criterios diagnósticos de diabetes mellitus, se considerará diabetes franca o manifiesta y, por lo tanto, no es necesario realizar cribado de DMG.

Las mujeres embarazadas que padecen DMG tienen mayor riesgo de padecer complicaciones durante el embarazo, como por ejemplo la hipertensión y la macrosomía fetal (bebés extremadamente grandes para su edad gestacional) que puede convertir un parto normal en difícil y arriesgado.

La identificación de la hiperglucemia durante el embarazo, en combinación con un buen control glucémico durante el mismo, puede reducir este tipo de riesgos.

3. ETIOLOGÍA

La DMG es causada por la suma de varios factores desencadenantes que se originan como parte de los cambios fisiológicos del embarazo y a la predisposición genética y metabólica de la gestante.

A medida que progresa el embarazo, la demanda de insulina por el organismo es mayor debido principalmente, a que existe un aumento de producción de la glucosa hepática en un 30% y al aumento del tejido adiposo al inicio de la gestación como reserva nutricional para satisfacer las futuras demandas energéticas del embarazo y la lactancia

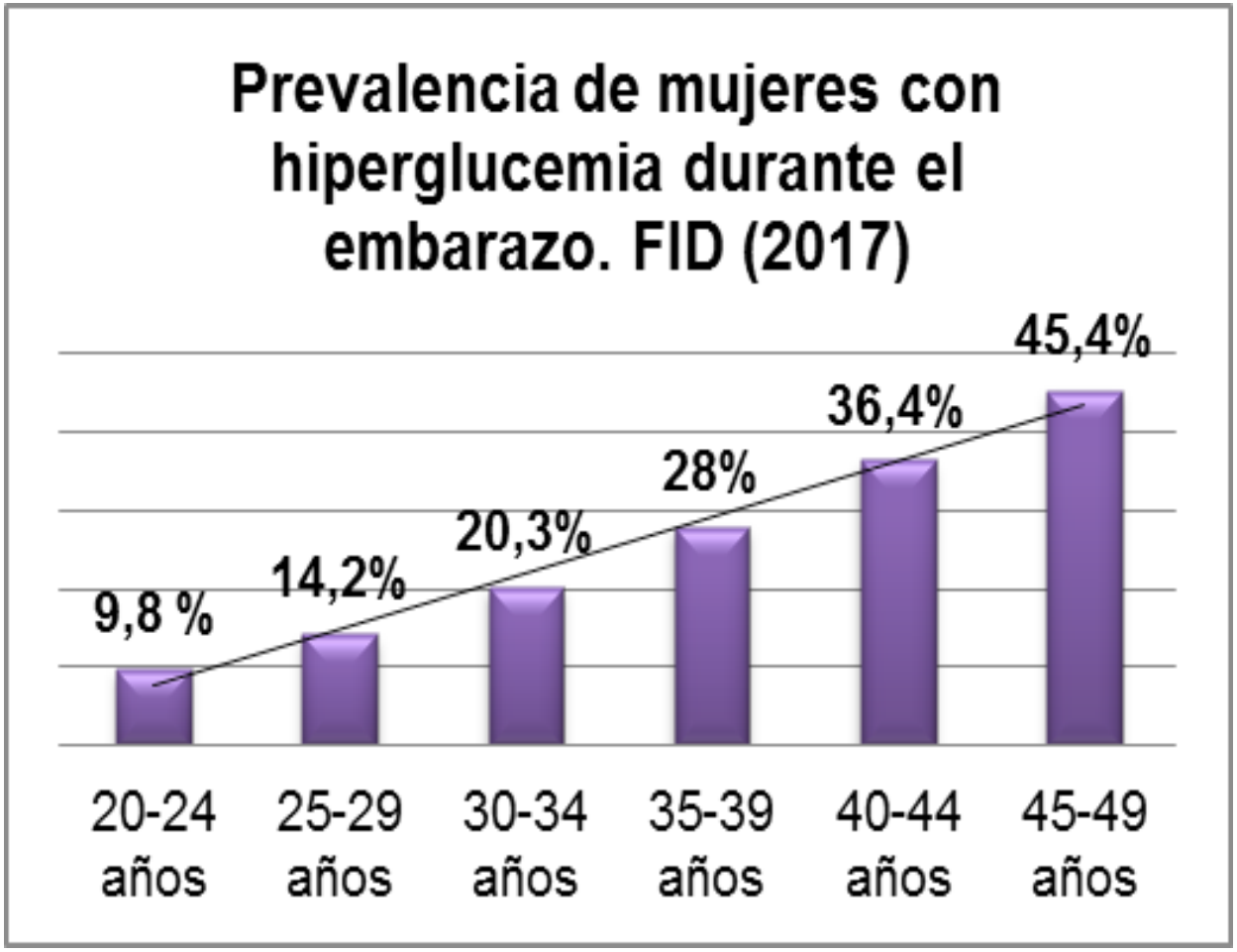
A este aumento de demanda de insulina se le suma otro factor añadido, que es la acción antagonista a la insulina de ciertas hormonas que intervienen en el embarazo como son el cortisol, la prolactina, los estrógenos y el lactógeno placentario, siendo ésta última, la principal hormona causante de la intolerancia materna a la glucosa. El lactógeno placentario (HPL) o somatomamotropina coriónica humana (HCS), es una hormona producida por la placenta, se detecta por primera vez a las cinco semanas de gestación y a medida que la placenta va creciendo, va segregando mayor cantidad de lactógeno, obteniéndose las concentraciones más elevadas en el tercer trimestre.

Este continuo estado de resistencia insulínica se contrarresta por lo general con una mayor producción y secreción de insulina por el páncreas. Esta hiperactividad genera una hiperplasia e hipertrofia de los islotes pancreáticos, pero en algunas mujeres la reserva pancreática de células beta es insuficiente (en especial por defectos en el transportador GLUT4) para atender a tal demanda, lo que se traduce como una ineficacia en la secreción insulínica originando la Diabetes Gestacional.

4. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgos comúnmente evaluados en la diabetes mellitus gestacional son:

- La edad**.** Es el principal factor de riesgo y en base a éste será o no necesario realizar screening para la DMG, en el primer trimestre de embarazo, en ausencia de otros factores de riesgo (< 25 años). Según datos de la FID (Federación Internacional de Información y Documentación) del 2017, la prevalencia de hiperglucemia en mujeres mayores de 30 años es del 28%, siendo sólo del 10% en mujeres menores de 25 años.


Prevalencia de mujeres con hiperglucemia durante el embarazo. FID (2017)
9,8 %
14,2%
20,3%
28%
36,4%
45,4%
20-24 años
25-29 años
30-34 años
35-39 años
40-44 años
45-49 años

- Obesidad. Exceso de peso previo al embarazo. La obesidad es otro de los factores de mayor importancia y se considera un factor de riesgo independiente para un pronóstico obstétrico adverso. El punto de corte para definir obesidad varía, para la American Diabetes Association (ADA), se considera factor de riesgo para DMG un IMC >25.

- Pertenecer a un grupo étnico de riesgo con una alta prevalencia de diabetes es una variable a considerar aunque no todos los estudios la consideran como factor de riesgo, dado que el grado de influencia en la prevalencia de DMG es difícil de cuantificar en la población.

- Historia familiar de primer grado de diabetes mellitus.
- Historia personal de diabetes gestacional. Se considera el predictor más agudo para DMG, aumentando el riesgo en un 33-50 % y si se suma un segundo factor de riesgo este aumenta aun más.
- Historia de intolerancia a la glucosa Trastorno del metabolismo de los carbohidratos (hiperglucemia en ayunas, intolerancia a los carbohidratos)
- Hipertensión arterial crónica
- Antecedentes obstétricos adversos:
  - Historia de natimuerto o muerte neonatal de causa inexplicable
  - Historia de fetos macrosómicos
  - Historia de malformación congénita

  - Historia de prematuridad o amenaza de parto pretérmino.
  - Historia de preeclampsia en multípara
  - Polihidramnios (acumulación excesiva de líquido)
  - Historia de traumatismo obstétrico
  - Mala historia reproductiva
  - Ganancia ponderal excesiva
  - Placenta previa
  - Glucosuria
  - Fetos macrosómicos de más de 4 kilos o percentil mayor a 90 al nacer
- Vulvovaginitis y vaginosis recurrente
- Infección de vías urinarias recurrente

- Síndrome de ovario poliquístico (SOP).

Todos estos factores deben ser evaluados para realizar el screening, tamizaje o cribado de la DMG. En esta evaluación existe gran controversia, por lo que muchos estudios han optado por determinar sus propios factores de riesgo. En lo que coinciden todos los estudios es que la evaluación del nivel de riesgo debe realizarse en la primera visita prenatal.

Según el nivel de riesgo las mujeres embarazadas podrían encontrarse en alguno de los siguientes grupos:

Riesgo Bajo: Las mujeres embarazadas que se encuentran en este grupo tienen un menor riesgo de desarrollar intolerancia a la glucosa durante el embarazo, por ello no hay necesidad de realizarles el screening para la DMG.

- Gestantes < 25 años.
- Normopeso.
- Sin antecedentes de metabolismo anormal de la glucosa.
- Sin antecedentes familiares (es decir, pariente de primer grado) de diabetes mellitus.
- Sin antecedentes obstétricos desfavorables.
- No pertenecientes a un grupo étnico con una alta prevalencia de diabetes (por ejemplo, hispanoamericanos, nativos americanos, asiático-americanos, afroamericanos, isleños del Pacífico).

Riesgo Medio o moderado: Las mujeres de riesgo medio o moderado deben realizarse pruebas de screening a las 24–28 semanas de gestación.

Este grupo estaría comprendido por el resto de gestantes que no están en el grupo anterior ni posterior. Algunos estudios incluyen dentro de este grupo:

- Sobrepeso. Índice de masa corporal (IMC) > 25 kg/m2 antes del embarazo.
- Historia de resultados obstétricos adversos.

Riesgo alto: Se debe realizar una prueba de cribado de DMG en la primera visita a las embarazadas identificadas en este grupo. Si fuera negativo se repite en las 24-28 semanas de gestación.

- Edad ≥ 35 años.
- Población étnica con alta prevalencia de DM (hispanos, africanos, nativos americanos del sur o del oriente asiático, islas del pacífico o indígenas con ancestro australiano)
- Obesidad (IMC ≥ 30 kg/m^2).
- Antecedentes de alteraciones del metabolismo de la glucosa o DMG, en embarazos previos.
- Antecedentes obstétricos que hagan sospechar de una DMG no diagnosticada:
  - ✓ abortos de repetición
  - ✓ macrosomía

- ✓ muertes fetales de causa desconocida
- ✓ malformaciones
- ✓ otros datos obstétricos o perinatales sugerentes de diabetes.

- Glucosuria
- Síndrome de ovario poliquístico (SOP).
- Historia de DM en familiares de primer grado.
- Trastorno del metabolismo de los carbohidratos (hiperglucemia en ayunas, intolerancia a los carbohidratos)

5. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Debido a que la glucosa en ayunas disminuye significativamente en el embarazo con respecto a la mujer no gestante, la mejor forma de detectar la intolerancia a la glucosa a estas pacientes es empleando pruebas de sobrecarga con glucosa.
- Existe una falta de consenso internacional en cuanto a los criterios diagnósticos para la diabetes gestacional. Con cualquier enfoque, el diagnóstico de DGM se basa en una Sobrecarga Oral de Glucosa (SOG) o Test de Tolerancia Oral a la Glucosa (TTOG), siendo la prueba más extendida, aceptada y suficientemente validada la **SOG (TTOG) con 100 g con 4 puntos de medición,** aunque hay estudios que también validan la SOG con 75 g de sobrecarga de glucosa y 3 puntos.

(En España, la SOG 75 g, se utiliza para reclasificar a la paciente tras el parto o lactancia como: normal, glucemia basal alterada, intolerante a la glucosa o diabética).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DIABETES METILLUS GESTACIONAL			
	ADA: American Diabetes Association (2015)		
	OMS: Organización Mundial de la Salud (2014) CDA: Canadian Diabetes Association (2014)	**Cribado**: SOG 50 gramos Test de O'Osullivan ≥140 mg/dL	
	Diagnóstico SOG 75 gramos	**Diagnóstico: SOG 100 gramos**	
Puntos de Medición		Carpenter y Coustan	NDDG: National Diabetes Data Group
Basal	≥ 92 mg/dL	≥ 95 mg/dL	≥ 105 mg/dL
1 hora	≥ 180 mg/dL*	≥ 180 mg/dL	≥ 190 mg/dL
2 horas	≥ 153 mg/dL	≥ 155 mg/dL	≥ 165 mg/dL
3 horas		≥ 140 mg/dL	≥ 145 mg/dL
Positivo:	≥ 1punto	≥ 2 puntos	
*La OMS no reconoce este punto de medición en el diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional			

- En España se realiza un procedimiento que consta de dos pasos.
- CRIBADO: se lleva a cabo una prueba de cribado mediante el test de O'Sullivan (también llamada "prueba de desafío de glucosa" [GCT]) el cual identifica las mujeres con riesgo de padecer diabetes gestacional con una sensibilidad del 80 %.
- DIAGNÓSTICO: si el cribado es positivo se realiza la prueba diagnóstica confirmatoria: SOG de 100 mg. Esta prueba diagnóstica deriva del trabajo original de O'Sullivan y Mahan, modificado por Carpenter y Coustan, pero el grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE) recomienda seguir los criterios del National Diabetes Data Group-Consensus Nord-Americain (NDDG).

CRIBADO:

Se realiza con El test de O'Sullivan o prueba de Sobrecarga Oral de 50 gramos de Glucosa.

Consiste en determinación de glucemia en plasma venoso, una hora después de la ingesta de 50 g de glucosa.

Puede realizarse a cualquier hora del día e independientemente de la hora de la última ingesta.

Es positivo cuando la glucemia es >= 140 mg/dl (7,8 mmol/l) y se realizará posteriormente una SOG (TTOG) de 100 g para su diagnóstico.

Si el resultado del test es >= 190 mg/dl, esta cifra es, ya de por sí, diagnóstica de **DG** y no sería necesario confirmarla con una SOG posterior.

En aquellas gestantes no diagnosticadas previamente de DMG y con diagnóstico de macrosomía fetal o polihidramnios durante el tercer trimestre, el test de O'Sullivan es opcional, algunos estudios recomiendan realizar directamente SOG con 100 g.

Recomendaciones del Test de O'Sullivan según el Grupo de Riesgo:	
Riesgo Bajo	No
Riesgo Medio o Moderado	En 24-28 semanas
Riesgo Alto	En la primera visita. Si es negativo repetir en 24-28 semanas.

DIAGNÓSTICO:

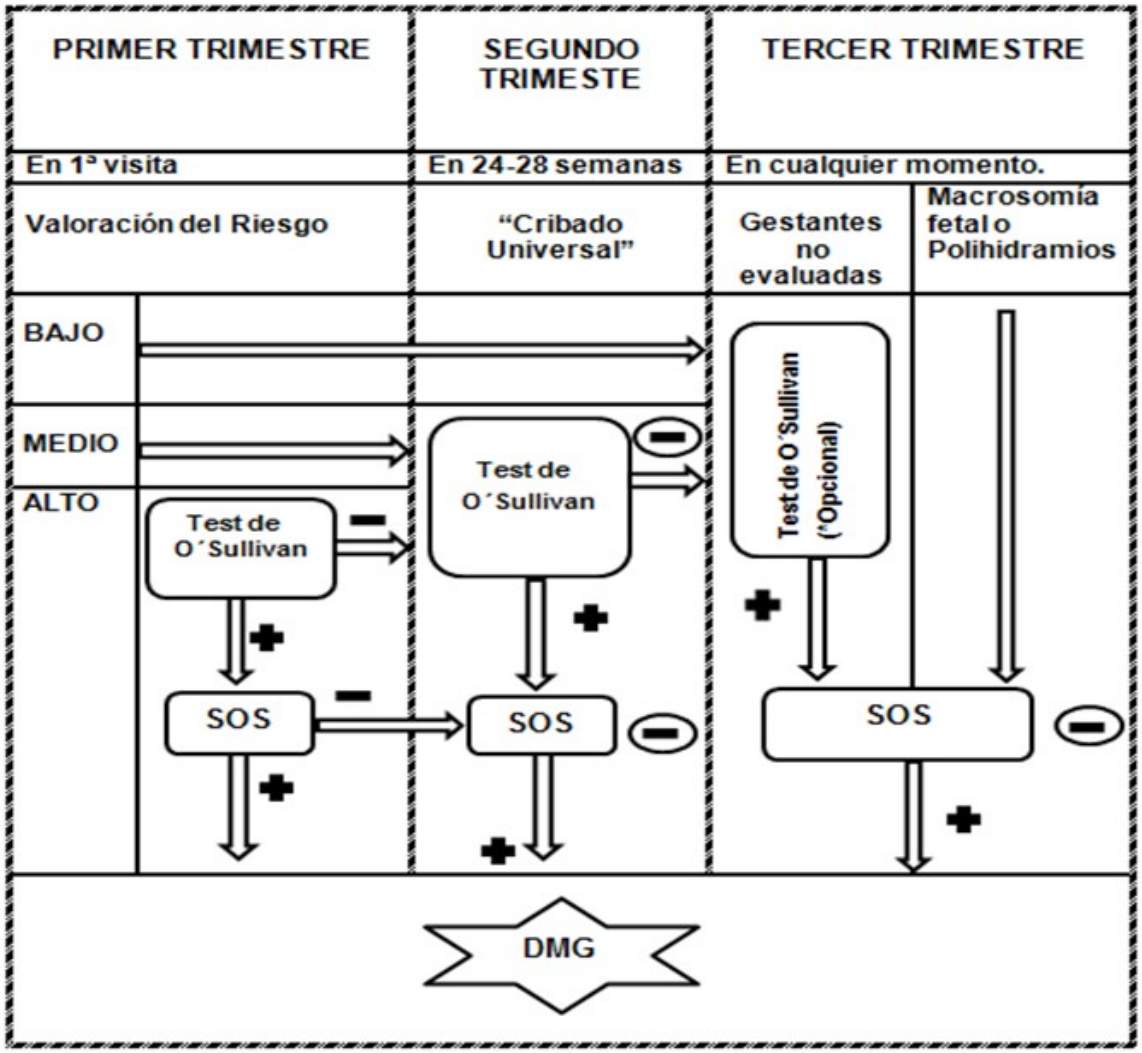
A las mujeres embarazadas con prueba de cribado positiva se les realizará SOG (sobrecarga oral de glucosa) con 100 g como prueba diagnóstica y con 4 puntos de medición de glucemia plasmática: la primera en ayunas (glucemia basal) y después se realizarán tres mediciones posteriores a la administración de glucosa (1 h, 2 h y 3 h).

Se considerará diagnóstico de DMG el hallazgo de 2 o más puntos iguales o superiores a los siguientes valores:

- Glucemia Basal ≥ 105 mg/dl (5,8 mmol/l)
- Glucemia 1ª hora ≥ 190 mg/dl (10,6 mmol/l)
- Glucemia 2ª hora ≥ 165 mg/dl (9,2 mmol/l)
- Glucemia 3ª hora ≥ 145 mg/dl (8,1 mmol/l)

Cuando hay un solo valor patológico se recomienda repetir la sobrecarga SOG a las 3-4 semanas o antes si se detectan complicaciones fetales relacionadas con la DMG.

Dos glucemias plasmáticas basales (en ayunas) en días diferentes > 126 mg / dl (7 mmol /l) o una glucosa en plasma casual> 200 mg / dl (11.1 mmol / l) cumple con el umbral para el diagnóstico de diabetes de DMG, (Diabetes Franca o Manifiesta en la gestación) y excluyen la necesidad de realizar el SOG.



*Estrategia diagnóstica en España de DMG en el embarazo.

6. RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE MUESTRAS

- Las muestras a analizar serán de plasma venoso. No se recomienda el suero pues valores altos de hematocrito interfieren en la determinación de la glucemia.
- Para ello utilizaremos tubos con anticoagulante (heparina o fluoruro sódico) que deberán llenarse hasta el enrase, indicado normalmente por una flecha en el tubo, para obtener la proporción adecuada de sangre y anticoagulante. Inmediatamente a la extracción se homogenizará la muestra con volteos suaves del tubo.

- Para la realización de la prueba diagnóstica de SOG:
- Se recomendará a la embarazada la ingesta de una dieta no restrictiva en carbohidratos, o al menos un aporte de ellos superior a 150 gramos/diarios, durante los 3 días previos a la prueba.
- La glucemia basal debe realizarse en la mañana después de un ayuno nocturno de entre 8 y 14 horas y seguidamente a la extracción se administrará por vía oral 100 gramos de glucosa disuelta en solución acuosa de 300 ml en 5 minutos.
- Después de la ingesta de glucosa, la paciente deberá permanecer sentada (para evitar cualquier actividad física) y sin fumar. Seguidamente se tomarán muestras de sangre venosa tras 1, 2 y 3 horas.

- Teniendo en cuenta que las concentraciones de glucosa en sangre total disminuyen con intensidad variable por efecto de la glicólisis, cuando el análisis no se vaya a realizar con inmediatez (antes de 1hora), se recomienda tomar las muestras en tubos con fluoruro sódico como anticoagulante, pues éste inhibe la glucolisis y estabiliza la glucosa (24 horas a temperatura ambiente y 72 horas en refrigeración 4-8ºC).
- MÉTODO DE DETERMINACIÓN Se recomienda realizar la determinación de glucosa mediante un método enzimático.

7. COMPLICACIONES DE LA DIABETES GESTACIONAL

La DMG es un importante factor de riesgo gineco-obstétrico. A mayor grado de intolerancia a la glucosa o de sensibilidad a la insulina en mujeres embarazadas, mayor será el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el feto.

La clasificación de Freinkel tiene un alto valor de predicción en el riesgo tanto perinatal, de los neonatos, como de las madres con DMG. Freinkel clasifica a las madres con DMG según el nivel de glucemia basal que presentan cuando son diagnosticadas en:

A1 (GA > 105 mg/dL); A2 (GA= 105 ó 129 mg/dL) y

B1 (GA > 130 mg/dL).

Siendo el grupo B1 las que tienen mayor riesgo de complicaciones gineco-obstétricas.

COMPLICACIONES PARA LA MADRE:

- Incremento del índice de cesáreas
- Descompensación metabólica aguda: cetoacidosis diabética, siendo mortal para la madre y el feto.
- Infecciones urinarias recidivantes que agravan la evolución de la diabetes.
- Preeclampsia/eclampsia, que aumenta el riesgo de morbimortalidad materno/fetal.
- Hipertensión arterial, dislipemia y enfermedad cardiovascular.

- DG en embarazos posteriores y diabetes mellitus tipo 2. El riesgo puede incrementar si la obesidad está presente.

COMPLICACIONES PARA EL FETO:

- Macrosomía fetal o peso excesivo para la edad gestacional (por encima del percentil 90) o un peso mayor a 4000 gramos al nacer. Es la complicación más frecuente de la DMG (aunque ésta no sea su principal causa) la cual aumenta el riesgo de parto vaginal instrumentado (tocotraumatismos), cesárea y neomortalidad. La ecografía en tercer trimestre es útil para valorar la macrosomía

- Malformaciones congénitas: relacionadas con la presencia de alteraciones del metabolismo de la glucosa previas al embarazo y no conocidas. Según estudios, una glucemia basal > 105 mg/dl en el primer trimestre está asociada con un mayor riesgo de malformación congénita.
- Las mujeres embarazadas diagnosticadas de DMG en el primer trimestre, o con glucemias basales > 120 mg/dl (6,7 mmol/l), deberán realizarse una ecografía precoz dirigida a la detección de malformaciones.

- Abortos. Una hiperglucemia > 105 mg/dl en el tercer trimestre aumenta el riesgo de muerte fetal.
- Síndrome de Distrés Respiratorio o Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR): es debida a la inmadurez pulmonar (p.e. neonatos) y producida por el efecto inhibitorio del hiperinsulinismo fetal sobre el efecto estimulador del cortisol sobre la síntesis de lecitina (surfactante pulmonar presente en el líquido amniótico en concentraciones según la madurez pulmonar). El cociente lecitina/esfingomielina se utiliza para predecir la madurez pulmonar del feto en mujeres con DMG. Cuanta más alta sea la concentración de lecitina comparada con la concentración de esfingomielina, más probable es la maduración pulmonar del feto.

- Hiperbilirrubinemia:
- Hipocalcemia: se presenta a los dos o tres días del nacimiento, cuya causa es la reducción transitoria de la secreción de paratohormona (PTH) por la glándula paratiroides.
- Hipoglucemia: es frecuente, especialmente en los neonatos macrosómicos.
- Futura obesidad y/o diabetes en hijos de madres con DMG. Los niños que se han desarrollado en un ambiente hiperglucémico tienen un mayor riesgo de desarrollar obesidad, alteración del metabolismo hidrocarbonato y síndrome metabólico en la vida adulta.

8. TRATAMIENTO

- El tratamiento de la diabetes gestacional empieza con un plan nutricional personalizado, ejercicio moderado y compromiso de la paciente para realizar una vigilancia de la glucemia capilar para mantenerla entre ciertos niveles.
- Estudios revelan que entre el 70 y el 85% de las mujeres con DMG pueden controlar sus niveles de glucemia sólo con modificar su el estilo de vida.
- Los principales objetivos del manejo nutricional y el soporte de ejercicio moderado son:
  - Lograr una ganancia de peso adecuada.
  - Optimizar el control glicémico.

- Reducir las fluctuaciones de glucosa en especial durante la glucemia posprandial.
- Evitar la cetonuria y evitar los episodios de hipoglucemia en pacientes insulinizadas.
- Proveer de suficiente energía y nutrientes para permitir un crecimiento fetal normal.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

Es el pilar fundamental del tratamiento, por ello lo debe proporcionar un especialista en nutrición con experiencia en el manejo de diabetes y embarazo.

La dieta en este tipo de pacientes debe promover una ganancia de peso de 8 a 12 kg (peso ideal), aporte calórico calculado respecto a la talla, peso ideal y edad gestacional.

El primer paso consiste en calcular el aporte total calórico diario, lo cual dependerá de su Índice de Masa Corporal y de la actividad física que realice.

IMC: Kg/m2	>25	20-25	<20
Actividad Sedentaria	25 Kcal/Kg/día	30 Kcal/Kg/día	35 Kcal/Kg/día
Actividad moderada	30 Kcal/Kg/día	35 Kcal/Kg/día	40 Kcal/Kg/día

Se recomienda utilizar 30-35 Kcal/kg de peso ideal/día (si la paciente tiene sobrepeso u obesidad no superar las 30 Kcal/kg de peso ideal/día).

Se elaborará una dieta personalizada teniendo en cuenta: que el 40-50% deben ser hidratos de carbono 30-40% grasas y 20% proteínas. Los HC se repartirán en 6 tomas al día (para evitar episodios de hipoglucemia), siendo el desayuno, la comida y cena los de mayor aporte.

Raramente encontramos hipoglucemia en la DMG pero igualmente debe de tratarse

Afortunadamente la hipoglucemia es rara en la DG pero si aparece ha de tratarse con 10 a 20 gramos de una proteína asociada a hidratos de carbono siendo preferibles

los hidratos de carbono complejos a los simples ya que estos pueden elevar rápidamente la glucosa seguido de un rápido declive de ésta

EJERCICIO MODERADO

Debe adaptarse, al igual que la dieta, a las condiciones individuales de cada paciente.

Se aconseja la realización de ejercicio físico leve posprandial durante un mínimo de 30 minutos diarios. Si al final de la gestación existen limitaciones físicas para realizarlo, deberían practicarse al menos 10 minutos de ejercicios en sedestación.

MONITORIZACIÓN DE LA GLUCOSA

(Glucometrías capilares).

La meta en la glucosa sanguínea durante el embarazo es lograr una glucemia central en:

- Ayuno menor a 95 mg/dL
- Una hora posprandial ≤140 mg / dL (7.8 mmol / L) o
- Dos horas posprandial menor a 120 mg/dL(6.7 mmol / L)

Se recomienda un control más estricto cuando el crecimiento fetal es igual o mayor del percentil 90, en donde las metas de glucemia serán:

- En ayuno, menor a 80 mg/dL
- Una hora posprandial menor a 130 mg/dL

Si con el tratamiento dietético + ejercicio físico la glucemia basal es superior a 95 mg/dl (5,3 mmol/l) o la postprandial es superior a 120 mg/dl (6,7 mmol/l) en ocasiones

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se debe considerar tratamiento farmacológico en mujeres con DMG:

- cuando con el cambio de dieta y el ejercicio no se logran los objetivos de control metabólico deseados (2 o más valores alterados) en un período de dos semanas.
- En aquellas embarazadas con fetos grandes para la edad gestacional aun cumpliéndose los objetivos glucémicos.

Las gestantes que requieran tratamiento farmacológico se las derivará lo antes posible a un médico especialista en diabetes o endocrinólogo el cual llevará de forma personalizada su tratamiento.

El tratamiento puede realizarse con antidiabéticos orales o insulina, aunque la insulina es el tratamiento de primera elección en mujeres con DMG ya que no atraviesa la placenta.

El tratamiento con antidiabéticos.

Los principales temores del uso de antidiabéticos o hipoglucemiantes orales es su potencial teratogénico.

El tratamiento con antidiabéticos orales como la metformina y la gliburida (segunda generación de sulfonilureas) han mostrado seguridad y efectividad a corto plazo para el tratamiento de la gestante diabética durante el segundo y tercer trimestre, pero no son la primera opción porque atraviesan la placenta y no hay estudios que garanticen su seguridad a largo plazo.

El más estudiado es la metformina, que no ha mostrado diferencias en complicaciones perinatales cuando se compara con la insulina (aunque puede aumentar ligeramente el riesgo de prematuridad) siendo el único antidiabético oral permitido en el embarazo (ya que en estudios con sulfonilureas de primera generación han confirmado que producen intensas hipoglucemias neonatales con complicaciones graves y malformaciones producto de la hipoglucemia). Se ha demostrado que el uso de metformina disminuye la morbilidad fetal e infantil, así como la mortalidad en países en desarrollo, donde el uso generalizado de insulina es limitado y complejo.

En España, el uso de orales está contraindicado durante la gestación y la lactancia.

Tratamiento con Insulina. Insulinización.

En España, fármaco de primera elección para el tratamiento de la DMG es la Insulina.

El tratamiento con Insulina en la DMG se basa en la replicación fisiológica de la secreción de insulina. La insulina basal es suplida por la administración de insulina exógena.

Las insulinas basales intentan simular el patrón basal (secreción continua de insulina) inhibiendo la producción hepática de glucosa, para mantener la normoglucemia en ayunas. Las insulinas prandiales pretenden replicar el pico de secreción de insulina que se produce tras la ingesta de alimentos.

con insulinas pandriales (estrategias basal-plus y bolo-basal). Las insulinas basales son de similar eficacia en el control glucémico, sin embargo los análogos suponen menor riesgo de hipoglucemias frente a la insulina NPH (basal) o premezclada. La utilización inicial de un análogo basal parece más recomendable por el menor riesgo de hipoglucemia.

Tipo de Insulinas			Inicio	Pico máximo	Duración
Basales	Acción Intermedia	NPH	1-2 horas	4-6 horas	12 horas
	Acción Prolongada	Glargina	1-2 horas	Sin pico	20-24 horas
		Detemir	1-2 horas	Sin pico	18-20
Pandriales	Acción Rápida	Aspart	10-15 min	1-2 horas	3-5 horas
		Glulisina	< 15 minutos		
		Lispro			
	Acción Corta	Insulina Regular	30 minutos	2-4 horas	6-8 horas
Mezclas	Con Insulina Humana	Regular + NPH	30 minutos	Doble	12 horas
	Con Análogos	Aspar + NPH	10-15 minutos	Doble	12 horas
		Lispro + NPH			

La insulinización en DMG es muy diversa, no hay ningún procedimiento estandarizado, además cada tratamiento es personalizado ya que se debe ajustar a cada paciente y según la respuesta de su metabolismo. Pero podemos destacar las siguientes generalidades:

- Debe hacerse de manera escalonada, progresiva y teniendo en cuenta que cada paciente será manejada de manera individual, según su repuesta a la dosis inicial.
- Se realiza con insulina preferentemente humana: basal NPH (neutral protamine Hagedorn) y/o Regular (pandrial) o análogos de insulina de acción rápida o bifásica (lispro, aspart, detemir y glargina), en caso de hiperglucemia persistente.

- La dosis total diaria es variable, pudiendo cifrarse entre 0,3-0,5 UI/Kg/día.
- Cuando se inicia insulinoterapia de debe empezar con dosis bajas (0,1-0,2 UI/kg/día), procediéndose a su posterior ajuste según los valores obtenidos en los autocontroles.
- Para ajustar la dosis y conseguir los objetivos glucémicos (< 95 mg/dl en basal y < 120 mg/dl en postprandial) es recomendable administrarla en 2 ó 3 dosis de insulina, para no aumentar el riesgo de hipoglucemia nocturna y en base a las glucemias pre y postprandiales de la paciente.

- Si existieran hiperglucemias postprandiales será preciso modificar el tratamiento, añadiendo dosis complementarias de insulina rápida antes de cada comida, o cambiando la insulina NPH por una mezcla o también mediante el uso de infusores de insulina subcutánea continua.

Problemas que pueden aparecer en las mujeres embarazadas con Tratamiento de Insulina:

- Efecto Somogyi: Aparece cuando se dan valores de glucosa altos en las primeras horas de la mañana en ayunas junto con alteraciones del sueño. Es debido a una hipoglucemia nocturna seguida de una respuesta hormonal excesiva contrarreguladora.
- Fenómeno del Alba: Glucemias altas en ayunas en ausencia de hipoglucemias nocturnas.

- Hipoglucemias: los síntomas incluyen sudoración, temblor, palpitaciones, debilidad, confusión, visión doble, convulsiones o incluso lesión cerebral irreversible.
- Cetoacidosis diabética: Urgencia médica que puede progresar rápidamente al coma y a la muerte. Es una complicación poco frecuente de la diabetes mellitus gestacional pero puede suceder en embarazadas no diagnosticadas y sin ningún control. Se produce cuando el organismo no puede metabolizar la glucosa por ausencia de insulina y metaboliza las grasas como alternativa a energética, dando lugar a la acumulación de cuerpos cetónicos en sangre.

9. CONCLUSIONES

- La diabetes es una de las complicaciones metabólicas más frecuentes de la gestación y se asocia a un incremento del riesgo de morbimortalidad maternal y fetal, que puede reducirse o evitarse con un adecuado control y tratamiento.
- En el embarazo normal hay una resistencia insulínica como respuesta a las hormonas placentarias (lactógeno humano placentario, progesterona, cortisol, hormona del crecimiento y prolactina). Esta resistencia se contrarresta en condiciones normales con un aumento de la secreción de insulina, pero cuando su producción es insuficiente o ineficaz aparece la Diabetes Gestacional.

- El deterioro de la tolerancia a la glucosa ocurre normalmente durante el tercer trimestre, pero debido a la actual epidemia de obesidad y al incremento en la incidencia de DM en mujeres en edad fértil, existe un aumento de mujeres embarazadas con DM tipo 2 no diagnosticada, por ello se recomienda realizar el cribado en la primera visita prenatal.
- La DMG suele presentarse como un trastorno transitorio durante el embarazo, soliendo desaparecer al final del mismo. Sin embargo, las mujeres embarazadas con hiperglucemia corren un mayor riesgo de desarrollar DMG en los embarazos subsiguientes y alrededor del 50% con antecedentes de DMG desarrollará DM tipo 2 entre cinco y diez años tras el parto y sus hijos tienen un mayor riesgo de desarrollarla en un futuro.

- Las mujeres con hiperglucemia durante el embarazo pueden controlar sus niveles de glucemia mediante una dieta equilibrada, ejercicio moderado y una monitorización de la glucemia. Solamente un porcentaje entre el 15 al 30 % requiere tratamiento farmacológico.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE) Acosta D, Balsells M, Ballesteros M, Bandres MO, Bartha JL, Bellart J | et al. Asistencia a la gestante con diabetes. Guía de práctica clínica actualizada en 2014.Avances en Diabetología. Elsevier BV. [Internet] 2015 [fecha de Consulta 11 de Septiembre de 2019]; 31(2): 45-59. Disponible en:

  https://doi.org/10.1016/j.avdiab.2014.12.001.

http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134323014001525

❖DIABETES mellitus gestacional [Recurso electrónico]; documento de apoyo / [autores-as, Forcada-Falcón,Mercedes (coordinación) ... et al.]. -- [Sevilla] :Consejería de Salud, 2017 Texto electrónico (pdf), 30 p.Disponible en : https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956f37548_documento-apoyo-dmg-00.pdf

❖Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (pregestacional y gestacional). Guía de Práctica Clínica. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2014.

Disponible en: http://salud.gob.ec

http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Diabetes%20en%20el%20embarazo.pdf

- Otilia Perichart Perera,*,** Paola Alonso de la Vega,* Carlos Ortega González***Fisiopatología y atención nutricia de pacientes con diabetes gestacional. Ginecol Obstet Mex 2006; 74:218-23. ISSN-0300-9041 Disponible en: https://www.nietoeditores.com.mx/nieto/Ginecologia/2006/numero%204/fisiopatologia_atencion.pdf

- ROJAS-CARRERA, Sonia Irma et al. Precisión diagnóstica de la prueba de O'Sullivan en diabetes gestacional. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, [S.l.], v. 51, n. 3, p. 336-339, dic. 2016. [Fecha de acceso: 14 sep. 2019] ISSN 2448-5667. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/983/1597

- EDUCACIÓN CONTINUADA EN EL LABORATORIO CLÍNICO. Ed Cont Lab Clín; 16: 1- 8 COMITÉ DE EDUCACIÓN. M. Rodríguez (presidente), D. Balsells, R. Deulofeu, M. Gassó, J.A. Lillo, A. Merino, A. Moreno, MC. Villà. ISSN 1887-6463. Octubre 2012. Disponible en:http ://www.seqc.es/download/tema/7/3309/1402020685/88453/cms/tema-1-criterios-actuales-diabetes-mellitus.pdf/

- Grupo del Programa de Atención Integral a la Diabetes Mellitus. Manual de Procedimientos Diabetes Mellitus. Mayo 2014. Dirección General de Planificación y Aseguramiento. Servicio Aragonés de Salud. Disponible en:

https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Manual%20de%20procedimientos%20Diabetes%20Mellitus-3.pdf/fde34cae-3123-de5c-ffaa-45519697b3d3

- Medina-Pérez EA, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo AR, Martínez-López MA, Jiménez-Flores CN, Serrano-Ortiz I et al. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. Med. interna Méx. [Internet]. 2017 Feb [fecha de Consulta 11 de Septiembre de 2019]; 33(1): 91-98.

Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100091&lng=es

.

- Contreras-Zúñiga E, Arango LG, Zuluaga-Martínez SX, Ocampo V. DIABETES Y EMBARAZO. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [Internet]. 2008 [fecha de Consulta 12 de Septiembre de 2019]. ISSN: 0034-7434. , 59(1), 38-45. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/1952/195218311004.pdf

- Campo MN, Posada G. Factores de riesgo para Diabetes Gestacional en población obstétrica.CES Medicina.[Internet].2008 Ene-Jun [fecha de Consulta 11 de Septiembre de 2019]; 22(1),59-69. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261121009007

- Cho NH, Kirigia J, Mbanya JC, Ogurstova K, Guariguata L, Rathmann W, et al. Diabetes Atlas de la FID. [Internet] 8ª edición, Federación Internacional de Diabetes. 2017. Disponible en:

https://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html

- Arizmendi J, Carmona Pertuz V, Colmenares A, Gómez Hoyos D, Palomo T. Diabetes gestacional y complicaciones neonatales. Rev. Med. [Internet]. 30 de noviembre de 2012 [fecha de Consulta 11 de septiembre de 2019]; 20(2):50-9. Disponible en: https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/1200

- PACORA, Percy. Diabetes y embarazo: Vigilancia epidemiológica. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, [S.l.].1996. [fecha de Consulta 11 de Septiembre de 2019]; 42(2):10-20. ISSN 2304-5132. Disponible en: http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1788
- Castillo CA.Diabetes mellitus gestacional: Generalidades.Rev Med Cos Cen [Internet] 2011; [fecha de Consulta 11 de Septiembre de 2019];(596); 109-113. Disponible en:

https://pdfs.semanticscholar.org/e959/5654a30ee75526c0a2c8580ed4c2741c6166.pdf

❖ Billy Sánchez Jacinto, Holger Zeballos Conislla. Glucosa, ¿qué tubo de recolección usar?. CARTA AL EDITOR / LETTER. Rev Med Hered. [Internet] 2015; [fecha de Consulta 11 de septiembre de 2019] 26:60-61. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v26n1/a12v26n1.pdf

TEMA 56. EL CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX.

IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO

ÍNDICE

- ¿QUÉ ES EL CÁNCER DE CÉRVIX?
- ¿QUÉ LO PROVOCA?
- SÍNTOMAS
- ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN
- PREVENCIÓN PRIMARIA: VACUNACIÓN
- PREVENCIÓN SECUNDARIA: CRIBADO
- CONCLUSIONES RESPECTO DEL CRIBADO
- BIBLIOGRAFÍA

¿QUÉ ES EL CÁNCER DE CÉRVIX?

Se denomina así a aquella neoplasia en la cual las células cancerosas se encuentran en una concreta parte del aparato reproductor femenino cual es el cuello uterino, de modo tal que el tumor comienza afectando al cérvix. Por ello, puede ser llamado también cáncer cervical o cáncer de cuello uterino.

Se trata de un tumor que, considerado en una escala mundial, es uno de los más letales en mujeres, hasta el punto de que algunos estudios lo sitúan como la principal causa de muerte cuando se trata de países en vías de desarrollo.

En España es el segundo cáncer que más afecta a la población femenina de entre 15 y 44 años de edad, siendo diagnosticados aproximadamente 2.500 casos anualmente.

¿QUÉ LO PROVOCA?

Existe una muy elevada correlación entre el cáncer de cuello de útero y el virus de papiloma humano (HPV), de tal modo que casi todos los casos de este tipo de neoplasia ocurren cuando el cérvix se infecta por este virus, el cual resulta ser el principal agente causal.

El HPV se transmite entre personas por medio de las relaciones sexuales, por lo que los factores de riesgo de la infección por este virus tienen que ver con contactos genital-genital, anal-genital o, incluso, mediante la práctica de sexo oral.

Sin embargo, no puede considerarse que tal virus por si solo sea la exclusiva razón por la que se produce el cáncer de cérvix, pues la infección por HPV no supone necesariamente, ni mucho menos, el desarrollo del tumor cancerígeno (es causa necesaria, pero no bastante por si sola).

De hecho, una mayoría de mujeres con infección por HPV no llegará a desarrollar el cáncer, tratándose de afecciones transitorias que, incluso, pueden resultar asintomáticas. En este punto, hay que tener presente que no todos los papilomavirus humanos guardan correlación con la generación de tumores malignos, de modo tal que algunos de ellos han sido clasificados como virus de bajo riesgo y otros como virus de alto riesgo. Es conocido que, en los serotipos de alto riesgo, el HPV ocasiona que se produzcan las llamadas proteínas E6 y E7 que, a su vez, provocan la desactivación de genes supresores de tumores, favoreciendo el desarrollo de la neoplasia.

Pero hay que tener presente, además, que existen otras circunstancias que coadyuvan o favorecen el desarrollo del cáncer: tabaquismo (supone el doble de probabilidades de padecerlo), déficit inmunitario o infección por clamidia son algunos de los principales factores de riesgo en tal sentido.

SÍNTOMAS

Los síntomas del cáncer de cuello de útero serán variables dependiendo del estadio de su desarrollo. Normalmente en etapas tempranas su presencia resultará asintomática, pero en fases más avanzadas de su crecimiento, los principales signos de alarma vendrían a ser los siguientes:

- Sangrados vaginales tras haber mantenido contactos sexuales, entre menstruaciones o en mujeres en edad menopáusica.
- Secreciones espesas y con mal olor.
- Dolores o molestias cuando se mantienen contactos sexuales.
- Dolor en la pelvis.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Las dos formas de abordar la prevención de este tipo de cáncer son mediante la prevención primaria y mediante la prevención secundaria. Cuando se trata de impedir que se llegue a contraer la infección por HPV se habla de prevención primaria, mientras que cuando la forma de anticiparse a la enfermedad se basa en hacer un diagnóstico temprano de lesiones precancerosas con el propósito de lograr un pronto y eficaz tratamiento de las mismas antes de que evolucionen hacia el cáncer estamos ante la definida como prevención secundaria.

Dada la transmisión por vía sexual del agente patógeno (HPV) el adecuado uso del preservativo ayudará a evitar la infección en un 60-70% de las ocasiones, pero no eliminará plenamente el riesgo dado que el virus puede propagarse por contacto con zonas no protegidas por el preservativo.

PREVENCIÓN PRIMARIA: VACUNACIÓN

La vacunación frente al HPV es un medio de prevención profiláctico, puesto que no sirve para curar una infección ya presente o para actuar sobre las lesiones secundarias que una previa infección haya ocasionado, pero sí resulta altamente eficaz para sortear posibles afectaciones futuras de los serotipos vacunales.

En España la vacunación frente a este virus comenzó en el año 2008 y actualmente son tres las vacunas registradas contra el mismo, las cuales tienen los siguientes nombres comerciales: “Cervarix” (VPH-2, bivalente, contra los serotipos 16 y 18, partícipes en el desarrollo del cáncer del cuello de útero), “Gardasil” (VPH-4, tetravalente, actúa, además de contra los serotipos 16 y 18, contra los serotipos 6 y 11, responsables en la aparición de verrugas genitales) y “Gardasil 9” (VPH-9, nonavalente, que además de los tipos de

VPH ya indicados es eficaz contra los serotipos 31, 33, 45, 52 y 58).

Los diferentes ensayos clínicos efectuados hasta la fecha han demostrado una muy alta eficacia de las mismas. El rango de edad previsto para cada vacuna varía de un país a otro. En España la vacunación HPV está indicada tanto para el sexo femenino como para el masculino por encima de los nueve años de edad, recomendación de vacunación a varones que también hace la OMS. Sin embargo, en la práctica, aunque la administración de estas vacunas está incluida de ordinario en el correspondiente programa de vacunación únicamente cuenta con financiación global para el sexo femenino y tan sólo algunos grupos de hombres que incurren en prácticas o situaciones consideradas de riesgo (homosexuales hasta los 26 años o afectados por VIH). Así por ejemplo, la Comunidad de Madrid ha aprobado en 2019 comenzar a vacunar a tales grupos.

PREVENCIÓN SECUNDARIA: CRIBADO

En general el cribado (o screening) se basa en la realización de una serie de evaluaciones y exploraciones a un amplio grupo de población con el propósito de encontrar los individuos que tienen mayor probabilidad de desarrollar una determinada patología para tratar de lograr su pronto diagnóstico y tratamiento.

En el caso de la prevención del cáncer de cuello de útero, los programas de cribado en mujeres sanas se basan, principalmente, en la práctica de citologías cervicales, método altamente eficaz que, según se estima, ha permitido lograr una minoración en la incidencia y mortalidad de esta neoplasia de entre el 70 y el 90 por ciento.

En España son las Comunidades Autónomas las que implantan programas de cribado del cáncer de cuello de útero,

pero no suelen hacer una invitación expresa a la población diana para que participe en los programas, sino que suele aprovecharse un contacto previo de la interesada con el correspondiente servicio de salud, estrategia que debiera revisarse para mejorar el rendimiento del screening. Quizás en ello esté una de las claves que expliquen la razón por la cobertura en mujeres no es todo lo buena que podría ser.

De acuerdo con las recomendaciones de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia, en mujeres menores de 25 años de edad generalmente no resultaría preciso realizar el cribado debido a la muy baja incidencia del cáncer de cérvix por debajo de tal edad, por lo que la práctica de esta medida preventiva en este segmento poblacional apenas aportaría ningún beneficio. De hecho, la actualización de la Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud señala como población objetivo a efectos de cribado las mujeres asintomáticas que son o hayan sido sexualmente

activas comprendidas en una franja de entre 25 y 65 años de edad, estableciendo como prueba de cribado la práctica de citologías en intervalos de entre tres y cinco años tras dos citologías normales, debiendo tenerse en cuenta que se establece que, cuando se acceda por vez primera, se recomienda la realización de dos citologías en un intervalo de un año entre una y otra, pautas generales que en España vienen normativamente recogidas en la Orden SSSI/2065/2014, de 31 de octubre.

Cabría preguntarse si a la luz de los antecedentes personales de cada mujer o de sus propios factores de riesgo resultaría aconsejable hacer alguna variación en el intervalo de cribado, sin embargo, parece que no hay razón para ello, salvo en el caso de mujeres inmunodeprimidas.

Las recomendaciones de cribado contenidas en las guías publicadas por la Asociación Española de Patología Cervical

son más detalladas en cuanto a los plazos y estrategias que las genéricas previsiones contenidas en la Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud y en la Orden citadas. Así, dicha Asociación, siguiendo a su vez lo indicado por las guías de la American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology y American Society for Clinical Pathology, 2012, recomienda el cribado mediante citologías trianuales en población de 21 a 29 años, mientras que para la escala de edad de entre 30 y 65 años, antes que la realización única de citologías recomienda la práctica una opción más aconsejada, cual es la realización de un co-test (citología más test HPV) quiquenalmente, cuyo valor predictivo en esta franja de población es próximo al 99 por ciento. Para este segmento poblacional, se mantiene la realización de citologías cada tres años como una opción aceptable.

Por último, para edades superiores a los 65 años se podría finalizar el cribado en mujeres que hubiesen obtenido resultados negativos en tres citologías consecutivas o dos co-test negativos en los diez años antecedentes siempre que el último co-test realizado se haya practicado en el último quinquenio. Sin embargo, en los casos de mujeres con antecedentes de CIN se aconseja proseguir cribado 20 años.

CONCLUSIONES RESPECTO DEL CRIBADO

La implantación de programas de cribado de cáncer de cuello de útero en los términos indicados ha conllevado indudables beneficios, hasta el punto que se ha detectado una considerable reducción de su incidencia durante las últimas dos décadas. Con todo, algunos estudios han detectado que desde la década de los noventa se ha venido apreciando un incremento en la franja de edad de entre 25 y 34 años, lo que apunta a que la cobertura del cribado en este grupo de mujeres es menor, razón por la que habría que implementar estrategias que mejoren esta carencia.

En todo caso, la práctica del cribado no deja de tener algún efecto de carácter negativo, como las situaciones en las que se producen falsos positivos con el consiguiente padecimiento psicológico de la mujer afectada.

La acabada de señalar es una de las razones por las que la edad de comienzo del cribado se está fijando en los 25 años, pues no se considera que los beneficios reportados por el cribado en tales casos compensen los posibles daños que podría acarrear.

Tampoco debe perderse de vista, como riesgos que puede conllevar el screening, la posibilidad de que se den supuestos de falsos negativos, esto es, casos en los que la prueba realizada arroje un resultado negativo tratándose de una persona que, en realidad, sí está enferma, circunstancia que podría desembocar en una falta de diagnóstico. Ante ello, es preciso implementar procesos de alta calidad en todos los procedimientos implicados en el screening.

BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2018.
- Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 22 de octubre de 2009, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Guía de Cribado del Cáncer de Cuello de Útero en España, 2014. Asociación española de Patología Cervical y Colposcopia, 2014.

- López de Argumedo González de Durana M, Bayón Yusta JC, Mateos del Pino M. Impacto de la implantación de un programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix, siguiendo las recomendaciones europeas (prueba/intervalo) en relación a la situación actual. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, 2016. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.
- Vallejo-Ruiz V, Velázquez-Márquez N, Sánchez-Alonso P, Santos-López G, Reyes-Leyva J. Funciones de la oncoproteína E7 del virus de papiloma humano. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015; vol. 53, núm 2:172-177.
- González Rubio Y, Castaño Pinto M. Cribado del cáncer de cérvix: ¿la misma frecuencia para mujeres inmigrantes latinoamericanas? Medifam. 2001(9):546-552.

- Manual de Vacunas en línea de la Asociación Española de Pediatría, Capítulo 42, Virus del Papiloma Humano [actualizado en junio de 2018]. Disponible en: https://vacunasaep.org
- Matos Berroa S, De los Santos Berrido E, Reolid Martínez R, Flores Copete M, Ayuso Raya M, Pérez López N, Escobar Rabadán F. ¿Debemos redefinir la población diana en el cribado de cáncer cervical con la técnica de Papanicolau? *Clínica e* Investigación en Ginecología y Obstetricia 2015, 42(4):150-156.
- Castillo M, Astudillo A, Clavero O, Velasco J, Ibáñez R, de Sanjosé S. Evaluación de fallos tras el análisis de la historia de cribado en mujeres diagnosticadas de cáncer infiltrante de cuello uterino. Atención Primaria 2018; 50(3):151-158.

TEMA 57. ESPIROMETRÍA PARA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

ESTÍBALIZ GARCÍA PEREA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- TIPOS DE ESPIROMETRÍA.
- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.
- PARÁMETROS ESPIROMÉTRICOS.
- PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA FORZADA.
- CURVA ESPIROMÉTRICA: CRITERIOS DE ACEPTABILIDAD Y REPETIBILIDAD.
- INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS. PATRONES DE ALTERACIÓN PULMONAR.
- TEST BRONCODILATADOR.
- BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

- Las enfermedades respiratorias constituyen uno de los motivos más frecuentes de asistencia en las Consultas de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
- En ellas, una correcta anamnesis, exploración física detallada, radiología de tórax y espirometría forman los cuatro pilares básicos en la valoración de estos enfermos.
- La espirometría es la principal prueba de función pulmonar, y resulta imprescindible para la evaluación y el seguimiento de las enfermedades respiratorias.

INTRODUCCIÓN

- Esta técnica es un procedimiento fácil y rápido de realizar, seguro, accesible y asequible. Sin embargo, requiere entrenamiento, práctica y unos conocimientos adecuados por parte del personal que lo realiza.
- La espirometría consiste en el análisis de los volúmenes pulmonares y de la rapidez con que éstos son movilizados en unidad de tiempo, medidos a través de un espirómetro.

TIPOS DE ESPIROMETRÍA

- **Espirometría simple:** tras una inspiración máxima, se realiza una espiración máxima lenta y sin esfuerzo. Mide volúmenes estáticos.
- **Espirometría forzada:** es la que más se realiza en Atención Primaria. Consiste en una maniobra de inspiración lenta y máxima hasta llegar a la capacidad pulmonar total, seguida de una espiración lo más rápida y prolongada posible hasta alcanzar la situación de volumen residual. Mide volúmenes dinámicos y es más útil que la espirometría simple.

INDICACIONES

- Diagnóstico de pacientes con síntomas respiratorios (disnea, tos crónica, ortopnea, sibilancias, etc).
- Valorar el riesgo preoperatorio, principalmente de pacientes que refieran síntomas respiratorios.
- Valorar la respuesta pulmonar a determinados fármacos.
- Evaluar ciertas enfermedades que presentan afectación pulmonar (EPOC, asma, fibrosis quística, etc).
- Evaluar la capacidad respiratoria ante la presencia de síntomas relacionados con la respiración (tos, disnea, expectoración,...) o signos de enfermedad (malformaciones torácicas, Rx tórax alterada, gasometría, pulsioximetría).
- Cribado y seguimiento de pacientes de riesgo (fumadores, procesos alérgicos, etc).

CONTRAINDICACIONES

- **<u>Absolutas:</u>**
  - Hemoptisis.
  - Neumotórax activo o reciente.
  - Cardiopatía inestable.
  - Aneurismas con riesgo de rotura.
  - Desprendimiento de retina.
  - Cirugía abdominal, torácica u ocular reciente.
- **<u>Relativas:</u>**
  - Deterioro mental o físico avanzado de los pacientes (siempre que imposibilite su colaboración de la prueba).
  - Traqueotomía, problemas bucales o faciales, con hemiplejía facial o aquellos en los que la respiración a través de una boquilla les desencadena náuseas.

PARÁMETROS ESPIROMÉTRICOS

- **Capacidad vital forzada (FVC):** Volumen de aire expulsado durante la maniobra forzada (L).
- **FEV_1:** Volumen espiratorio forzado en el primer segundo.
- **FEV_1/FVC:** Expresa el volumen de aire espirado en el primer segundo respecto al máximo que puede ser expulsado durante la maniobra de espiración forzada.
- **PEF:** flujo espiratorio máximo o flujo pico espiratorio. Es el flujo máximo conseguido durante una maniobra de espiración forzada (L/seg).
- **$FEF_{25-75\%}$:** flujo espiratorio forzado entre el 25% y el 75% de la FVC.

PROCEDIMIENTO ESPIROMETRÍA FORZADA

- **<u>Recomendaciones previas:</u>**
  - No tomar teofilinas retardadas 36-48h antes.
  - No tomar anticolinérgicos o agonistas B_2 de acción corta 6h antes.
  - No tomar agonistas B_2 o anticolinérgicos de acción prolongada 12-24h antes.
  - No tomar broncodilatadores antes de la prueba o registrarlo si se han tomado.
  - No fumar al menos 24h antes.
  - Evitar ropa ajustada.
  - Evitar comidas abundantes y bebidas con cafeína horas antes de la prueba.

PROCEDIMIENTO ESPIROMETRÍA FORZADA

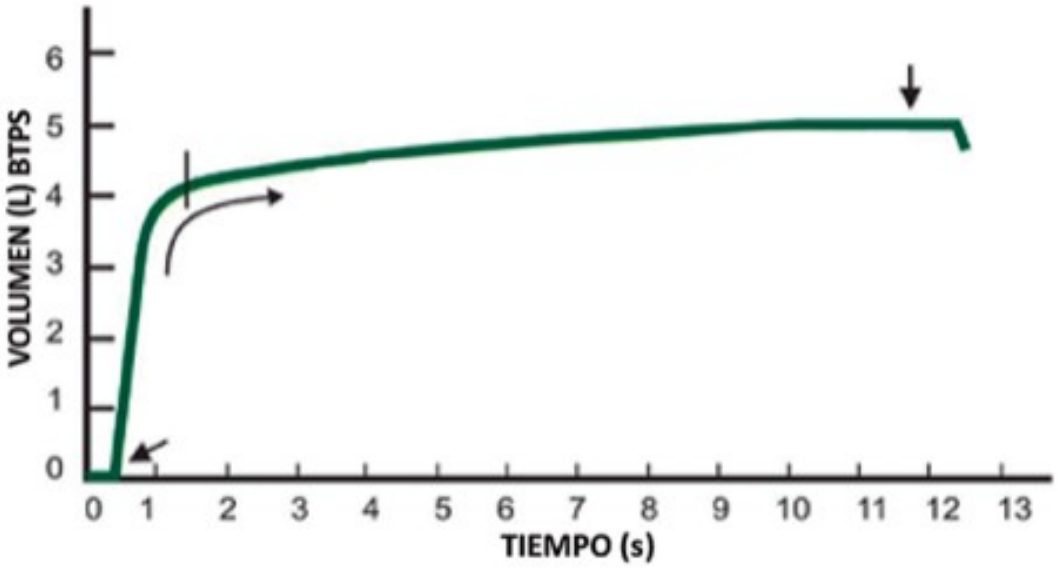
- Calibración del espirómetro diariamente, con jeringa de tres litros para comprobar que no existen fugas.
- Informar al paciente del procedimiento a seguir, de las razones que lo motivan, de la importancia de una adecuada colaboración y de la ausencia de molestias.
- Registrar el peso y la talla del paciente (descalzo y con ropa ligera) así como la edad para calcular los valores de referencia.
- Colocar al paciente sentado cómodamente y evitando el cruce de piernas (en el caso de otra posición hacerlo constar en el informe). Mantener su nariz ocluida con pinza nasal y procurar que no lleve ropa ajustada.
- Colocar en el transductor la boquilla, filtro bacteriano o transductor desechable.

PROCEDIMIENTO ESPIROMETRÍA FORZADA

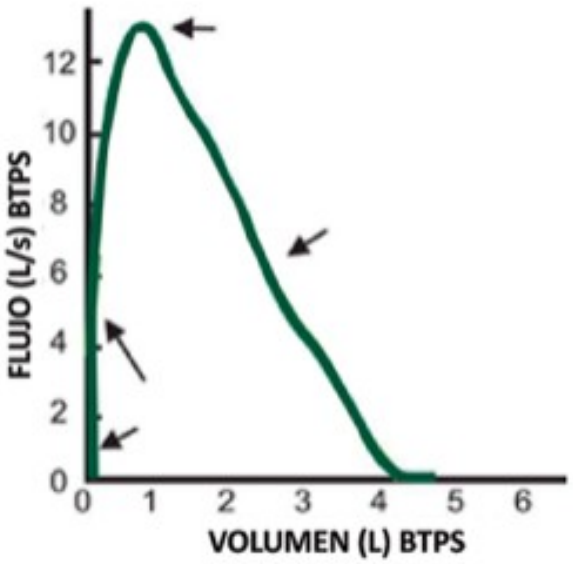
- Explicar de forma sencilla las maniobras respiratorias que serán máximas y forzadas, en las que se le informará que deberá soplar fuerte, brusco y prolongado hasta que le avisemos. Incentivar al paciente durante la prueba es imprescindible para que realice una maniobra válida.
- Realizar un mínimo de tres y un máximo de ocho maniobras. El tiempo de cada maniobra no será inferior a 6 segundos.
- Seleccionar los mejores valores de la FVC y del FEV_1 aunque sean de distintas maniobras.
- Limpiar según indicaciones del fabricante o, en su defecto, con agua y jabón (esterilizar semanalmente) transductor, conos, rejillas y neumotacómetros. Utilizar boquillas y filtros desechables. En pacientes potencialmente contagiosos, utilizar neumotacómetros desechables o realizar la prueba a última hora para proceder seguidamente a una limpieza a fondo.

TRAZADO O CURVA ESPIROMÉTRICA

- **Gráfica volumen-tiempo:** permite controlar la correcta prolongación del esfuerzo.



- **Gráfica flujo-volumen:** permite controlar el esfuerzo inicial de la espiración máxima.



CURVA ESPIROMÉTRICA: CRITERIOS DE ACEPTABILIDAD

- Se realizarán siempre un mínimo de 3 maniobras satisfactorias para conseguir los criterios de aceptabilidad y repetibilidad, siendo un máximo de 8 cuando no se puedan valorar adecuadamente.

- **Criterios de aceptabilidad al inicio de la maniobra:**
  - Maniobras realizadas según las instrucciones y con máximo esfuerzo.
  - Sin pausa inspiratoria, o pausa menor a 2 segundos.
  - Curva de ascenso rápido, sin titubeos, con un PEF visualmente evidente.

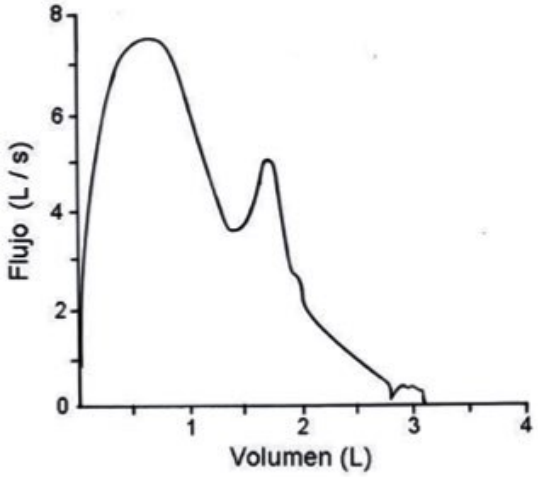
CURVA ESPIROMÉTRICA: CRITERIOS DE ACEPTABILIDAD

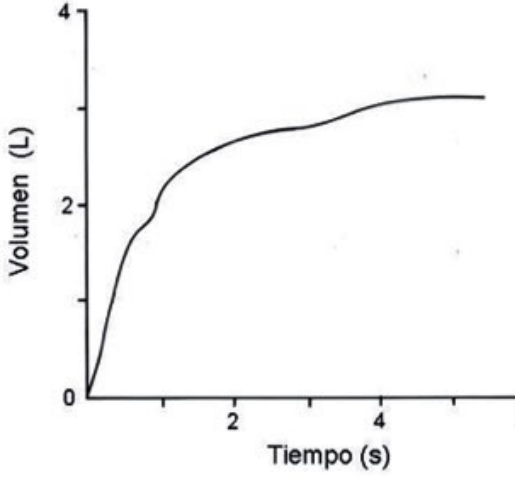
- El volumen de extrapolación retrógrada debe ser menor a 150 ml o 5% de la FVC en adultos.
- El PEF debe ir seguido de un trazado descendente liso sin artefactos: sin tos, cierre de glotis, boquilla ocluida o pérdidas de aire alrededor de la boquilla.

• **<u>Criterios de aceptabilidad al fin de la espiración:</u>**

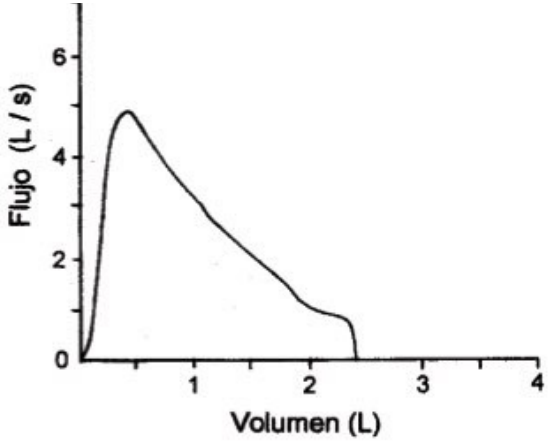
- Consigue una meseta en la curva de volumen/tiempo.
- Tiempo espiratorio al menos 6 segundos de duración (duración razonable de meseta).
- El paciente no puede continuar la espiración.

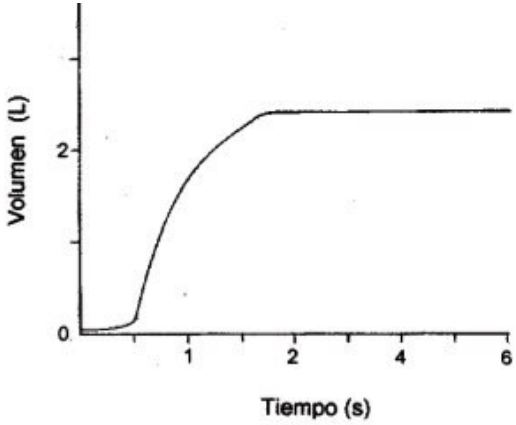
CURVA ESPIROMÉTRICA: CRITERIOS DE ACEPTABILIDAD





Maniobra con artefactos y muescas



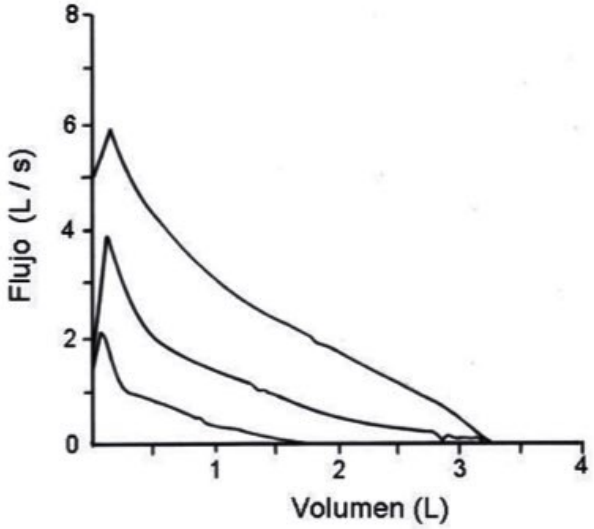


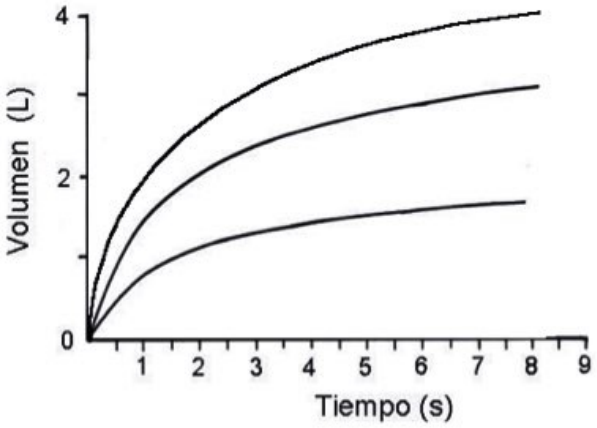
Maniobra con mal inicio y final brusco

CURVA ESPIROMÉTRICA: CRITERIOS DE REPETIBILIDAD

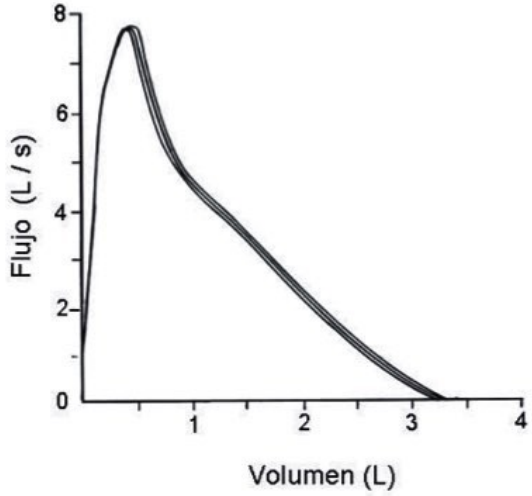
- Una vez obtenidas tres maniobras aceptables, se deben elegir las dos maniobras mayores por suma de volumen de FVC y $FEV_{1.}$
- La diferencia entre FVC y FEV_1 de las dos mejores curvas debe ser menor de 150ml.
- Entre ellas, sus FVC y sus FEV_1 deben diferir menos de 150 ml, salvo si la FVC es menor a 1 L la diferencia debe ser menor a 100 ml.

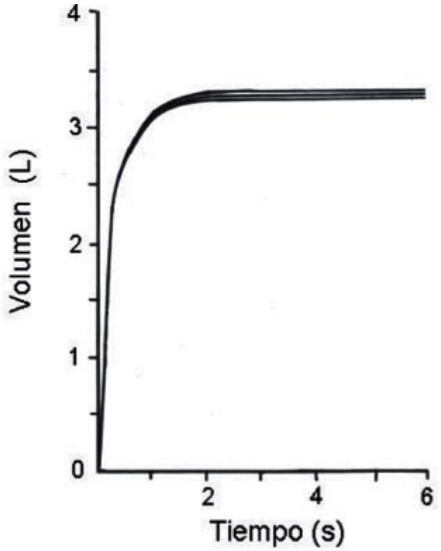
CURVA ESPIROMÉTRICA: CRITERIOS DE REPETIBILIDAD





Maniobras que no cumplen criterios de repetibilidad



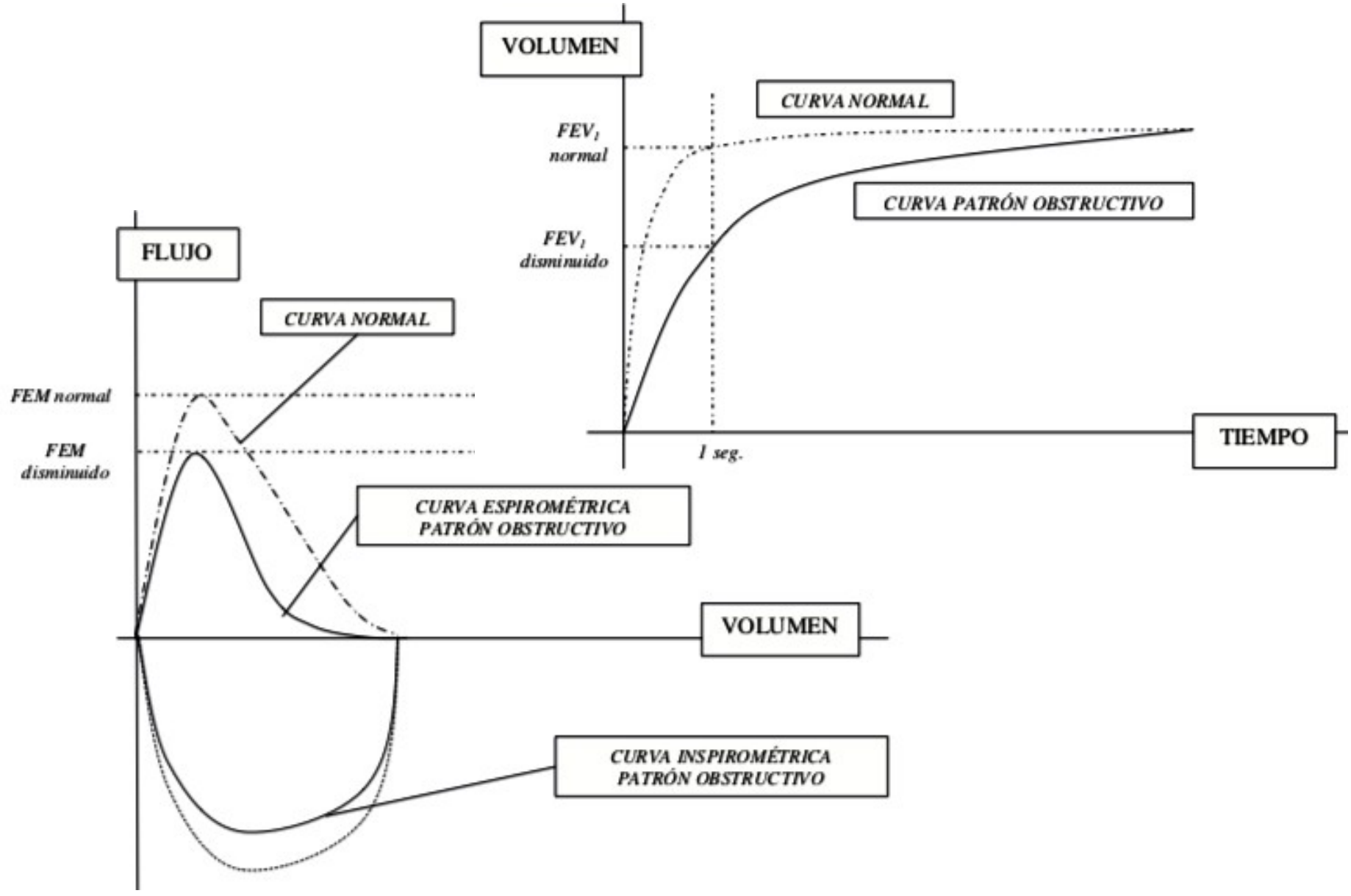


Maniobras que cumplen criterios de repetibilidad

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: PATRONES DE ALTERACIÓN PULMONAR

- **<u>Patrón obstructivo:</u>**
  - Existe una reducción del flujo de aire y se produce por aumento de la resistencia de las vías aéreas (asma, bronquitis) o por disminución de la retracción elástica del parénquima (enfisema).
  - Se detecta al obtener:
    - FEV_1/FVC disminuida (<70%).
    - FEV_1 disminuido (<80%).
    - FVC normal (igual o >80%).

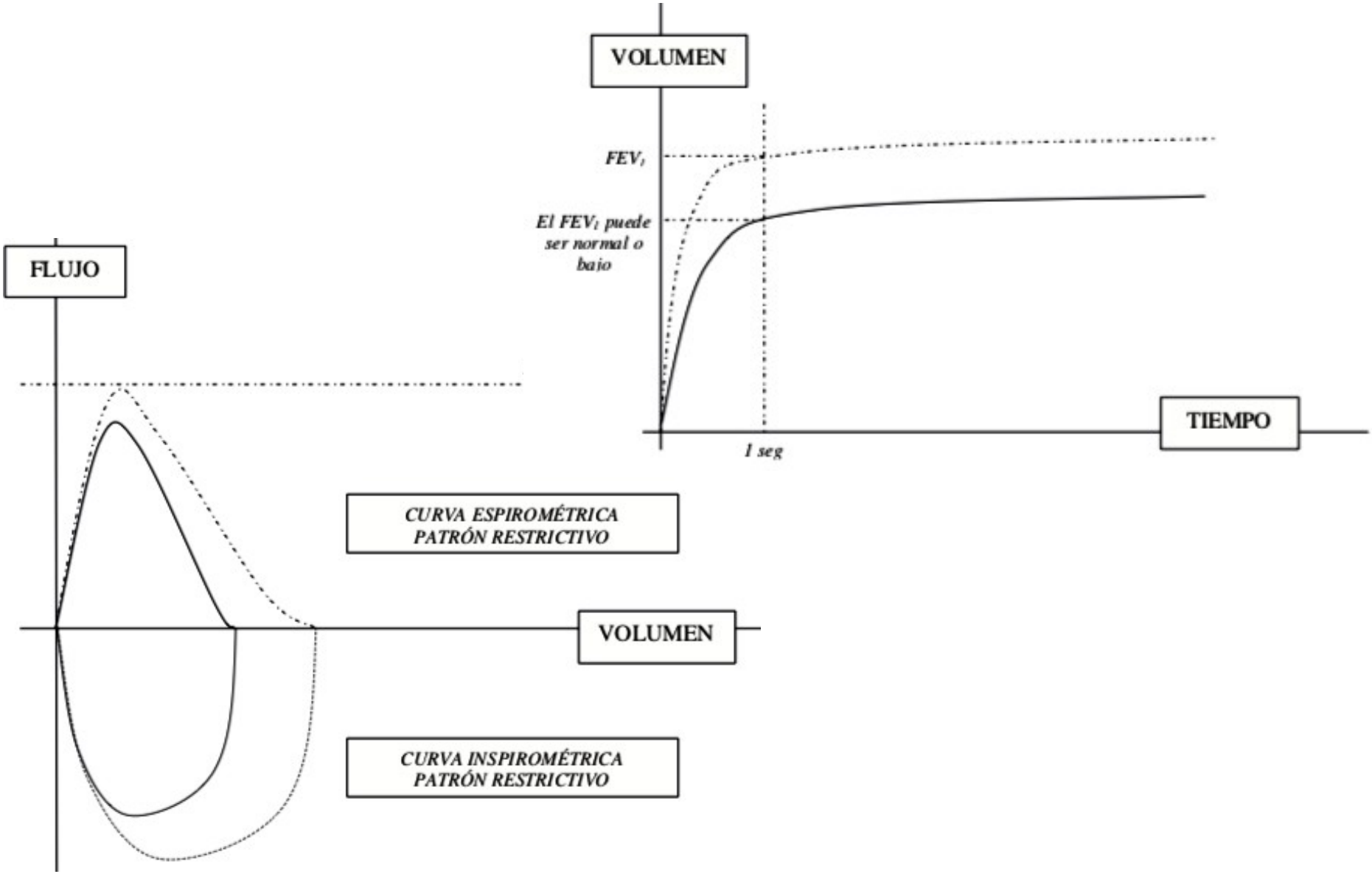
PATRÓN OBSTRUCTIVO



INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: PATRONES DE ALTERACIÓN PULMONAR

- **Patrón restrictivo:**
  - Se produce una reducción de la capacidad pulmonar total por alteraciones del parénquima (fibrosis, ocupación, etc), del tórax o de los músculos respiratorios.
  - Intuiremos un patrón restrictivo cuando en la espirometría obtengamos:
    - FEV_1/FVC normal.
    - FEV_1 disminuido.
    - FVC disminuida.

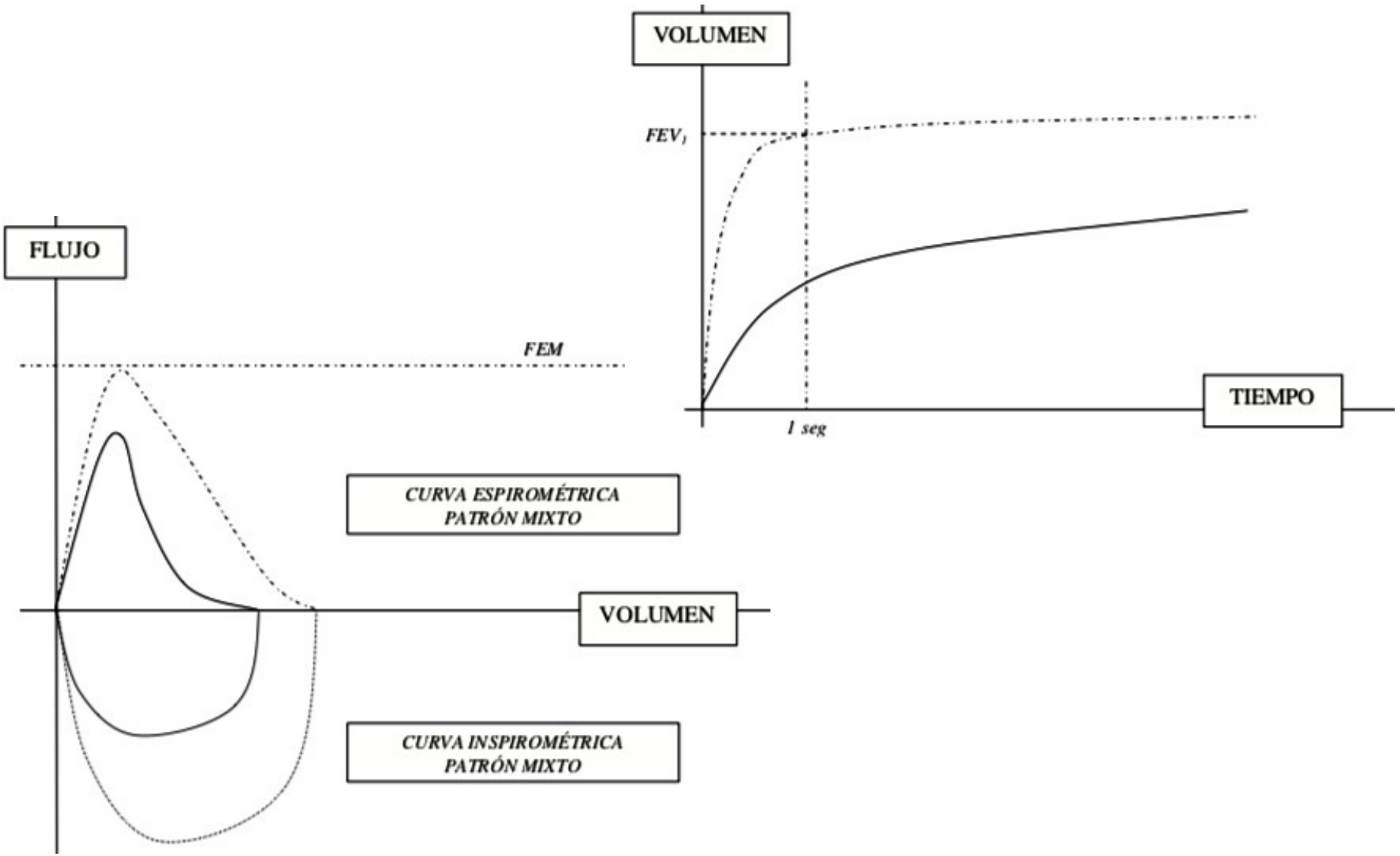
PATRÓN RESTRICTIVO



INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: PATRONES DE ALTERACIÓN PULMONAR

- **<u>Patrón mixto:</u>**
  - Presenta simultáneamente características de los anteriores.
  - Sospecharemos un síndrome mixto cuando obtengamos:
    - FEV_1/FVC disminuido.
    - FEV_1 disminuido.
    - FVC disminuido.

PATRÓN MIXTO



TEST BRONCODILATADOR

- Valora los cambios producidos en la espirometría basal tras un periodo de 10 o 15 minutos después de administrar un broncodilatador de acción rápida, habitualmente salbutamol en aerosol mediante cámara (2 pulverizaciones).
- Para considerar la prueba positiva, debe mostrar un incremento mayor del 12% en los valores del FVC_1 o FEV_1, o ambos.

BIBLIOGRAFÍA

- SIBELMED con la colaboración del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y Hospital Clínic de Barcelona. Curso gratuito de espirometría. Disponible en: https://www.sibelmed.com/descarga-directa/Curso_de_espirometria_final.pdf
- Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional/ NIOSH, División de Estudios de Enfermedades Respiratorias, Departamento de Vigilancia Epidemiológica, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México. Guía de NIOSH sobre entrenamiento en espirometría. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2004-154c_sp/pdfs/2004-154c.pdf
- NEUMOSUR, SAMFyC y SEMERGEN-Andalucía con la participación de NEUMOSUR Enfermería. Documento de consenso sobre Espirometría en Andalucía. Disponible en: https://www.neumosur.net/files/consenso_ESPIROMETRIA.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- Mónica G.C., Teresa B.W., Gisella B.T., Iván C.S., Juan C.G., Mónica G.N., Manuel O.G., Sylvia P.M., Claudia C.S., Raúl C.V., Cecilia A.G., Patricia S.G. Rev. chil. enferm. respir. vol.34 no.3 Santiago set. 2018. Espirometría: Manual de procedimientos. SERChile. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482018000300171
- Soledad Fátima Vega Pozuelo, Inmaculada Herrera Torres, Eva Carreras Salcedo. Revista médica electrónica de portales médicos. Actualización de conocimientos enfermeros: espirometría. Disponible en: https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/conocimientos-enfermeros-espirometria/
- Blanco-Morgado J., Guerrero-Castillo JJ., Máximo-Corcuera S., Navarro-Moya FJ., Puertas-Díaz F., Vellido-González A., Villa-Estrada F. Servicio Andaluz de Salud, Distrito Sanitario de Málaga, Junta de Andalucía. Guía de procedimiento: espirometrías en Atención Primaria. Disponible en:

BIBLIOGRAFÍA

- G.R. de Ávila Cabezón, J. Gonzálvez Rey, C. Rodríguez Estévez, R. Timiraos Carrasco, M.A. Molina Blanco, M.I. Galego Riádigos, R. García Palenzuela, G. González Belmonte, R. Pérez Amor. Agamfec (Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria). Cad Aten Primaria Ano 2013 Volume 20 Páx. 7. Las 4 reglas de la espirometría. Disponible en: https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/20-7-50-het.pdf
- R.E. Benítez-Pérez, L. Torre-Bouscoulet, N Villca-Alá, R.F. Del-Río-Hidalgo, R. Pérez-Padilla, J.C. Vázquez-García, M. Silva-Cerón, S. Cid-Juárez, L. Gochicoa-Rangel. Neumol. cir. torax vol.75 no.2 México abr./jun. 2016. Espirometría: recomendaciones y procedimiento. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=

TEMA 58. FIBROSIS QUÍSTICA: UNA ENFERMEDAD HEREDITARIA.

NEREA MORAIS ALVAREZ
MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ
SABRINA ZANGO POZO

ÍNDICE

1. Introducción
2. Objetivo
3. Metodología
4. Resumen histórico
5. Resultados
6. Conclusiones
7. Bibliografía

1. Introducción

La fibrosis quística es una enfermedad hereditaria de las glándulas mucosas y sudoríparas provocada por un gen defectuoso. Se caracteriza por la producción de moco excesivo que causa acumulación en los pulmones y el tubo digestivo provocando problemas en la respiración y aumentando el crecimiento de bacterias. Muchas de las personas portadoras del gen no tienen ningún síntoma, esto se debe a que deben portar los dos genes defectuosos, el del padre y el de la madre (1).

La FQ se suele diagnosticar en los dos primeros años de vida por diferentes pruebas como sangre, genes y pruebas de sudor. No existe cura, pero los tratamiento de los últimos años han mejorado mucho la calidad de vida de las personas que la padecen (2).

2. Objetivo

El objetivo de este capítulo es realizar una revisión bibliográfica de la enfermedad de la fibrosis quística (FQ) dando a conocer como se produce y la importancia del cribado neonatal.

3. Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática, en las bases de datos PubMed, Medline y en el buscador Google académico utilizando los descriptores en inglés y en español “fibrosis quística”, “enfermedad hereditaria”, “cribado neonatal”, “CFTR”, “cromososma 7”.

4. Resumen histórico

La fibrosis quística (FQ) o mucoviscidosis es una de las enfermedades genéticas con mayor mortalidad en la raza caucásica con una incidencia entre 1 por cada 2500-3500 nacidos vivos. (3)

“Ay, de aquel niño que al ser besado en la frente sabe salado. Él está embrujado y pronto debe morir” fue el dicho popular que entre 1595 y 1905 varios profesores como Peter Pauw y Alonso describían que un niño con sabor salado al ser besado era síntoma de hechizos, encantos o magia y morirían precozmente. (3,4,5)

La primera persona es describir la enfermedad como FQ en Europa fue Guido Fanconi en 1936, surgía de una combinación de insuficiencia pancreática y enfermedad pulmonar crónica en niños. Dos años más tarde Dorothy Andersen publica una detallada revisión de los signos de esta enfermedad incluyendo una asociación con el íleo meconial. En 1943 Sydney Farber le da el término de mucoviscidosis debido a la autopsia de pacientes fallecidos por FQ. (3,4,5)

Otro hallazgo importante fue en 1945 cuando Andersen y Hodges llegan a la conclusión que la FQ es una enfermedad que se hereda de forma autosómica recesiva basándose en estudios de 47 familias que padecían esta enfermedad. (4,5)

Hasta el momento la FQ se diagnosticaba en base a datos clínicos y fue en 1953 cuando Di Sant'Agnese asocia la excesiva eliminación de cloro por el sudor con la enfermedad y le da valor diagnóstico, de ahí el sabor salado del sudor. Esto sirvió para que en el año 1959 Gibson & Cooke diseñaran una técnica para estimulación y recolección del sudor, la iontoforesis con pilocarpina siendo hasta la fecha la prueba diagnóstica por excelencia. (4,5,6,7)

Lo que determinó el diagnóstico de esta enfermedad fue el descubrimiento de la mutación en el brazo largo del cromosoma 7, y a la proteína a la que codifica conocida como CFTR (proteína de conductancia transmembrana) siendo la mutación más común la DF508. (5,8)

5.Resultados

El gen CFTR es codificado por una proteína que actúa como un canal del cloro, lo que provoca que las mutaciones de este gen den lugar a un defecto en el transporte del cloro en las células epiteliales del aparato respiratorio, hepatobiliar, gastrointestinal, reproductor, páncreas y de las glándulas sudoríparas.

La mutación DF508 es la más común y se produce por la pérdida del aminoácido fenilalanina en el codón 508. Alrededor del 50% de personas en España presentan esta mutación siendo más común en el norte y un 70% de origen europeo. (9)

Dependiendo del tipo de mutación que sufra la proteína CFTR se pueden clasificar en cinco clases:

- Clase I: ausencia de producción de la proteína
- Clase II: modifican la estructura de la proteína y provocan un defecto de procesamiento
- Clase III: defecto en la regulación del canal
- Clase IV: determinan un flujo reducido de iones
- Clase V: afectan a la síntesis creándose señales alternativas de splicing o “empalme”

Las mutaciones clase I y II suelen asociarse con insuficiencia pancreática, mientras que las otras tres clases de mutaciones (III, IV y V) presentan una gran variabilidad en su expresión clínica. (9,

El diagnóstico precoz de la FQ es de suma importancia ya que es una enfermedad progresiva y todavía incurable y esto conlleva una rápida instauración del tratamiento.

El test del sudor en el diagnóstico de la enfermedad marco un antes y un después ya que el 98-99% de los pacientes tienen cloro en el sudor. (7)

Consiste en la estimulación del sudor por iontoforesis de pilocarpina recogiéndolo en una gasa y mediante un test comercial determinar si es positivo o negativo. (11)

Se recomienda realizarlo a las dos semanas de edad cuando se obtiene un resultado del cribado neonatal positivo. (12)

El tratamiento para las personas afectadas por FQ es diferente dependiendo de los problemas que presente cada paciente.

Para los niños con problemas pulmonares se recomienda terapia física de al menos media hora diaria y medicamentos para diluir el moco y ayudar a la expectoración.

Para problemas intestinales y nutricionales es importante una dieta especial y complejos vitamínicos. (13)

6. Conclusiones

La esperanza de vida en la década de los 50 era tan solo de unos meses, en la actualidad los avances en el conocimiento de la FQ y de los tratamientos han contribuido de manera favorable a la supervivencia, aumentándola en 40 años en países desarrollados. (9)

7. Bibliografía

(1) Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; 20894 [Revisado 19 Feb. 2018]

(2) Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; 20894 [Revisado 31 Dic. 2018]

(3) Ortigosa, Luis, Fibrosis quística. Aspectos diagnósticos. Colombia Médica [Internet]. 2007; 38(1):41-49.

(4) A. Salcedo Posadas, M.D. García Novo. Fibrosis quística. Díaz de Santos S.A. Madrid: Díaz de Santos; 1998

(5) Dr. Pedro Astudillo. Neumología pediátrica. SOCHINEP; 2018

(6) Dra. Isabel Largo García. Rev. Ped. Elec. [en línea] 2009; 6(1). ISSN 0718-0918

(7) Sociedad española de neumología pediátrica. Protocolo de diagnóstico y seguimiento de los enfermos con fibrosis quística [Internet]. 1999; 50(6): 625-634

(8) Vega-Briceño Luis Enrique. Scielo Rev Med Hered. 2004; 15(3): 159

(9) Victoria Contreras, Casilda Olveira, Javier Blasco, Gabriel Olveira. Rev. Nutrición Clinica en Medicina 2019; XIII (1): 19-44

(10) Dr. Guillermo Lay-Son, Dra. Gabriela Repetto. Genética y fibrosis quística: Desde el gen CFTR a los factores modificadores. Centro de Genética Humana. Facultad de Medicina. Chile 2010

(11) Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; 20894 [Revisado 24 Jul. 2018]

(12) A. Salcedo Posadas, S. Gartner, R.M. Girón Moreno, M.D. García Novo. Tratado de Fibrosis Quística. Editorial Justim S.L. 2012; IV(9): 125-127

(13) Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; 20894 [Revisado 11 Sept. 2019]

TEMA 59. INCIDENCIA DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS EN LA PIEL.

JORGE SAL GARCÍA

ÍNDICE

- Introducción
- Resultados
- Conclusión

Introducción

La piel es el órgano más expuesto a los cambios climáticos. En los últimos años, ha habido un aumento de los casos de problemas de la piel de casi un 20% respecto a los 5 años anteriores.

Dentro de estos problemas en la piel el aumento ha sido en todos los aspectos de las enfermedades tanto en enfermedades infecciosas como cáncer de piel.

Resultados

Se ha observado que durante los últimos 5 años ha habido un aumento de un 20% en el ámbito de las enfermedades relacionadas con la piel, tanto enfermedades infecciosas como cáncer de piel.

Según la Sociedad Española de Oncología Médica se estima que en el año 2019 habrá unos 6000 nuevos casos de melanoma maligno, el cáncer de piel más dañino que existe, especialmente en pacientes ancianos.

La radiación solar es uno de los factores condicionantes más importantes en la aparición de cáncer cutáneo, también relacionada su exposición crónica en los casos de queratosis actínica.

La inmunodepresión, los carcinógenos físicos y químicos se relacionan positivamente con el aumento de cáncer de piel.

Aparte de eccema, queratosis actínica y psoriasis, en cuanto a las enfermedades infecciosas de la piel: las infecciones fúngicas, virus del papiloma humano y las generadas por micobacterias, son las más frecuentes.

Conclusión

Están en aumento los problemas de la piel tanto en España como en todo del mundo.

El cambio climático tiene efecto directo sobre propiedades cutáneas y todo incide en la aparición de ciertas infecciones. La desnutrición, obesidad, diabetes mellitus, SIDA,… Aumentan los casos de enfermedades infecciosas en piel. Los estilos de vida y la exposición excesiva a rayos ultravioleta aumentan los casos de enfermedades malignas de la piel.

BIBLIOGRAFÍA

- **Articulo de revistas**: López-Abente, G. et al. Situación del cáncer en España: incidencia. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Año 2004. Vol 27, nº2.
- **Articulo de revistas:** Cabrera Morales, C. M. and López-Nevot, M. A. Efectos de la radiación ultravioleta (UV) en la inducción de mutaciones de p53 en tumores de piel. Oncología Barcelona. Año 2006. Vol 29, nº7.
- **Articulo de revistas** : Duro Mota, E., Campillos Páez, M. T., Causín Serrano, S. El sol y los filtros solares. Medifam. Año 2003. Vol 13, nº 3.
- Las cifras del cáncer en España 2019. Sociedad Española de Oncología Médica. Pág 5-9.

TEMA 60. CONDROMALACIA ROTULIANA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

SARA GONZÁLEZ HENARES

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

DESCRIPCIÓN DEL CASO

EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

PLAN DE TRATAMIENTO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La Condromalacia rotuliana hace referencia al desgaste del cartílago patelo-femoral siendo una de las principales causas de dolor anterior de la rodilla. Esta degeneración del cartílago afecta más a las mujeres y a individuos jóvenes activos que practican deportes de impacto tales como las carreras de montaña. Así mismo las personas que trabajan en posiciones de estrés para esta articulación (de rodillas) tienen más posibilidades de sufrir condromalacia rotuliana. La principal causa de este desgaste anormal del cartílago se debe a una mala alineación patelo-femoral que afecta al ángulo Q.

El ángulo Q es el formado entre el tendón del cuádriceps y el tendón rotuliano, dicho ángulo fisiológicamente es mayor en las mujeres lo cual podría explicar la mayor prevalencia sobre el sexo femenino. La variación de este ángulo fuera de los límites fisiológicos hace que durante el mecanismo de extensión de la rodilla las presiones sobre la articulación no se distribuyan de manera uniforme generando picos de presión que aceleran el desgaste del cartílago patelo-femoral. Una subluxación o luxación alta de la rótula, un espasmo del cuádriceps, un traumatismo directo sobre la rodilla o las variaciones en la pisada (pie plano) que afectan a los ángulos de la rodilla, son otras posibles causas de la condromalacia rotuliana.

El tratamiento conservador utilizado en estos casos es variado y no hay un consenso entre los autores. El tratamiento va desde ejercicios de fisioterapia para equilibrar la musculatura agonista-antagonista (cuádriceps-isquiotibiales), el uso de antiinflamatorios no esteroideos, cese de la actividad deportiva, uso de plantillas o la infiltración de plasma rico en plaquetas.
Sólo cómo última opción se recomienda el tratamiento quirúrgico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 25 años corredor de montaña, acude a consulta de fisioterapia con dolor en la cara antero-externa de la rodilla izquierda que aparece al correr, al subir y bajar cuestas y al estar de rodillas. Nota crepitaciones a la flexo-extensión de la rodilla. Así mismo nota una presión difusa en toda la rodilla que aparece incluso en reposo. Los síntomas aparecieron de manera progresiva hace año y medio. Comienza a utilizar calzado minimalista hace 8 meses notando una mejoría en la sintomatología.

EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El paciente refiere un 4 en la escala visual analógica (EVA) al correr y subir y bajar cuestas.

A la exploración física en bipedestación se observa una torsión externa de la tibia y rotación interna del fémur izquierdo con un aumento del valgo fisiológico en dicha rodilla, se observa también un pequeño acortamiento de la musculatura isquiotibial bilateral.

Al podoscopio se observa la huella de pies planos más acentuado en el izquierdo

A la palpación, observamos un buen tono muscular en vasto externo y recto anterior del cuádriceps pero una pequeña atrofia del vasto interno, así mismo se aprecia un edema difuso en la rodilla. Existe dolor a la palpación de la inserción del tracto iliotibial.

Se realizan los siguientes test para evaluar el dolor de origen cartilaginoso:

-Test de choque para ver si hay inflamación, el cual da positivo al apretar la bolsa suprarrotuliana.

-Maniobra de placaje o de Zöhlen positiva.

-Signo del cepillo positivo al desplazamiento lateral externo de la rótula.

- Se realiza una RMN para confirmar el diagnóstico y descartar otros problemas de rodilla como son la osteoartritis y la osteocondritis entre otras. Como resultado a la prueba tenemos un edema óseo del compartimento externo tibial izquierdo, una condromalacia rotuliana de grado 1 y una bursitis suprarrotuliana.

PLAN DE TRATAMIENTO

Se pauta un plan de tratamiento conservador médico que consiste en:

-Cese de la actividad deportiva

- Uso de antiinflamatorios no esteroideos para no dañar el cartílago y disminuir el dolor

-Uso de sulfato de glucosamina y condroitín sulfato para ayudar a mantener las propiedades mecánicas y elásticas del cartílago articular.

El tratamiento fisioterápico estará orientado a la disminución del dolor y a recuperar el balance muscular y articular.

-Magnetoterapia para el edema óseo

-Aplicación de frío a nivel local al final del día

-Ejercicios de fortalecimiento del vasto interno del cuádriceps

-Estiramientos de isquiotibiales y resto de la cadena muscular posterior de la pierna.

-Descarga de la musculatura externa de la pierna, sobre todo del Tensor de la fascia lata, mediante distintas técnicas de masaje, ganchos, punción seca…

-Ultrasonidos para ayudar a disminuir la inflamación de la bursa.

-Electroestimulación vasto interno.

-Se aconseja el uso de una cintilla rotuliana para disminuir la presión ejercida sobre el cartílago.

-Se aconseja la posible elaboración de plantillas para corregir la pisada del pie plano. Si tras la aplicación de este tratamiento conservador los síntomas persisten se valoraría el tratamiento quirúrgico por artroscopia.

CONCLUSIONES

- La condromalacia rotuliana es una patología de rodilla aún por estudiar ya que tiene menor interés que otras lesiones de dicha articulación. No existe un tratamiento globalmente aceptado. En ocasiones no se corresponde el dolor que presenta el paciente con el grado de afectación del cartílago, cómo es en este caso.

  Los tiempos de curación con tratamiento conservador son bastante amplios llegando a durar 6 meses. Cuando el tratamiento conservador falla, se valora la opción quirúrgica.

- Dada la cantidad de factores que pueden influir en dicha patología el tratamiento quirúrgico no resulta a veces del todo efectivo además puede presentar un alivio temporal pero no corregir el problema principal.

  Lo que resulta imprescindible es un abordaje multidisciplinar del problema.

BIBLIOGRAFÍA

-Alvarez López A, Ortega C, García Lorenzo Y , Baesso E. Condromalacia de rótula. Diagnóstico y tratamiento artroscópico. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, *6*(Supl. 1).2002, 788-793.

-García Perrino P. Fisioterapia en la condropatía rotuliana . Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Grado.(2012) 4 (1): 412-449, 2012 ISSN: 1989-5305

-Franco B, Sadigursky D, Daltro GC. Posición rotuliana en pacientes con síndrome patelofemoral caracterizada por estudio anatomo-radiográfico. *Revista brasileira de ortopedia (2018)* , *53* (4), 410–414. doi: 10.1016 / j.rboe.2017.05.011

-Aysin IK, Askin A., Mete BD, Guvendi E., Aysin M., Kocyigit H. Investigación de la relación entre el dolor anterior de rodilla y la condromalacia rotuliana y la mala alineación patelofemoral. *The Eurasian journal of medicine. (2018)* , *50* (1), 28–33. doi: 10.5152 / eurasianjmed.2018.17277

-Glaviano, NR, Kew, M., Hart, JM y Saliba, S. Tendencias demográficas y epidemiológicas en el dolor patellofemoral. *Revista internacional de fisioterapia deportiva*. (2015) *10* (3), 281–290.

-Habusta SF, Griffin EE. Condromalacia rotuliana. [Actualizado el 10 de mayo de 2019]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 enero- Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459195/

TEMA 61. LA ENFERMEDAD CELÍACA.

LETICIA FERNÁNDEZ SÁNCHEZ
MARÍA DE LA CUESTA TUÑÓN

ÍNDICE

. ENFERMEDAD CELÍACA.
- ¿QUÉ ÓRGANOS SE VEN AFECTADOS?.
- DETERMINAR QUE ES LO QUE PRODUCE LA EC.
- DISTRIBUCIÓN BÁSICA DE LA ENFERMEDAD CELIACA.

¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD CELÍACA?

La enfermedad celíaca ,es un trastorno causado por la toma de gluten y otras proteínas que afectan a individuos susceptibles.

La primera prueba para detectar una celiaquía es localizar los anticuerpos mas comunes como pueden ser las antitransglutaminasa del tipo IgA.

¿QUE ÓRGANOS SE VEN AFECTADOS?

Los sujetos con EC , sufren un trastorno que hace que el cuerpo reaccione al gluten (proteína que se encuentra en la mayoría de los alimentos).

Con la ingesta de dicha proteína , el sistema inmunológico reacciona y erosiona destruyendo poco a poco las vellosidades del intestino delgado.

DETERMINAR QUE ES LO QUE PRODUCE LA EC

En la actualidad no existen evidencias científicas de una posible prevención primaria de esta enfermedad.

Se intentó demostrar , que algunos factores ambientales no tenían que ver con la celiaquía , tal como la ausencia de leche materna, excederse en la ingesta de gluten o adelantar la introducción de este cereal a la dieta en edad temprana . Por otro lado , tampoco introducir el gluten pasados los doce meses, únicamente se conseguiría retrasar la aparición de dicha enfermedad , al igual que la leche materna a edades avanzadas no protege . Si se cree que pueda afectar algún factor ambiental como puede ser la ferroterapia (anemia) durante la gestación y el abuso excesivo en la ingesta de antibióticos . Seguir una dieta estricta sin gluten , conlleva la desaparición de los síntomas ,la negación de los anticuerpos y la normalización de la mucosa intestinal en un numero elevado de pacientes.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA EC

El desarrollo y la incidencia de la enfermedad celíaca se ha replanteado en estos últimos 10/20 años.
Se consideraba hace varias décadas , como un trastorno extraño , que mayormente se veían afectados individuos de origen Europeo , y que aparecía en los primeros años de vida.
Pero , se ha demostrado no hace mucho , que la enfermedad celíaca es uno de los trastornos crónicos mas comunes , de la cual se ven afectados habitantes de todo el mundo .
La celiaquía afecta a un gran numero de personas en un lugar y periodo determinado en relación con el número total de la población y afecta también en la mortalidad infantil en países desarrollados .

Los métodos que se seguían para saber el número de casos de EC ha cambiado con el paso de los años.

Se basaban en la cantidad de nuevos casos en la población en un tiempo determinado.

El diagnóstico concluía con la detección de los síntomas típicos y a través de una biopsia del intestino delgado hacían la confirmación.

Conocer como se distribuye geográficamente la enfermedad celíaca nos puede ayudar a entender que factores genéticos y ambientales son fundamentales .

EUROPA-AMÉRICA-AFRICA-ORIENTE MEDIO-ASIA Y AUSTRALIA.

En Europa , a través de una extensa investigación que se llevó a cabo entre el 95/97 , se consideró a Italia como la cuna de la nueva era de la enfermedad celíaca .

En más de tres mil estudiantes sanos se probó que la EC es mas común de lo que se cree.

Existía una idea sobre la celiaquía de que en América del Norte era menos común que en Europa, y se creía que tenía que ver con un factor ambiental que los protegía , ya que los americanos y los europeos comparten un mismo gen genético.

El clásico libro que escribió ANDERSON sobre Gastroenterología Pediátrica , que fue publicado por primera vez en 1975 decía: ”el típico niño celiaco de cabello rubio y ojos azules …….”, se probó que era incierto rotundamente . Dado que la mayoría de los casos de EC en el mundo se presentaba en personas con cabello negro y ojos oscuros , y provenían del Sahara Occidental , originarios de Árabe bereber.

En Asia y Australia se disponía de métodos de diagnóstico mejorados y mas al alcance, y cada vez se reconocía mejor la celiaquía en la India , tanto en adultos como en niños.

La incidencia es muy probable que varíe debido a las diferentes comunidades étnicas como a los diferentes hábitos alimentarios.

En países del Lejano oriente , con la baja incidencia de genes HLA DQ2/DQ8 y el nulo consumo de gluten , se esperaría un número reducido de casos de EC en estas poblaciones.

En Oceanía, el numero de casos es muy parecido a otros países originarios de Europa.

Concluimos con que la enfermedad celíaca es uno de los trastornos más comunes en la mayoría de los países , tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo.

Se necesitan medios y estudios para la investigación.

Se cree que el impacto de factores etiológicos de la enfermedad celíaca en un futuro no muy lejano aumente , debido a la inmigración y a la tendencia de querer seguir el modelo occidental que se basa en dietas ricas en gluten.

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** Pollanco Allué , Catedrática de Pediatría . Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediatrica .

- **ArtÍculo de revistas :** Polanco I y Grupo de Trabajo sobre "Diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca",2008. Departamento de Pediatría ,Universidad Politécnica delle Marche , Ancona , Italy

. **Página web:** http://Kidshealth.org>teens>celiac-esp

- **Bases de datos:** *Wikipedia*, Google Scholar , Dialnet .

TEMA 62. TIPOS DE PACIENTES EN CENTROS DE SALUD.

HECTOR CRISTOBO MARTÍNEZ

VANESA MONTES COLLÍA

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- TIPO 1, EL CLIENTE AGRESIVO/DISCUTIDOR
- TIPO 2, EL CLIENTE INDECISO
- TIPO 3, EL CLIENTE SABELOTODO/DISCUTIDOR
- TIPO 4, EL CLIENTE REFLEXIVO
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Lo primero vamos a tomar a la sanidad como una gran empresa que esta diseminada por todo el territorio nacional, con sucursales (centros sanitarios, ambulatorios etc…) que dependen de una sede (Hospital de referencia) y tomaremos como potenciales clientes a nuestros pacientes, por lo cual, tras recorrer varios centros sanitarios he decidido analizar a diferentes tipos de “clientes” y como se podría actuar ante ellos, teniendo en cuenta que como personal no sanitario no podemos: analizar, recetar ni interpretar datos, ni por supuesto diagnosticar casos clínicos, así que nos dedicaremos a dar toda la información posible, horarios, citas y todo aquello que el cliente nos solicite y esté dentro de nuestras funciones laborales.

Vamos a tener en cuenta que no podemos definir a todos los clientes que pasan por nuestra empresa y que un cliente no tiene una personalidad fija, hoy puede comportarse de una manera y otro día puede hacerlo de forma totalmente distinta, y tampoco hay una tipología que nos garantice donde encajonar a un cliente, pero sí podríamos hacernos una mejor idea de como afrontar su comportamiento de la mejor manera posible.

He aquí una serie de “reglas” a seguir:

-Interesarse por sus problemas realmente.

-Recordar su nombre y tratarlo con respeto.

-Procura escucharlo siempre y no interrumpirlo nunca

-Mostrarse sincero y si nos equivocamos reconocerlo sin problema

-Nunca discutir con el cliente, calmarnos si la situación se pone tensa.

-Que sea el cliente quien hable más

TIPO 1
EL CLIENTE AGRESIVO/DISCUTIDOR

Persona conflictiva y rebatidora a todo aquello que nosotros le informemos, hay que dejar que se desahogue y evitar siempre un enfrentamiento. Siempre pondrá nuestro trabajo en tela de juicio rebatiendo con brusquedad todo aquello que nosotros digamos.

Cuando le atendamos ser muy pacientes, hablar de forma segura de manera que no pueda rebatir nada que nosotros le digamos, dejar que él termine de hablar y siempre verificar la información aportada. Recapitular todo lo escuchado y confirmarlo.

TIPO 2
EL CLIENTE INDECIS0

El cliente más difícil de tratar, siempre tiene dudas, tímido e inseguro, alarga siempre la decisión, evita exponer sus dudas de una manera clara.

Cuando le atendamos no podemos dudar, ni darle más opciones de la cuenta, ya que cada alternativa para él será un nuevo conflicto y una nueva duda. Dedicarle más tiempo del habitual para que pueda confiar en nosotros. Dejarle bien claras y resueltas sus dudas. Orientarle directamente sobre cuál es la mejor de las opciones.

TIPO 3
EL CLIENTE SABELOTODO AUTORITARIO

- Este cliente suele caracterizarse por creer saber más de nuestro trabajo que nosotros, nos indica en todo momento los pasos a seguir y que debemos hacer en cada momento, siempre quiere llevar la razón lo busca todo por google, por lo que se convierte en un cliente molesto, ya que no acepta nada de lo que se le proponga.
- Cuando le atendamos debemos recapitular y verificar lo escuchado, hacer que entienda nuestras posturas y explicarle con sus mismos argumentos las opciones disponibles.

TIPO IV
EL CLIENTE REFLEXIVO

- Persona tranquila, discreta, analiza todas las opciones antes de tomar una decisión, eso a su vez hace que demore su elección más tiempo del necesario.
- Cuando le atendamos, no le debemos ni presionar ni desbordar con nuestras explicaciones, solamente si necesita información completaría le preguntaremos y respetaremos siempre su silencio, si se muestra lento no debemos perder ni la paciencia ni la calma, no le interrumpiremos debemos centrarnos en explicarle cual es la mejor opción para él.

- A grandes rasgos estos serían 4 tipos de potenciales clientes que podrían pasar por nuestras instalaciones, si bien hay muchos más tipos ya que como dijimos al principio no existe una tipología establecida, a la gran mayoría de ellos los podríamos encajar perfectamente en uno de estos 4.

BIBLIOGRAFÍA

- **Jose Luis Lozano, www.brandandhealth.com**
- **Dvd Dental, [13 julio 2018], www.dvd-dental.com**
- **Tipos de pacientes que pueden llegar a tu consultorio.**
- **www.softwaremedico.com**

TEMA 63. STREPTOCOCCUS AGALACTIAE Y EL RIESGO FETAL.

MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ
SABRINA ZANGO POZO
NEREA MORAIS ALVAREZ

INDICE

- 1. Introducción
- 2. Objetivo
- 3. Metodología
- 4. Resultados
- 5. Conclusiones
- 6. Bibliografía

1. Introducción

El **Estreptococo Agalactiae (EGB)** es una bacteria que habitualmente está en el intestino de los humanos. En muchas ocasiones, acaba encontrándose también en el tracto vaginal y/o urinario. Esta bacteria, no causa ningún problema si se mantiene en un cierto número, pero si hay una descompensación de la flora bacteriana, puede causar una infección grave en el caso de mujeres embarazadas por el riesgo de poder contagiar a los bebés a través del canal del parto.

2. Objetivo

- En base a lo anteriormente expuesto nuestro objetivo con esta revisión bibliográficas la de identificar y registrar los riesgos del EGB en los recién nacidos

3. Metodología

- Para elaborar este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática de las complicaciones que puede ocasionar el *Streptococcus* del grupo B en el recién nacido.
- Esta revisión se realizó entre los días 26 de Agosto y 30 de Septiembre 2019 y los buscadores utilizados han sido *PubMed* y *pubindex*.
- Algunas palabras clave que se usaron fueron *Streptococcus*, Agalactiae, parto, grupo B con las que encontramos cientos de artículos utilizando aquellos en los que estudiaban los efectos negativos sobre el bebé y descartando otro tipo de complicaciones causadas por esta bacteria.

4 Resultados

- La infección por estreptococo del grupo B (EGB) está provocada por la bacteria *Streptococcus Agalactiae.* Esta infección puede dar lugar a una enfermedad grave pudiendo ser mortal en especial en recién nacidos.
- El EGB se reconoció en un primer momento como un patógeno en el ganado bovino por Edmond Nocard, veterinario y microbiólogo francés, en 1880, pero fue en 1938 cuando se descubrió como patógeno en el ser humano cuando Fry (1) identificó tres casos de infección causadas por EGB.
- En la década de 1960 el EGB se reconoció como una causa de infección grave en el recién nacido (2)

- Normalmente, el estreptococo Agalactiae es una bacteria inocua que forma parte de la flora normal del ser humano y que coloniza el tracto gastrointestinal y el tracto genitourinario de hasta un 30% de los adultos humanos sanos (portador asintomático). [3][4][5][6]
- Existen varios estudios que señalan tasas de colonización por EGB entre el 4 y el 36%, pero la mayoría señalan más de un 20%. Estas variaciones se deben a diferencias en el método de detección o entre las poblaciones estudiadas.[7][8][9][10]
- Aunque, como se ha indicado, el EGB coloniza sin producir infección hasta un 30% de adultos sanos incluyendo la mujer gestante,[5] [7] esta bacteria, en general inofensiva, puede en algunas circunstancias causar infecciones muy graves.[4]

- La colonización por EGB no causa síntomas en la embarazada, pero a veces puede provocar infecciones muy graves en la madre y el feto durante el embarazo y en el recién nacido. En la madre el EGB puede causar corioamnionitis (infección de las membranas amnióticas) e infecciones después del parto. La infección urinaria por EGB durante el embarazo puede provocar un parto prematuro.[5]
- En los países desarrollados el EGB es la principal bacteria causante de infecciones en el RN, tales como septicemia, neumonía y meningitis que pueden provocar la muerte o dejar secuelas permanentes si no ponemos medidas de prevención .[5][11]
- El EGB en el recién nacido causa dos tipos de infección:
- Infección neonatal precoz
- Infección neonatal tardía

- La infección precoz se adquiere por el recién nacido por transmisión vertical en el útero, por la exposición del feto al EGB que coloniza la vagina (a causa de una infección ascendente). Después de la rotura de membranas el feto puede infectarse en el útero o a su paso por la vagina. (12)

- La infección neonatal precoz se declara en la primera semana de vida, aunque la mayoría de los casos aparecen en las primeras 24 horas.[5][9]

- Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la infección precoz son septicemia (bacteremia) sin un foco definido de infección (80%-85% de los casos), neumonía (10%-15% de los casos) y menos frecuentemente meningitis (5%-10% delos casos).

- Los primeros síntomas son alteraciones respiratorias en más del 80% de casos. Los Recién nacidos con meningitis inician la enfermedad con los mismos síntomas a los que no tienen meningitis, por eso un examen del líquido cefalorraquídeo es necesario para descartar meningitis.[5][13][14]

- La infección tardía por EGB afecta a bebés entre los 7 y 90 después del parto y tiene una mortalidad más baja (1-6%) que la infección precoz.
- La presentación clínica de la infección tardía es bacteremia sin un foco definido (65%), meningitis (25%), celulitis, osteoartritis y neumonía.[5][15]
- El principal factor de riesgo para que se desarrolle la enfermedad, es el parto prematuro, así que cada semana que se adelanta el parto multiplica el riesgo de desarrollar la infección tardía en un factor de 1.34.[16]
- La infección tardía por EGB no es contraída por el Recién nacido durante o antes del nacimiento, sino que es contraída a partir de la madre, por la leche materna o de otras personas. La infección tardía no suele presentar síntomas concretos y el diagnóstico se realiza mediante hemocultivo en los Bebés que presentan fiebre. Defectos en la audición y retraso mental pueden ser consecuencias futuras de la meningitis causada por EGB.[5][11]

- El único método eficaz para evitar la infección precoz por EGB es administrar a la madre antibióticos durante el parto (PAI).[9][10]
- Como la colonización por EGB puede variar a lo largo del embarazo, solamente los cultivos realizados entre las semanas 35-37 de embarazo predicen con seguridad si la madre es portadora del EGB durante el parto.[9][17]
- Para el cultivo de EGB se toman muestras del tercio extremo de la vagina y la zona anorrectal con un escobillón.[9][18]

- Las muestras (escobillones vaginales, rectales o vagino-rectales) se inoculan en un caldo de cultivo de enriquecimiento selectivo para EGB (caldo Todd Hewitt con antibióticos), para fomentar el desarrollo del EGB, evitando el crecimiento de otras bacterias presentes en la muestra. Después de la incubación del caldo de enriquecimiento (18-24h, 35-37ºC) este es subcultivado a placas de agar sangre y las colonias con aspecto de EGB son identificadas con el test CAMP o usando una técnica de aglutinación con látex.[9][10][19][20]
-
- Después de la incubación el caldo de enriquecimiento puede ser subcultivado a una placa de agar granada donde el EGB crece como colonias rojo naranjas 100% específicas de EGB (18h. 36ºC). [22][9][10][19][20][21][22][23][24] o una placa de medio cromogénico donde EGB crece como colonias coloreadas con diferentes aspectos dependiendo del medio utilizado.[9][19][20][23][24]

- Es también posible inocular directamente la muestras vaginales, rectales o vagino-rectales en una placa de un medio de cultivo adecuado para EGB (agar sangre, medio granada o medio cromogénico), Pero solo este método, sin inocular en el caldo enriquecido, puede dar lugar a algún resultado falsamente negativo. Por eso aconsejan usar este método (sin caldo de enriquecimiento) adicionalmente a la inoculación en caldo de enriquecimiento selectivo.[9]

- Las técnicas de cultivo para identificar el EGB no son lo suficientemente rápidas para detectarla cuando el parto ha comenzado. La siembra de los escobillones y el desarrollo del EGB en el cultivo requiere aguardar a que la bacteria se desarrolle, necesitando al menos varias horas. Por ello esta técnica no es utilizable como técnica de diagnóstico rápido que permita seleccionar las embarazadas candidatas a recibir PAI una vez ha comenzado el parto
- Métodos rápidos para detectar EGB en muestras clínicas han sido desarrollados, como los basados en amplificación de ácidos nucleicos (NAAT, Nucleic acid amplification tests), la reacción en cadena de la polimerasa (PCR, Polymerase chain reaction) y sondas de hibridación de DNA. Estos tests pueden ser usados directamente sobre la muestra o usando como muestra el caldo de enriquecimiento una vez incubado, evitando subcultivar la muestra a una placa de medio de identificación de EGB y acelerando la obtención del resultado.[27] [18] [19][25]

5. Conclusiones

- En base a todo lo anteriormente expuesto, podemos concluir que identificar la presencia de EGB durante el embarazo entre la semana 35 y 37 para poder tratarlo durante el parto, es de suma importancia. Para ello es necesario seguir el protocolo de actuación para identificar la bacteria y así evitar cualquier infección en el recién nacido causada por *Streptococcus Agalactiae*.

6. Bibliografía

(1) Fry RM. «Fatal infections by haemolytic streptococcus group B.». Lancet 1938; 1:199-201.

(2) Eickhoff TC, Klein JO, Kathleen Daly A, David Ingall, Finland M. «"Neonatal Sepsis and Other Infections Due to Group B Beta-Hemolytic Streptococci"». N Eng J Med. 1964; 271:1221-1228. doi:10.1056/NEJM196412102712401.

(3) MedLine Plus- Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos,. “Infecciones por estreptococo. EN ESPAÑOL”. Consultado el 3 de septiembre de 2019

(4) Edwards MS, Baker CJ. Streptococcus agalactiae (group B practice of streptococcus). "In" Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). Principles and infectious diseases. Vol 2, (7th. ed.). 2010. Capitulo 202 (en inglés). Elsevier. ISBN 978-0-443-06839-3.

(5) Edwards MS, Nizet V. Group B streptococcal infections. "in" Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant (7th. ed.). 2011. Pag. 419-469. (en inglés). Elsevier. ISBN 978-0-443-06839-3.

(6) Perez Trallero E, Cueto Lopez M, Muñoz Garcia P., Capitulo 11. Cocos grampositivos y gramnegativos- Streptococcus agalactiae. p 124. "En" Microbiología en Ciencias de la Salud. 3ª Ed. 2011. Rosa-Fraile M, Prieto J, Navarro JM. (editores). Elsevier. ISBN 978-84-8086-692-7.

- (7) Bnghuai L, Yanli S, Shuchen Z, Fengxia Z, Dong L, YanchaoC. «Use of
- MALDI-TOF mass spectrometry for rapid identification of group B
- Streptococcus on chromID Strepto B agar.». International Journal of
- Infectious Diseases (IJID) 2014, 27: 44-48. doi:10.1016/j.ijid.2014.06.023.

- (8) Barcaite E, Bartusevicius A, Tameliene R, Kliucinskas M, Maleckiene L,
- Nadisauskiene R. «Prevalence of maternal group B streptococcal
- colonisation in European countries".». Acta Obstet Gynecol Scand. 2008,
- 87: 260-271. doi:10.1080/00016340801908759.
- (9)Rodriguez-Granger J, Alvargonzalez JC, Berardi A, Berner R, Kunze M,
- Hufnagel M, Melin P, Decheva A, Orefici G, Poyart C, Telford J, Efstratiou
- A, Killian M, Krizova P, Baldassarri L, Spellerberg B, Puertas A, Rosa-
- Fraile M.
- "Prevention of group B streptococcal neonatal disease revisited. The
- DEVANI European project.". Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2012, 31: 2097-
- 2114.
- (10) Verani JR, McGee L, Schrag SJ. «Prevention of perinatal group B
- streptococcal disease: revised guidelines from CDC. En ingles». MMWR
- Recomm Rep. 2010, 59(RR-10).

- (11) Alós Cortés JI, Andreu Domingo A, Arribas Mir L, Cabero Roura L, de Cueto López M, López Sastre J, Melchor Marcos JC, Puertas Prieto A, de la Rosa Fraile M, Salcedo Abizanda S, Sánchez Luna M, Sanchez Pérez MJ, Torrejón Cardoso R. «Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas. Actualización 2012. Documento de consenso SEIMC/SEGO/SEN/SEQ/SEMFYC.». Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013; 31: 159-172. EN ESPAÑOL. doi:10.1016/j.eimc.2012.03.013.
- (12)Martinez E, Mintegi S, Vilar B, Martinez MJ, Lopez A, Catediano E, Gomez B. «Prevalence and predictors of bacterial meningitis in young infants with fever without a source.». Pediatr Infect Dis J. 2015; 34: 494-498. (en inglés).
- (13) Libster R, Edwards KM, Levent F, Edwards MS, Rench MA, Castagnini LA, Cooper T, Sparks RC, Baker CJ, Shah PE. «Long-term outcomes of group B streptococcal meningitis.». Pediatrics 2012, 130: e8-15. doi:10.1542/peds.2011-3453.

- (14) Polin RA. «Management of Neonates With Suspected or Proven Early-Onset Bacterial Sepsis». Pediatrics 2012; 129:1006-1015. (en inglés). doi:10.1542/peds.2012-0541.
- 15) Edmond KM, Kortsalioudaki C, Scott S, Schrag SJ, Zaidi AK, Cousens S, Heath PT. «Group B streptococcal disease in infants aged younger than 3 months: systematic review and meta-analysis.». Lancet. 2012; 279: 547-556.
- (16) Prieto Tato LM, Gimeno Díaz de Atauri A, Aracil Santos J, Omeñaca Teres F, del Castillo Martín F, de José Gómez MI. «Infección tardía por estreptococo del grupo B: experiencia en un hospital de tercer nivel (2000-2006)». An Pediatr (Barc). 2008 68:239-243.
- (17) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG. Hughes RG, Brocklehurst P, Steer PJ, Heath P, Stenson BM (Septiembre de 2017). «Prevention of Early-onset Neonatal Group B Streptococcal Disease Green-top Guideline No. 36 September 2017» (en inglés). BJOG 2017;124:e280–e305. Consultado el 29 de agosto de 2019.

- (18) Valkenburg-van den Berg AW, Houtman-Roelofsen RL, Oostvogel PM, Dekker FW, Dorr PJ, Sprij AJ. «Timing of group B streptococcus screening in pregnancy: a systematic review.». Gynecol Obstet. 2010; 69: 174-183. (en inglés). doi:10.1159/000265942.
- (19) Rosa-Fraile M, Camacho-Muñoz E, Rodríguez-Granger J, Liébana-Martos C. «Specimen storage in transport medium and detection of group B streptococci by culture. En Ingles». J Clin Microbiol. 2005; 43: 928-930.
- (20) Carey RB. «Group B Streptococci: Chains & Changes New Guidelines for the Prevention of Early-Onset GBS.» (en inglés). Consultado el 10 Feb 2016.
- (21) Rosa-Fraile M, Spellerberg B (Septiembre de 2017). «Reliable Detection of Group B Streptococcus in the Clinical Laboratory.». Journal of Clinical Microbiology (en inglés) 55 (9): 2590-2598. PMID 28659318. doi:10.1128/JCM.00582-17.

- (22) Gil, EG; Rodríguez, MC; Bartolomé, R; Berjano, B; Cabero, L; Andreu, A. «Evaluation of the Granada agar plate for detection of vaginal and rectal group B streptococci in pregnant women». Journal of Clinical Microbiology. 1999; 37: 2648-2651.
- (23) Claeys, G.; Verschraegen, G.; Temmerman, M. «Modified Granada Agar Medium for the detection of group B streptococcus carriage in pregnant women.En ingles». Clinical Microbiology and Infection 2001; 7: 22-24.
- (24) El Aila NA, Tency I, Claeys G, Saerens B, Cools P, Verstraelen H, Temmerman M, Verhelst R, Vaneechoutte M. «Comparison of different sampling techniques and of different culture methods for detection of group B streptococcus carriage in pregnant women. En ingles». BMC Infect Dis. 2010; 10:285. doi:10.1186/1471-2334-10-285.

- (25) Bou G, Figueira M, Canle D, Cartelle M, Eiros JM, Villanueva R. «Evaluation of Group B Streptococcus Differential Agar for detection and isolation of Streptococcus agalactiae.». Clinical Microbiology and Infection 2005; 11:676-678.

TEMA 64. PRÚRIGO ESTRÓFULO.

MARIA AMOR MANZANO SALPURIDO

OMAR WALID MUQUEBIL ALI AL SHABAN RODRIGUEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. EPIDEMIOLOGÍA
3. ETIOPATOGENIA
4. CUADRO CLÍNICO
5. DIAGNÓSTICO
6. COMPLICACIONES
7. PREVENCIÓN
8. TRATAMIENTO
9. PRONÓSTICO
10. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
11. BIBLIOGRAFÍA.

1.INTRODUCCIÓN

El Prúrigo Estrófulo es una entidad clínica también conocida como Urticaria Papilar, Urticaria Papulosa o Prúrigo de llegada.

Es una Dermatosis Reaccional Cutánea, y constituye un motivo de consulta frecuente en las consultas de Dermatología pediátrica, así como de los Servicios de Urgencia Hospitalaria o Atención continuada de Medicina de Familia.

Pertenece a los Exantemas vesículo-ampollosos, generalizado no simétrico, de carácter no hereditario.

2.EPIDEMIOLOGÍA

Afecta principalmente a pacientes pediátricos, siendo frecuente entre las edades de 2 a 7 años, con mayor incidencia en el segundo y tercer año de vida, y raro en recién nacidos.

Es más frecuente en los meses de primavera y verano, y en ambientes socio-económico bajo. Parece existir una mayor incidencia en el sexo masculino, con una proporción que ronda 3:2 aunque depende de las series estudiadas puede no encontrarse una clara predilección por sexo.

Se aprecia una mayor incidencia en pacientes que sufren Dermatitis Atópica.

3.ETIOPATOGENIA

Denominamos Prúrigo a un grupo de patologías cutáneas que se caracterizan por un prurito intenso y lesiones papulosas y vesiculosas.

El Prúrigo Estrófulo es una entidad clínica que consiste en una reacción de hipersensibilidad a Antígenos de la saliva de insectos (pulgas o chinches, mosquitos), o incluso de ectoparásitos como garrapatas, que se alimentan de la sangre de las personas y entran en contacto con ellos a través de la picadura.

Los insectos más implicados suelen ser la chinche (Cimex lectularius), pudiendo denominarse entonce al cuadro clínico Cimiciasis, y la pulga (Pulex irritans), denominándose entonces Puliciasis, o mosquitos denominándose entonces Culicosis Bullosa.

La sustancia antigénica que parece ser la responsable de la respuesta de sensibilización y que se ha demostrado en la saliva de la pulga es la Aspirasa, inhibidor de la agregación plaquetaria.

En el caso de los mosquitos, también segregan proteínas con una función vasodilatadora, como las takiquininas, sialoquininas, y esterasas que podrían desencadenar este tipo de reacciones, además de otros productos de función desconocida como son las peroxidasas y catecoloxidasas.

•La reacción desencadenada por la picadura de compone de dos fases: una primera fase que dura minutos u horas y que consiste en una reacción de hipersensibilidad precoz tipo I mediada por IgE e Histamina, que genera el edema y las alteraciones vasomotoras de la dermis ,transitorias, y cuya manifestación clínica es la roncha o habón. A las 12 o 72 horas de la picadura comienza una respuesta de hipersensibilidad retardada tipo IV que produce un infiltrado en la dermis de linfocitos, histiocitos y eosinófilos, con depósitos de complejos inmunes Ig M y complemento, cuya manifestación es la pápula.

•Además, se pueden producir lesiones a distancia por un fenómeno de sensibilización en mediadas por anticuerpos IgG y el que también participan sustancias como la Quimiocina Eotaxina, sustancia promotora de la inflamación.

4.CUADRO CLÍNICO

- El cuadro consiste en la aparición de una erupción cutánea de ronchas o habones, que consisten en lesiones eritematopapulares, pruriginosas, sobreelevadas, que pueden alcanzar un diámetro de 4-5 mm, y en ocasiones presentan un halo eritematoso.
- Generalmente aparecen en áreas del cuerpo descubiertas, con una distribución relacionada el hábito alimenticio del animal, siendo las zonas más comunes de aparición la cintura o región lumbar, antebrazos, extremidades inferiores, aunque también pueden aparecer en cara, cuello, o genitales.

- Posteriormente en unas horas estas lesiones van desapareciendo y aparecen las llamadas Pápulas de Tomasoli, que son seropápulas, pápulas, o papulo-vesículas de entre 3 y 10 mm de diámetro. Aparecen con mayor frecuencia en las extremidades, con disposición en hileras o en pares, en ocasiones con disposición “en mancuerna”.
- Pueden evolucionar a vesículas tensas, subepidérmicas, de contenido turbio y base eritematosa, y que en ocasiones son hemáticas o serohemáticas.
- Son lesiones locales, que suelen evolucionar en fases o en brotes. Hay un fase inmediata, y un nuevo brote de lesiones que ocurre en los días siguientes y que puede exacerbarse si además hay nuevas picaduras. Es de difícil control, aunque suele autolimitarse en el tiempo.

- La intensidad de la respuesta va a depender del tipo de paciente y de la cantidad de inóculo. Los pacientes con Dermografismo también presentan con mayor frecuencia reacciones locales más intensas, que pueden llegar a ser de 5 cm de diámetro.

- Debido al intenso prurito aparecen lesiones de rascado, las vesículas se rompen, y aparecen costras, pudiendo coexistir varios tipos de lesiones en el tiempo por los sucesivos brotes.

5.DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico es clínico y por exclusión de otras afecciones cutáneas.
- Son datos fundamentales el patrón de distribución de las lesiones, el hábitat del paciente y sus características sociodemográficas, y en ocasiones existe el precedente de sentir la picadura previa al cuadro o la convivencia con animales domésticos como perros y gatos.
- En ocasiones aparece en viajeros o turistas que llegan al lugar donde residen los insectos, de ahí el nombre de Prúrigo de llegada.

- En la exploración generalmente coexisten lesiones ampollosas con lesiones de picaduras típicas, y lesiones de rascado por el intenso prurito.

- En general la Chinche afecta áreas cubiertas como región lumbar, nalgas y caras externas de extremidades, a menudo de forma simétrica, con lesiones en pares o hileras. Las pulgas afectan también a áreas cubiertas, no se agrupan, y en ocasiones pueden encontrarse petequias y equímosis. Los mosquitos afecta áreas expuestas y las lesiones tampoco presentan agrupación.

6.COMPLICACIONES

- La complicación más común es la sobreinfección por el rascado de las lesiones, pudiendo aparecer excoriaciones, cuadros de impetignización y celulitis.

- En el caso de que las costras sean removidas precozmente también podrían quedar en la zona lesiones cicatriciales.

- De forma habitual, cuando las lesiones mejoran pueden dejar máculas hiperpigmentadas en las zonas afectadas que permanecen incluso meses.

7.PREVENCIÓN

- Evitar el contacto con los insectos, fumigando si fuese preciso o desinfectando las estancias donde permanece el niño con agentes no tóxicos a base de piretrinas.
- Desparasitar a los animales que puedan ser portadores de los mismos.
- Baño diario obligatorio, revisando la piel.
- Cambio de la ropa antes de acostarse.
- Repelentes de uso tópico no tóxicos.
- Se ha usado Tiamina vía oral 100-600 mg/día como repelente para mosquitos y pulgas, dado que su eliminación es por sudor, aunque precisa ser administrada largos periodos (de 2 a 3 meses) para ser efectiva.

8.TRATAMIENTO

Una vez instauradas las lesiones el tratamiento es sintomático:

- -Lociones antipruriginosas locales: con calamina, óxido de zinc, alcanfor y mentol.
- -Antihistamínicos por vía oral para reducir el rascado y las excoriaciones secundarias.
- -Corticoides tópicos en algunos casos, de potencia media o baja, de tres a cinco días.
- -Antibióticos tópicos en el caso de presentar sobreinfección secundaria.

9.PRONÓSTICO

- Generalmente tiene un curso benigno, vigilando siempre la posibilidad de complicaciones que como se ha dicho son en su mayoría infecciosas, así como hiperpigmentación posterior o en ocasiones lesiones cicatriciales por retirada traumática de las costras.

- Se cree que el hecho de que esta patología tiene menor frecuencia en ella edad adulta podría ser debido a un fenómeno de tolerancia adquirida con sucesivas exposiciones al alergeno.

10.DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Entre las entidades con las que debemos hacer diagnóstico diferencial encontramos principalmente:

1. Escabiosis
2. Dermatitis atópica,
3. Varicela
4. Dermatitis Herpetiforme

11.BIBLIOGRAFíA

- Piñeiro Pérez R, Carabaño Aguado I. Manejo Práctico de las picaduras de insecto en Atención Primaria.Rev Pediatr Aten Primaria. 2015 ;17:159-66. ISSN:1139-7632; www.pap.es
- Lozano AM, López JF, Zakzuk J, García E. Urticaria papular y sus agentes causales en Colombia. Biomédica 2016;36:632-45. doi: http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v36i4.3258
- Mendiola Pastrana IR. Prurigo por insecto y alergia a la picadura del mosquito: estudio de caso. Aten Fam.2018;25(3):129-131.
- http://dx.doi.org/10.22201/ facmed.14058871p.2018.3.65312
- García Suárez A, Martín Peinador Y, Muñoz Hiraldo ME. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Exantemas vesículo-ampollosos. AEPap. 2016(en línea). Disponible en algoritmos.aepap.org

- Mariana C Castells. Insect bites: papular urticaria treatment.. Actualizado en 1 junio 2017. Disponible en www.uptodate.es
- T. Pozo Román. Bases diagnósticas de las enfermedades cutáneas. Pediatr Integral 2012; XVI(3): 252.e1-252.e19
- Roberto Arenas. Dermatología. Atlas de diagnostico y tratamiento. Sexta edición. Mc Graw hill.capitulo 17. prurito por insectos (cimiciasis).

TEMA 65. CONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO E LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

LAURA SALCEDA GARCÍA

MARIA DEL MAR GARCÍA PRESA

ÍNDICE

-INTRODUCCIÓN

-OBJETIVOS

-METODOLOGIA

-RESULTADOS Y DISCUSIÓN

-CONCLUSIONES

-BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

- Las úlceras por presión representan un grave problema de salud pública en los sistemas sanitarios. La importancia de su desarrollo radica en la gravedad de sus complicaciones como el dolor, infecciones locales, sepsis y aumento de la mortalidad, que afectan a la calidad de vida de los pacientes y sus respectivas familias.
- Debido a las múltiples repercusiones que conllevan, cobra gran protagonismo la prevención de las úlceras por presión como mejor método de tratamiento.
- El papel que realiza el personal de enfermería adquiere gran importancia en los cuidados proporcionados, puesto que son los responsables de establecer los planes de cuidados para prevenir su aparición.

INTRODUCCIÓN

Clasificación de las Úlceras por Presión:

- Grado I. Eritema que no cambia de color en la piel intacta. También pueden ser indicadores, particularmente en pieles oscuras, la decoloración de la piel, el calor, el edema o la induración.

- Grado II. Pérdida o daño parcial del espesor de la piel que afecta a la epidermis y/o dermis. La úlcera es superficial y se presenta clínicamente como una abrasión o ampolla.

- Grado III. Pérdida total del espesor de la piel que implica lesión o necrosis de los tejidos subcutáneos, que puede extenderse a las estructuras subcutáneas, pero no a través de la fascia subyacente.

- Grado IV. Destrucción extensiva, necrosis del tejido o daño en el hueso, músculo o estructuras de soporte son o sin pérdida total del espesor de la piel.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer y obtener información actualizada por medio de una revisión bibliográfica, de las diferentes intervenciones de enfermería encaminadas a prevenir la aparición de UPP en pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos.

Objetivos específicos

- Identificar diversas escalas empleadas para valorar el riesgo a desarrollar UPP.
- Determinar las acciones por parte de enfermería que ayuden a evitar la aparición de estas lesiones.
- Valorar la repercusión de las escalas de valoración del riesgo y del trabajo de enfermería sobre la incidencia y la prevalencia de las UPP.

METODOLOGÍA

- Se realiza una revisión bibliográfica.
- Palabras clave: herida crónica, prevención, cuidados de enfermería, úlcera por presión.
- Criterios de inclusión:
  - Artículos, documentos y guías de práctica clínica acreditadas.
  - Idiomas: español e inglés.
- Criterios de exclusión:
  - Artículos, documentos y guías de práctica clínica no acreditadas.
  - trabajos que trataban con pacientes pediátricos y publicaciones sin acceso libre al artículo completo.

METODOLOGÍA

- La búsqueda se ha realizado en diferentes bases de datos científicas como PubMed, La biblioteca Cochrane Plus, Dialnet, Scielo y Cuiden. De un total de 58 artículos, finalmente se han seleccionado los más relevantes para la realización de este trabajo, que han sido 24 artículos.
- Se realizó una lectura de los títulos y resúmenes con el objetivo de seleccionar aquellos que estaban relacionados con el tema a estudio y, posteriormente, se hizo una lectura en profundidad de esos artículos para comprobar que cumplían los criterios de inclusión y de exclusión. Finalmente, identificados los artículos a considerar para esta revisión, se efectuó un resumen de los resultados de cada artículo.
- De 45 artículos acotados, fueron relevantes, 19.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- Las localizaciones más frecuentes son aquellas áreas que soportan una mayor presión, siendo el sacro, talones y trocánteres.
- En decúbito supino: región sacra, coxis, talones, glúteos, espina dorsal, omóplatos, codos y el occipital.
- En decúbito lateral, las regiones más frecuentes son los bordes externos de los pies, trocánteres, caras internas de las rodillas, maléolos, acromion, orejas y crestas iliacas.
- En decúbito prono son las crestas iliacas, los dedos de los pies, rodillas, genitales masculinos, mamas, mejillas, orejas y nariz.
- En sedestación, las áreas más habituales son los omóplatos, coxis, trocánteres, metatarsianos y la región isquiática.
- Además de las mencionadas, aparecen úlceras iatrogénicas, producidas por los dispositivos terapéuticos, como en nariz por uso de gafas nasales.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- Los estudios nacionales de prevalencia desarrollados por el GNEAUPP reflejan el impacto de estas lesiones en España, mostrando datos de las diferentes comunidades autónomas, por lo que aportan valores representativos de la situación nacional.
- En los centros hospitalarios, existe una prevalencia directa de 7,87%. En cuidados intensivos de un 18,5%.
- En atención primaria, la prevalencia encontrada en mayores de 65 años es de 0,44%.
- En los centros sociosanitarios, existe una prevalencia de 13,41%. La mayor tasa de prevalencia encontrada corresponde a los centros concertados (17,11%), seguida de la obtenida en los centros privados (10,49%) y la de los centros públicos (7,11%).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- Deben tenerse en cuenta una serie de procesos en la cura local de la herida, como son:
- LIMPIEZA: con suero fisiológico y una fuerza mecánica con una gasa estéril, con un secado posterior. El lavado será efectivo si la presión es capaz de arrastrar detritus, bacterias y restos de la anterior cura, sin llegar a producir daños.
- DESBRIDAMIENTO: que se realiza cuando la herida contenga tejidos necróticos, del tipo que sean, ya que favorecen al aumento de bacterias e interrumpen la curación. Puede ser: Quirúrgico, enzimático, autolítico, mecánico o biológico.
- CONTROL DE LA INFLAMACIÓN Y LA CARGA BACTERIANA, ya que producen una desoxigenación y desnutrición de las células sanas.
- El EXUDADO, debe ser controlado, ya que, es importante para la cicatrización.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- APÓSITOS DE GASAS: No recomendados, puesto que son traumáticos y dolorosos.
- APÓSITOS DE POLIURETANO: indicados para la absorción de exudados, prevenir la maceración y mantener la herida húmeda, para heridas poco profundas y úlceras por presión dolorosas.
- APÓSITO DE ÁCIDO HIALURÓNICO: este tipo de apósito interviene en la cicatrización de las heridas crónicas, favoreciendo a la proliferación y migración celular.
- APÓSITOS DE SILICONA: La maya protege a la pared de la herida de que se adhieran a ella otros apósitos.
- HIDROFIBRA DE HIDROCOLOIDE: indicada para herida con mucho exudado, ya esté infectada o no, y heridas cavitadas.
- APÓSITO HIDROCOLOIDE: está indicado en aquellas partes del cuerpo susceptibles de sufrir fricción, roce o presión. También paraheridas con abundante exudado, y en aquellas úlceras profundas para rellenar el espacio vacío.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- APÓSITO DE PLATA: este tipo de apósito son específicos para heridas infectadas y colonizadas o tienen mucho riesgo de infectarse.
- CADEXÓMERO YODADO: indicada especialmente en heridas crónicas con esfacelos, infectadas y exudativas. Su acción antimicrobiana, desbridante y absorbente, hace favorecer la cicatrización.
- CARBÓN: está indicado en aquellas heridas caracterizadas de exudativas, malolientes e infectadas.

CONCLUSIONES

- Las infecciones tienen un papel importante dentro de las úlceras por presión, y, en la gran mayoría de los casos, a través de unas técnicas que están científicamente probadas pueden tratarse si ya estuviesen o evitarlas en caso de que aún no estén.
- Debemos destacar el importante papel de la nutrición sobre las UPP tanto en prevención como en curación de las mismas, ya que con una dieta mixta y equilibrada se consigue evitar una ulcera por presión.
- Se ha podido demostrar que todos los apósitos no son iguales, ni tienen la misma función. Para una misma úlcera por presión se irán cambiando los distintos tipos de apósitos dependiendo de la fase en la que se encuentre.
- Las úlceras por presión son evitables, y si se producen deberían ser tratadas correctamente para minimizar el tiempo de curación, ya que se disponen de medios y éstas pueden llegar a producir grandísimos daños personales tanto físicos como psicológicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Labiano Turrillas J, Larrea Leoz B, Vázquez Calatayud M, Juandeaburre Pedroarena B, Irruarizaga Sagredo A, Morillo Cabezas E. Estudio de prevalencia de úlceras por presión en la Clínica Universidad de Navarra. Gerokomos. 2013; 24(4): 184-188.
- García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú-Soriano, J; López-casanova, P; Rodríguez-Palma, M. Clasificación-Categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas crónicas. Logroño. 2014.
- García-Fernández FP, Agreda JJ, Verdú J, Pancorbo-Hidalgo PL. A New Theoretical Model for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence-Related Lesions. Journal of nursing scholarship : an official publication of sigma Theta Tau International Honor Society ofNursing / Sigma Theta Tau. 2014 Oct 11;46(1):28-38. PubMed PMID: 24118691

TEMA 66. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

MARTA MARÍA RECIO GARCÍA
ANGELA SÉSAR NAVAL
LAURA LÓPEZ GARCÍA
ANA BELÉN RECIO GARCÍA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- PALABRAS CLAVE
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es un virus de la familia Papilomavirus que es capaz de infectar exclusivamente a los seres humanos.

El VPH genital está entre las enfermedades virales sexualmente transmitidas más comunes en el mundo, de hecho es posible que haya estado contagiado de él si es sexualmente activo, si bien, en la mayoría de los casos, la infección la controla y elimina el sistema inmunológico humano y es que, la mayoría de las personas infectadas con virus del papiloma humano nunca desarrollan síntomas o problemas de salud. En un 90% de los casos de contagio la infección con el virus se acaba dentro de 2 años, el sistema inmunológico humano se encarga de eliminarlo. En los casos que la infección del papiloma humano subsiste puede acarrear problemas de salud muy serios.

Entre los problemas más comunes tenemos verrugas genitales, papilomatosis respiratoria recurrente, cáncer cervical y otros cánceres menos comunes pero igualmente serios en los genitales, garganta…

En la mayoría de los casos de contagio del virus, este se va por acción del sistema de defensa del cuerpo sin presentar síntomas ni molestias para la salud. Ahora bien, si el virus es persistente, éste afecta a las células normales y las lleva a modificarse a células anormales, aunque en la mayor parte de los casos un paciente no logra ver ni sentir cambios en sus tejidos ni células. El tiempo que puede pasar entre el contagio y el momento en que se presentan cambios en los tejidos puede ir desde semanas hasta meses en el caso de verrugas y años, hasta décadas en el caso del cáncer.

No hay tampoco reglas fijas, ni formas 100% seguras de saber qué personas que ha sido infectadas con el virus del papiloma desarrollarán cáncer u otros problemas de salud. Sí hay datos que muestran que personas con sistemas inmunes deprimidos incluyendo pacientes con VIH pueden ser más propensos a dejarse afectar e infectar por el virus y tienen menos posibilidades de eliminarlos por cuenta propia y desarrollar efectos negativos en su salud.

En el caso de las verrugas, en manos, pies o en las uñas, éstas aparecen como pequeñas protuberancias que con el tiempo tienden a crecer o en altura o en área. Estas mismas verrugas pueden aparecer en los genitales y se ven como protuberancias o un grupo de protuberancias, a veces, con forma de coliflor.

Los doctores pueden diagnosticarlos, la mayoría de las veces, con una revisión visual del área. Las verrugas pueden aparecer dentro de semanas o meses después del contagio. En el caso de verrugas genitales es posible que la pareja no muestre síntomas. Las verrugas si no se tratan, pueden irse solas, mantenerse del mismo tamaño o crecer en tamaño y número. Los virus del papiloma que causan verrugas no son los mismos que los que causan cáncer.

En el caso de los VPH que causan cáncer cervical, normalmente no causan ningún tipo de síntoma serio hasta que ya está muy avanzado, que es la razón por la cual se recomienda a las mujeres realizarse revisiones rutinarias de la salud de la cérvix para detectar cambios en las células de manera temprana y tener tiempo suficiente para tratar el problema mucho antes que se transforme en un cáncer serio.

Aunque la mayor parte de los VPH no causan síntomas en una buena parte de las personas infectadas, algunos tipos causan verrugas, mientras que otros pueden, en pocos casos, generar cáncer de la matriz, vulva, vagina, penes, boca, faringe y ano.

En el caso de la Papilomatosis Respiratoria Recurrente, se trata de una enfermedad en la cual las verrugas crecen en las vías respiratorias y garganta, pueden llegar a tapar las vías y generan una voz ronca o da problemas para respirar.
No hay tratamientos contra el mismo virus, pero existen buenos tratamientos para las enfermedades que causa el VPH, como los cambios celulares del cuello uterino o verrugas genitales, será su médico el que le recomendará opciones según sus necesidades.

- **Verrugas Genitales**. El tratamiento es quitarlas con un tratamiento que es aplicado por los expertos de salud o por el paciente mismo. No hay tratamientos que sean unos mejores que otros. En algunos casos las personas escogen no tratar las verrugas y esperar para ver si se van solas. En todo caso las verrugas sin tratamiento pueden desaparecer, seguir igual o crecer en tamaño y número.

- **Papilomatosis Respiratoria Recurrente.** Es tratado con cirugías o medicinas, para obtener una cura, muchas veces se requiere mucho tratamiento o cirugías por varios años.

- **Cáncer Cervicouterino**. El tratamiento es más efectivo si se diagnostica temprano. Se recomienda a mujeres mayores de 30 años revisarse con una prueba llamada Papanicolau y un test de VPH que detectan cambios en las células cervicales de manera más eficaz que cualquier otra prueba, sí esta es negativa el siguiente exámen se puede realizar transcurridos 3 años, siempre y cuando no haya factores de riesgo y así lo estime su médico.

Para mujeres menores de 30 años no es recomendable el hacerse una prueba de VPH, pues el virus es muy común en mujeres de esta edad y el cáncer cervical es muy raro que se de en este grupo. La mayor parte de mujeres antes de los 30 lo elimina sin necesidad de tratamiento, por lo tanto incluir una prueba para el virus no ayuda y de hecho puede ser negativo por agregar pruebas y tratamiento innecesario. Cada año a 500.000 mujeres se les diagnostica cáncer cervical, en la mayoría de los casos una detección temprana del crecimiento de células anormales prevendría la enfermedad. Ahora se sabe que estos cambios los provoca el virus del papiloma humano, que se conoce comúnmente como VPH. La prueba tradicional para detección temprana se conoce como Prueba de Papanicolaou, donde se toma una muestra de células de la cérvix del útero y se revisan bajo microscopio.

Ahora hay pruebas para el VPH que pueden usarse con el Papanicolaou en mujeres sobre los 30 años de edad, y en mujeres de cualquier edad, en las que el Papanicolaou ha detectado cambios celulares. Estas pruebas pueden detectar virus de papiloma de alto riesgo que con el tiempo pueden desembocar en cancer cérvico-uterino.

En la actualidad, para prevenir la infección existen vacunas para los dos tipos más comunes de VPH que causan el 70% de los casos de cancer cérvico-uterino. Estas vacunas ayudan a prevenir la infección con tipos de virus de papiloma de alto riesgo y los de bajo riesgo que causan verrugas.

Las vacunas son recomendadas para niñas de entre 11 y 12 años de edad, vacunas adicionales se recomiendan para mujeres y niñas entre 13 y 26 años de edad que no hayan sido vacunadas anteriormente. El uso de estas vacunas ayudarán a reducir la incidencia de cáncer cervical en las mujeres.

Se han desarrollado vacunas para el VPH que previenen la infección de ciertas especies del virus del papiloma humano que están relacionados con el desarrollo de cáncer uterino y verrugas genitales y otros cánceres menos comunes. En la actualidad existen 2 vacunas en el mercado, gardasil y cervarix.

El Virus del Papiloma Humano es muy común, de hecho casi todos los adultos se verán infectados por este virus en algún momento de sus vidas. Algunos de los más de 100 tipos de VPH infectan las áreas genitales (son más de 30) y pueden causar enfermedades de bajo riesgo como verrugas, mientras que otros pueden causar alteraciones de las células del ano o del pene del hombre, estos son los llamados VPH de alto riesgo, que son también los que generan cáncer cervico-uterino en mujeres.

Hay que dejar claro que la mayoría de las infecciones con el virus del papiloma son curadas por el sistema inmunológico humano y se irán solos sin siquiera presentar síntomas.

Los papilomas humanos virales en áreas genitales son de transmisión sexual y se contagian por contacto directo con alguien infectado esto es bastante fácil porque las personas normalmente no tienen conocimiento de estar contagiados, ya que, muchas veces no hay ni síntomas ni señales que indiquen algo anormal. Los tipos de VPH que causan verrugas en las manos o las plantas de los pies no generan verrugas genitales ni pueden generar cáncer, de la misma manera, los tipos de VPH genitales normalmente se mantienen solamente en esas áreas.

Los condones otorgan algo de protección, pero no es completa porque aún hay contacto de otras áreas que pueden estar infectadas. Tener muchas parejas aumenta las probabilidades de infectarse, pero el virus es tan común que aún teniendo una sola pareja en la vida no otorga protección completa. Es normalmente casi imposible determinar cuando y quien nos ha contagiado con el virus.

A veces se puede detectar el contagio al poco tiempo, o pueden pasar años, por tanto, hay que ser extremadamente cautelosos respecto a culpar a su pareja..
Abstenerse de tener sexo es una manera de prevenir el contagio, el uso de condón otorga algo de protección, pero otras áreas expuestas igual se pueden infectar. Para prevenir la infección de algunos de los tipos de VPH, existen en la actualidad vacunas que se pueden aplicar niños y hombres de entre 9 y 26 años de edad, Gardasil, por ejemplo, previene las verrugas genitales y el contagio con 2 de las variedades de alto riesgo del virus del papiloma.
Para detectar contagio con VPH no existen pruebas específicas clínicamente probadas, normalmente hay una inspección visual de las lesiones (típicamente verrugas), pero la realidad es que no hay nada realmente adecuado en la actualidad, lo que puede ser muy frustrante para los pacientes.

Es de esperar que hayan mejores opciones en el futuro y nuevas vacunas que puedan ampliar el espectro de tipos de VPH que se puedan prevenir.

OBJETIVOS

Analizar los diferentes estudios y publicaciones acerca del virus del Papiloma Humano, definir sus características principales, así como las diferentes técnicas y métodos para detectar este virus al paciente que lo sufre. Y paliar los síntomas o si lo requiriera un posible tratamiento.

METODOLOGÍA

Hemos realizado una revisión bibliográfica sistematizada recogiendo información sobre el Virus del Papiloma Humano en diferentes bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed, así como en diferentes asociaciones, publicaciones, estudios y foros de medicina.

RESULTADOS

Según los diferentes estudios analizados, el virus del papiloma humano es un virus que en la mayor parte de los casos la infección la controla y elimina el sistema inmunológico humano, de hecho la mayoría de personas infectadas con el virus nunca desarrollan síntomas o problemas de salud. En un 90% de los casos de contagio de la infección desaparece en unos 2 años, solamente en los casos que la infección subsiste puede acarrear problemas más serios.

CONCLUSIÓN

La infección por VPH no se trata. El tratamiento irá dirigido a lesiones asociadas al mismo virus. Tampoco hay evidencia de que as vacunas actuales frente al virus, tengan algún efecto terapéutico para la curación de la infección o de la patología relacionada con el VPH.

Lo primordial para evitar el VPH es hacer prevención primaria. Adoptar unos hábitos sencillos y saludables como cuidar la alimentación, no fumar y usar preservativos es fundamental para evitar el contagio.

Para ello y muy importante, sería informar a la población de riesgo sobre esta enfermedad, mediante folletos, conferencias, charlas en centros de salud, colegios, institutos, además de campañas en medios de comunicación.

PALABARAS CLAVE

Virus del Papiloma Humano, Infección, Sistema Inmunológico, Verrugas genitales, Cáncer cervical, Vacunas.

BIBLIOGRAFÍA

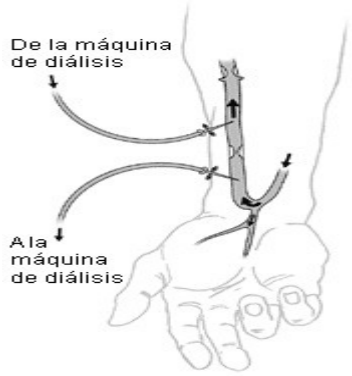
- https://www.plannedparenthood.org/
- https://www.medlineplus.gov
- https://www.cancer.gov
- https://www.hpshospitales.com

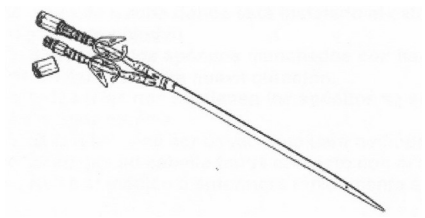
TEMA 67. ACCESO VASCULAR EN HEMODIÁLISIS.

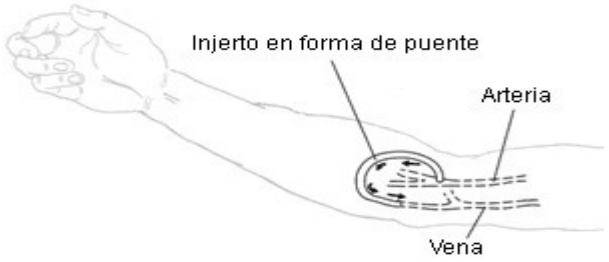
CARMELA TROYAS VISUS
ANA MARTINEZ-PEÑA RUIZ
CRISTINA HUARTE USTARROZ
LEYRE IBERO PEMAN

Tipos de accesos vasculares

- Fístula arterio-venosa; una arteria del antebrazo o parte superior se cose a una vena cercana
- Catéter venoso central; un tubo de plástico flexible (catéter) se introduce bajo la piel y se coloca en una vena del cuello, el tórax o la ingle. Desde allí el tubo va a una vena central que conduce al corazón.
- Injerto; se unen una arteria y una vena del brazo por medio de un tubo de plástico en forma de U bajo la piel







Definición de Fístula Arteriovenosa

Comunicación entre una arteria y una vena, con la finalidad de obtener un acceso para realizar la hemodiálisis con un buen flujo de sangre.

La finalidad de este acceso vascular es la extracción de sangre, realizar una limpieza de impurezas y volver a introducir la sangre de nuevo al cuerpo. De esta manera se sustituye la función del riñón.

- Estudio previo de las venas y arterias, por medio de una flebografía o un ultrasonido doppler
- Las fístulas se realizan en el antebrazo no dominante
- La gran mayoría se realiza entre la arteria radial y la vena cefálica. También puede realizarse entre la vena cefálica o basílica y la arteria humeral
- Se necesitan de 6 a 8 semanas para madurar
- Se debe palpar el frémito
- Se insertan dos agujas; una de ellas en la arteria, que lleva sangre al dializados; y la otra en vena que lleva sangre al cuerpo con dirección al corazón.

Cuidados prequirúrgicos

- Recepción del paciente
- Informar de por procedimientos a realizar
- No canalizar vía venosa en el brazo donde se va colocar la fístula arterio-venosa
- Realizar higiene
- Si precisara una gasometría arterial, se pinchara en arteria humeral

Cuidados postquirúrgicos

- Mantener el brazo elevado
- Comprobar el frémito
- Vigilar signos de inflamación, infección, isquemia,..
- Palpación del pulso
- El brazo intervenido no puncionar; ni tomar tensión arterial

Complicaciones de la fístula arterio-venosa

- Trombosis; obstrucción de la fístula
- Infección
- Sangrado
- Pseudoaneurisma
- Estenosis
- Falta de desarrollo de la fístula

Educación al alta al paciente

- Realización de cura diaria. Higiene con agua y jabón y un pincelado de betadine
- Retirada de los puntos en el centro de salud, más o menos a los 10 días
- Indicarle los signos de infección
- Enseñar a la palpación del frémito por lo menos una vez al día
- No comprimir la fístula
- No fumar
- El dolor lo primeros días es normal, por lo que puede tomar analgesicos.

Bibliografía

- Rodriguez JA, López Pedret J, Piera L y grupo de trabajo AV SEN. El acceso vascular en España: análisis de distribución, morbilidad y sistemas de monitorización. Nefrología 2001
- Theodore F. Saad. Central venous dialysis catheters: catheter-associated infection. Seminars in dialysis2001
- Guía de acceso vascular en hemodiálisis. Sociedad Española de Nefrología. 2004
- Guía clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. 2017

TEMA 68. COAGULOPATÍAS.

MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA
MARTA VELASCO ARRANZ
ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS
ELENA GONZÁLEZ LÓPEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- COAGULOPATÍAS CONGÉNITAS
- HEMOFILIA
- OTROS DÉFICITS DE FACTORES
- COAGULOPATÍAS ADQUIRIDAS
- DÉFICIT DE VITAMINA K
- ENFERMEDADES HEPÁTICAS

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones de la fase plasmática de la hemostasia o coagulación se denominan coagulopatías y pueden ser congénitas o adquiridas.

Las coagulopatías congénitas afectan a un solo factor, mientras que las adquiridas afectan a varios factores y pueden alterar la fase celular.

COAGULOPATÍAS CONGÉNITAS

Puede darse la deficiencia de cualquier factor de los que constituyen la coagulación de la sangre. Este déficit es hereditario. La forma de herencia va a ser variable; sólo las deficiencias de dos factores presentan una herencia recesiva ligada al sexo (deficiencias de los factores VIII y IX se denominan hemofilias.

HEMOFILIA

Es una enfermedad hereditaria que afecta a la coagulación de la sangre y está ligada a una anomalía genética en la que la transmisión está unida al cromosoma sexual X.

La hemofilia A es debida a un déficit del factor VIII (la más frecuente) y la hemofilia B a un déficit del factor IX.

Según el nivel de actividad de esos factores se puede hablar de hemofilia severa, moderada o leve.

La enfermedad de Von Willebrand es una parahemofilia en la que se da una ausencia del factor Von Willebrand, pero cursa como un déficit de factor VIII y disminución del funcionamiento de las plaquetas. Puede aparecer en ambos sexos; sin embargo, la hemofilia la heredan los varones de sus madres sin que ellas la padezcan.

La hemofilia esporádica se da en un 30% de los niños hemofílicos sin antecedentes familiares y puede ser causada por una mutación.

HEMOFILIA

Existe relación entre la cantidad de factor y la frecuencia de aparición de fenómenos hemorrágicos. Es frecuente hallar una anemia debida a hemorragias, y según como se localicen podemos distinguir entre externas e internas.

En el tratamiento de la hemofilia deben tenerse en cuenta:

- Tipo de hemofilia
- Turnover del factor administrado
- Gravedad de la hemofilia
- Efecto esperado
- Procoagulantes
- Evitar el consumo de aspirina
- Evitar cirugías odontológicas y extracciones.
- Evitar la administración de fármacos por vía intramuscular

HEMOFILIA

En el laboratorio se estudia:

- Tiempo de sangría normal
- Tiempo de coagulación en tubo alargado
- Tiempo de cefalina (APTT) alargado

El tratamiento de estos enfermos es complejo, se ha utilizado la administración de grandes dosis de factor VIII con el fin de saturar los anticuerpos, la administración de inmunosupresores o concentrados de vitamina K dependientes activados que forzarían la aparición de trombina y de esta forma cesaría. También se ha usado la plasmaféresis.

OTROS DÉFICITS DE FACTORES

- Enfermedad de Von Willebrand
- Déficit del factor VII: el más frecuente. No requiere tratamiento.
- Déficit del factor XIII: provoca un importante cuadro hemorrágico. Se trata administrando plasma fresco.
- Déficit del factor XII: no presenta trastorno hemorrágico.
- Disfibrinogenemia: en algunos casos asociado a trombosis.
- Déficit de anticoagulantes naturales: asociados a trombosis y a enfermedad tromboembólica. Entre ellos encontramos déficit de proteína C y S, déficit de antitrombina III, déficit de cofactor II de la heparina, alteración del substrato de la proteína C, déficit del inhibidor natural de la tromboplastina tisular y alteraciones de la fibrinólisis.

COAGULOPATÍAS ADQUIRIDAS

Afectan a varios factores de la coagulación y en ocasiones también a la hemostasia primaria. Son secundarias a otras enfermedades.

DÉFICIT DE VITAMINA K

La vitamina K es necesaria para que la sangre coagule. Procede de los alimentos que ingerimos o puede producirse por bacterias del intestino.

Los factores que se pueden ver afectados por la carencia de vitamina K se denominan vitamina K dependientes y son los factores II, VII, IX, X, proteína C, proteína S o Z.

Las causas del déficit de vitamina K son:

- Provocadas: por administración de fármacos.
- Espontáneas: hepatopatías, hipoavitaminosis, falta de aporte y disminución de la absorción.

ENFERMEDADES HEPÁTICAS

- Síntesis defectuosa de los factores de la coagulación
- Alteración del número de plaquetas
- Alteraciones de la función de las plaquetas
- Fibrinólisis aumentada
- Coagulopatía de consumo

BIBLIOGRAFÍA

- M. Aguilo y J. A. Tatay. Hematología. Editorial Ecir.
- Diccionario de terminología de ciencias médicas. Editorial Masson.

TEMA 69. ENFERMEDADES DEBIDAS A RIESGOS BIOLÓGICOS.

ELENA GONZÁLEZ LÓPEZ
MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA
MARTA VELASCO ARRANZ
ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR VIRUS**
- **ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR BACTERIAS**

INTRODUCCIÓN

Se define la contaminación biológica como la invasión de un área superficie o lugar por microorganismos o sustancias indeseables, esta contaminación se debe a la usencia de protección apropiada frente a la recepción del material contaminado de su tratamiento y manipulación en el laboratorio.

Para evaluar el riesgo de biocontaminación debemos tener en cuenta las características de los microorganismos que estamos manipulando, como patogeneicidad y virulencia, formas de transmisión, la endemicidad y posibles tratamientos a las patologías.

INTRODUCCIÓN

Para que se produzca la infección en un nuevo organismo el agente tiene que penetrar en el mediante diferentes vías:

- Vías respiratorias: mediante los aerosoles microbianos.
- Vía digestiva: se puede producir por ingestión accidental.
- Vía dérmica: a través de la piel.
- Vía conjuntiva: por la proyección de aerosoles infectados en la mucosa ocular.

Las enfermedades infecciosas producidas por agentes biológicos más conocidas y que están presentes en el ambiente laboral del laboratorio son:

- POR VIRUS: Hepatitis B y VIH.
- POR BACTERIAS: Brucelosis y Tuberculosis.

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR VIRUS.

Las enfermedades infecciosas a las que están expuestos los profesionales sanitarios con mayor frecuencia son el virus de la Hepatitis B, el virus de la Hepatitis C, virus de la Hepatitis D y VIH.

HEPATITIS B:

El riesgo de infección por el VHB entre el personal sanitario, fue reconocido en la década de los 50. Es una de las enfermedades más importantes en el colectivo siendo la causa más común de enfermedad hepática.

El reservorio lo constituye el hombre enfermo y el portador sano.

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR VIRUS.

Algunas de las características del VHB son:

- Es la causa más común de enfermedad hepática a nivel mundial.
- Puede ser transmitida con la VHD y causar hepatitis aguda y crónica.
- La infección de VHB puede pasar desapercibida y es persistente en el estado de portador crónico.
- La prevención mediante la vacunación es el mejor método para disminuir los pasos.

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR VIRUS.

VIRUS DEL SIDA (VIH):

Los trabajadores sanitarios tienen un importante riesgo de infección, ya sea por lesión percutánea o por contacto de piel y mucosas con sangre u otros fluidos como pueden ser semen secreciones vaginales u otros fluidos corporales con sangre visible y todo tipo de especímenes de laboratorio que contengan el virus.

El virus es sensible al calor y a algunos desinfectantes mientras que los procedimientos físicos son poco efectivos.

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR VIRUS.

En el VIH los requisitos necesarios para documentar un caso de infección como consecuencia de un accidente de trabajo son:

a. Que la fuente de infección con la que se accidenta el trabajador sanitario tenga infección documentada por VIH según los criterios establecidos a nivel internacional.

b. Que el trabajador que se ha accidentado no tenga dichos marcadores de infección en el momento del mismo y se positivice con posterioridad a la quinta semana tras la exposición.

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR BACTERIAS.

BRUCELOSIS:

Enfermedad transmitida al hombre por animales domésticos por la bacteria Brucella.
Se da con frecuencia en el medio rural y en ciertas profesiones como veterinarios y personal de laboratorio entre otras. Se transmite por vía cutánea, aérea y digestiva.
En nuestro país es conocida como “Fiebre de Malta”.
El reservorio de los gérmenes es un animal siendo los más frecuentes, bovino, ovino y porcino. La contaminación interhumana es nula.
El tratamiento con antibióticos es eficaz en los primero estadios y se dispone de una vacuna para el personal expuesto.

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR BACTERIAS.

TUBERCULOSIS:

Enfermedad producida por el bacilo de Koch, se transmite por vía respiratoria y cutánea, presentándose en granjeros, veterinarios y personal sanitario.
La enfermedad se caracteriza por la formación de tubérculos y necrosis caseosa en los tejidos.
Puede estar afectado cualquier órgano pero el lugar de mayor padecimiento es el pulmón.
La transmisión interhumana puede ser por mediación de secreciones de productos biológicos directos como esputos y líquidos de punciones.
La detección de la infección tuberculosa se determina a través de la prueba de la tuberculina.

BIBLIOGRAFÍA

- Inmunoprofilaxis frente a la hepatitis B. J.M. Mayoral Cortés y E. Fernández de la Mota. Medicina ´clínica (Barcelona) 1992;99.

- "Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo". Ministerio de Trabajo. Madrid.

- Prevención de Riesgos Biológicos en el Laboratorio. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Situación actual de la TBC en España. Una perspectiva sanitaria en precario respecto a los países desarrollados. Medicina clínica (Barcelona)

TEMA 70. ESTUDIO DEL USO DE INFUSORES ELASTOMÉRICOS EN EL DOMICILIO DE PACIENTES PALIATIVOS.

LAURA ALONSO RODRÍGUEZ
MARIA LUISA GARCÍA FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y MÉTODOS
- RESULTADOS
- DISCUSIÓN
- CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de los cuidados paliativos, la vía idónea de administración de fármacos es, como en muchas otras disciplinas, la vía oral.

No obstante, dadas las características de los enfermos atendidos, muy frecuentemente no disponemos de esta forma fácil y sencilla de proporcionar tratamientos, por lo que nos vemos abocados a menudo a buscar otras opciones. Entre estas deberíamos plantear una vía con eficacia y eficiencia demostradas, poco agresiva, poco dolorosa, sin grandes efectos secundarios ni posibilidad de iatrogenia, y que interfiera lo menos posible con la calidad de vida de los pacientes[6]. La vía que recoge la mayoría de estas características es la subcutánea.

Ventajas	Inconvenientes
Segura	Absorción lenta y según hidratación
Sencilla, menos agresiva	Permite pequeños volúmenes
Menos complicaciones	Limitación de fármacos y tipo de fluidos
Menor manipulación	Contraindicaciones en determinadas situaciones
Confortable, permite autonomía del paciente	
Biodisponibilidad-efectividad similar a vía iv	
Ahorro gasto sanitario	

Tabla 1-Ventajas /inconvenientes de la vía subcutánea[10]

Dentro de las indicaciones de la vía subcutánea tenemos[9]:

- Náuseas y vómitos persistentes
- Disfagia y odinofagia
- Fístulas digestivas
- Malabsorción
- Intolerancia gástrica
- Obstrucción digestiva
- Estados confusionales y debilidad extrema en los que la vía oral no resulta posible

- Situación agónica/últimos días. En estos casos, que suponen un gran impacto emocional, hay que redoblar los esfuerzos para controlar los síntomas, y es fundamental poder manejar en el domicilio la vía subcutánea, lo que se ve muy favorecido por el uso de dispositivos de infusión continua
- Síntomas no controlados por vía oral
- Incumplimiento del régimen terapéutico

Pero tiene también ciertas contraindicaciones[9]:

- Anasarca o enema en zona de punción
- Coagulopatías severas
- Estados de shock
- Circulación periférica muy disminuida por mala percusión en tejido celular subcutáneo
- Infecciones de repetición en el punto de inserción.

La administración de fármacos por vía subcutánea puede realizarse de dos maneras diferentes (y en ocasiones complementarias): en forma de bolos o en infusión continua.

Bolos	Infusión Continua
Efecto discontinuo de los fármacos	Concentración en plasma del fármaco más uniforme
Sólo permite pequeños volúmenes	Permite volúmenes más grandes
Mejor efecto en dolor agudo	Peor efecto en dolor agudo
Mayor número de manipulaciones	Evita manipulaciones
Menos coste	Coste elevado
Permite la confidencialidad	
No precisa de personal adiestrado	Posibilidad de mezlar diferentes fármacos
Mayor libertad y autonomía del paciente	Menor autonomía del paciente
	Mejor el tratamientos prolongados

Tabla 2-Diferencias entre las vías de administración subcutáneas[5]

Dentro de las bombas de infusión continua, los dispositivos elastoméricos son los más utilizados. Se trata de sistemas que funcionan sin necesidad de baterías y de uso seguro, sencillo y controlado[2]. Están diseñados para la administración de medicación durante un tiempo requerido y con una velocidad determinada mediante un flujo continuo, obteniéndose así unos niveles plasmáticos constantes de los fármacos. La solución es impulsada por la retracción elástica del reservorio con una precisión con un 10% de variabilidad, y una capacidad del reservorio entre 50 y 275 ml. Permiten además, la utilización simultánea de varios fármacos, lo que suele ser necesario de manera habitual para el control sintomático de pacientes en cuidados paliativos[6].

Es un sistema adecuado para el uso de pacientes en domicilio o ambulatorios, aunque en nuestro ámbito es un sistema poco utilizado por los distintos equipos de atención primaria[4].

OBJETIVOS

- GENERAL:
  - Analizar el uso de dispositivos elastoméricos de infusión continua subcutánea en el domicilio de pacientes atendidos por un equipo de apoyo en Cuidados Paliativos

- ESPECÍFICOS:
  - Conocer el tipo de paciente en el que se utiliza la vía subcutánea con infusotes elastoméricos (edad, sexo, patología).
  - Conocer los motivos de utilización de infusores elastoméricos .
  - Conocer los fármacos utilizados en infusores elastoméricos.

- Valorar el número de días que el paciente permanece con el infusor y el número de recambios que precisó.
- Conocer los posibles complicaciones del tratamiento a través de esta vía.
- Conocer el motivo de la retirada de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO:

- Estudio descriptivo retrospectivo

POBLACIÓN A ESTUDIO:

- Todos los pacientes atendidos por el EACP del área Sanitaria VIII de Asturias entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre. Un total de 31 pacientes.

MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS:

- Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes atendidos por el EACP entre el 1 de Enero y el 31 de diciembre de 2012, recopilando en una tabla de excell todos los datos a estudiar.

VARIABLES

- Edad: años cumplidos en el momento de inclusión en el protocolo CP
- Sexo: 1.Mujer / 2.Varón
- Patología de base: patología (oncológica o no) que provoca la inclusión en CP.

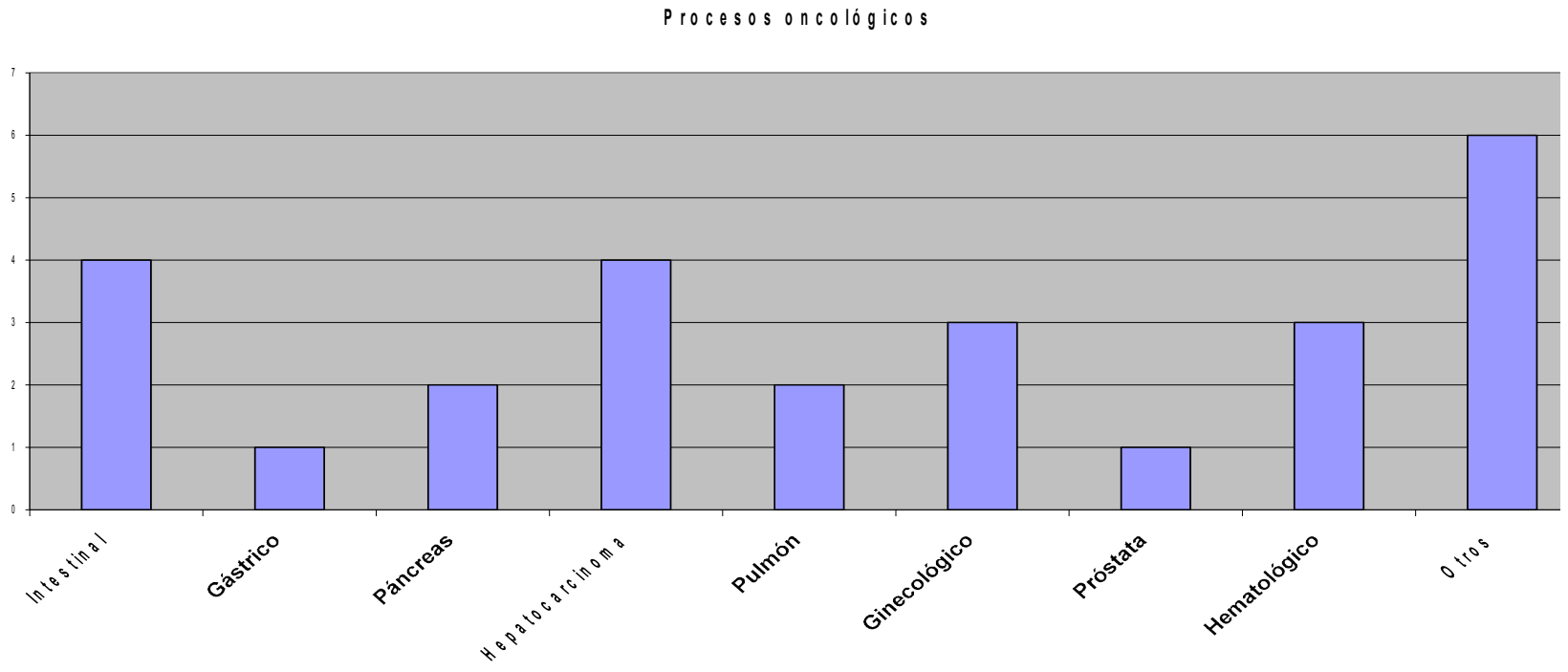
- Indicación infusor (motivo colocación): 1.Pérdida de la vía oral; 2.Control de síntomas; 3.Uso transitorio; 4.Otro
- Número de fármacos: 1.Número total; 2.Número de cada fármaco; 3.Número de cada mezcla
- Duración en días: total de días que el paciente permanece con el infusor, incluidos recambios
- Presencia de complicaciones: 1.Sí (cuáles); 2.No
- Motivo de la retirada: 1.Exitus; 2.Mejoría

RESULTADOS

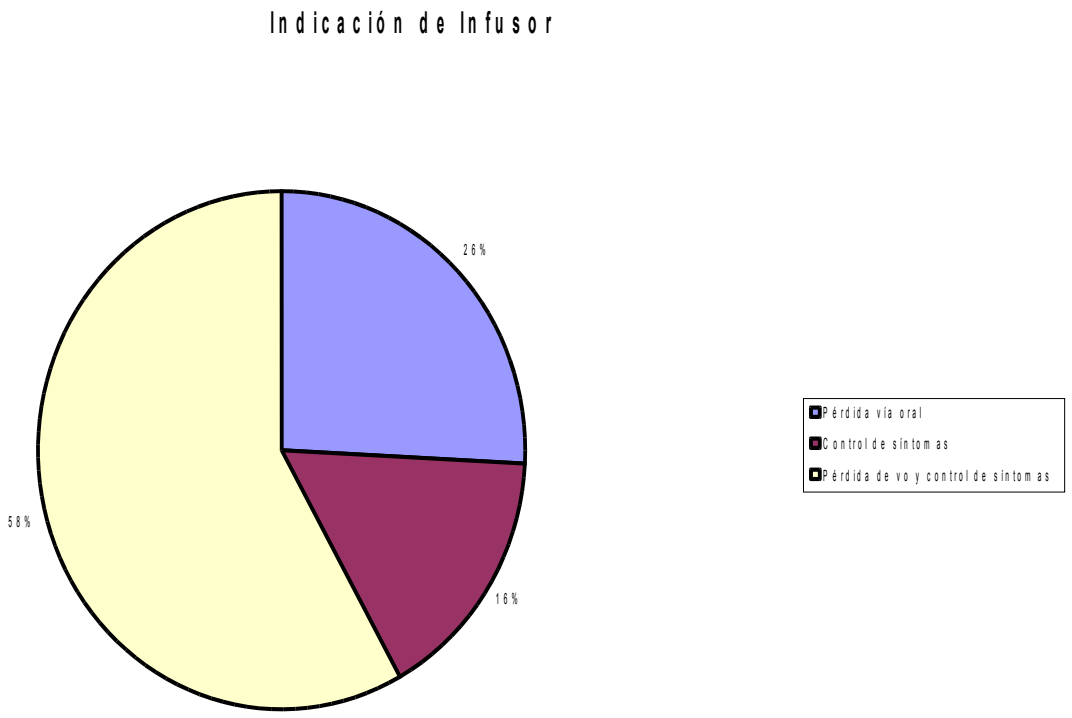
En el área VIII hemos tenido a lo largo del año 120 pacientes incluidos en el programa de Apoyo de Cuidados Paliativos, de los cuales han fallecido a lo largo de dicho año 93 (77%). La mayoría de estos pacientes han permanecido en su domicilio en sus últimos días.

Lugar del éxitus	Número de pacientes	Porcentaje
Domicilio	70	75,26%
Hospital Valle del Nalón	14	15,05%
Sanatorio Adaro	6	6,45%
Residencia del ERA	3	3,22%

Se han revisado las historias de todos los pacientes atendidos desde enero a diciembre de 2012, resultando un total de 31 pacientes que precisaron de infusor, 22 hombres y 4 mujeres. La edad media fue de 78 años (entre los 65 y los 91 años). Un 80,65% estaban diagnosticados de patología oncológica.



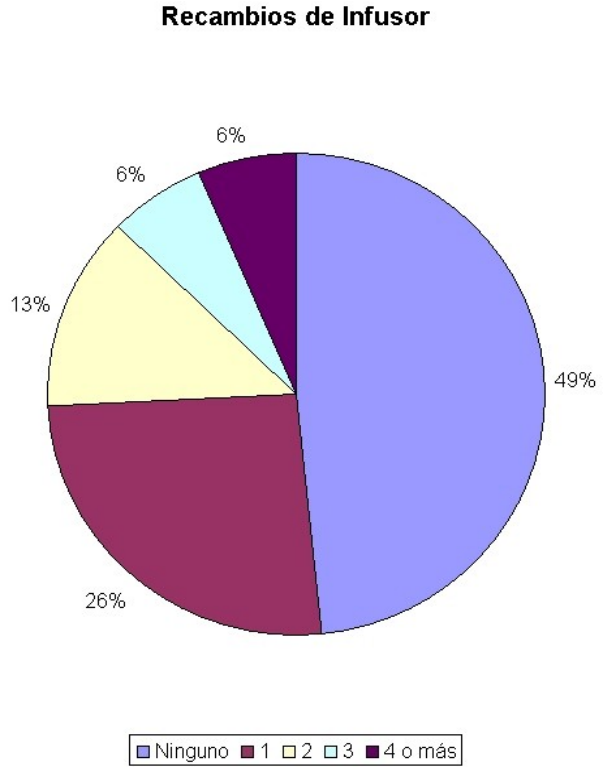
Los motivos para la colocación del infusor fueron por orden de frecuencia: 1) pérdida de la vía oral y control de síntomas, 2) la pérdida de la vía oral y 3) el control de síntomas.



Los fármacos más utilizados fueron el Cloruro Mórfico, seguido del Haloperidol y la Buscapina, siendo la más frecuente la combinación de 4 fármacos (51,61%) y la combinación de 3 fármacos (41,93%).

Fármaco	Nº Pacientes	Porcentaje
Cloruro mórfico	30	96,77%
Buscapina	26	83,87%
Haloperidol	25	80,64%
Midazolam	23	74,19%
Primperam	1	3,23%
No consta	1	3,23%

Se utilizaron 64 infusores: 28 infusores con capacidad para 2 días y 36 infusores de 5 días. El tiempo medio de tratamiento con el infusor fue de 4,6 días (entre 24 horas y 45 días), no necesitando recambios el 49% de los pacientes.



Sólo uno de los pacientes presentó complicaciones (3,22%), que consistieron en cambios frecuentes de la palomilla. Y en el 100% de los casos el motivo de retirada del infusor fue el exitus.

Anexo: Tabla de recogida de datos

	Sexo	Edad	Patlogía Base	Motivo	N Fármacos	Fármacos	Duracion	Cambios	Complicaciones	Retirada
1	2	89	Colon	1/2	3	C-H-M	1	0	0	1
2	1	78	Ovario	1/2	4	B-C-H-M	1	0	0	1
3	2	91	Parkinson	1	3	B-C-H	1	0	0	1
4	2	75	HepatoCa	1/2	2	C-H	2	0	0	1
5	2	78	HepatoCa	1	3	B-C-M	1	0	0	1
6	1	85	Pulmón	1/2	3	B-C-H	1	0	0	1
7	2	75	Hematológico	1/2	3	B-C-M	3	1	0	1
8	2	81	Pulmón	1	3	B-C-H	1	0	0	1
9	2	75	Lengua	1	4	B-C-H-M	1	0	0	1
10	1	80	Urotelio	1/2	3	B-C-M	24	7	0	1
11	2	85	EPOC	1/2	3	B-C-H	2	0	0	1
12	2	86	HepatoCA	1	4	B-C-H-M	1	0	0	1
13	2	83	Mieloma	1/2	3	B-C-M	2	1	0	1
14	2	67	Pleura	2	4	B-C-H-M	3	2	0	1
15	1	90	Ginecologico	1	3	C-H-M	4	1	0	1
16	1	81	Trompa	1/2	4	B-C-H-M	6	2	0	1
17	1	84	Parkinson	1/2	4	B-C-H-M	3	2	0	1
18	2	76	Desconocido	1/2	4	B-C-H-M	1	0	0	1
19	1	89	Páncreas	1/2	3	C-H-M	1	0	0	1
20	2	86	Próstata	1/2	4	B-C-H-M	4	1	0	1
21	1	84	Alzheimer	2	NO CONSTA	NO CONSTA	3	0	0	1
22	2	71	Linfoma	1/2	3	C-H-M	2	1	0	1
23	2	68	Urotelial	1/2	4	B-C-H-M	3	0	0	1
24	2	68	Gástrico	1/2	4	B-C-H-M	4	1	0	1
25	2	71	Ciego	2	3	C-H-P	45	11	Cambios de Palomilla	1
26	2	67	Páncreas	1/2	4	B-C-H-M	4	1	0	1
27	2	65	HepatoCa	1	4	B-C-H-M	8	3	0	1
28	1	78	Colon	2	4	B-C-H-M	6	2	0	1
29	2	83	I, renal	1/2	4	B-C-H-M	3	3	0	1
30	2	71	Faringe	2	4	B-C-H-M	2	1	0	1
31	2	69	recto	1	4	B-C-H-M	1	0	0	1

LEYENDA

- Sexo:

1.Mujer
2.Hombre

- Motivo de inclusión:

1.Pérdida de vía oral
2.Control de síntomas

- Fármacos:
    - B: buscapina
    - C: Cloruro mórfico
    - H: Haloperidol
    - M: Midazolam
    - P: Primperam

DISCUSIÓN

En los últimos años se han escrito numerosos artículos sobre el uso de infusores y la vía subcutánea, aunque pocos de ellos son ensayos clínicos o revisiones. La gran mayoría son originales, cartas al director o estudios relacionados con compatibilidad entre distintos fármacos, y muchos de ellos (como ocurre con nuestro estudio) cuentan con un tamaño muestral pequeño[10].

El tipo de pacientes son en su mayoría ancianos con patología oncológica en los últimos días que han perdido la vía oral y necesitan control de síntomas, y en los que es preciso el mayor confort posible para el enfermo. Con la vía subcutánea con infusores elastoméricos conseguimos:

- Control sintomático eficaz
- Con un fácil manejo
- Proporcionando libertad y autonomía al paciente y la familia
- Resultando cómodos, ligeros y discretos
- Y con complicaciones y efectos adversos muy escasos.

Con este vía de administración favorecemos además que el paciente permanezca en su domicilio, manteniendo su rol social y familiar, conservando su intimidad y sus horarios, lo que le aporta cierta seguridad. Lo que resulta también ventajoso para la familia (entorno conocido, horarios más cómodos...)[8]

Todo esto nos reafirma en la opinión de que el uso de infusores elastoméricos para tratamientos por vía subcutánea es la técnica más útil tras la vía oral en este tipo de enfermos.

Es importante reseñar que en el área de la Atención Primaria el uso de la vía subcutánea suele quedar circunscrito a los pacientes oncológicos que precisan abordaje paliativo, lo que supone limitar una herramienta muy resolutiva[7]. Para evitar esto, tal vez sería preciso una mayor formación con respecto a este tema.

No obstante, como decíamos en líneas previas, los estudios hasta la fecha presentan ciertas deficiencias metodológicas (tamaños muestrales pequeños, métodos no estandarizados, diferencias entre grupos, no aleatorización), por lo que sería recomendable continuar con la investigación en el campo de los Cuidados Paliativos, teniendo presentes siempre las dificultades éticas adicionales que presentan estos casos.

Afortunadamente, la conciencia de esta necesidad ha ido creciendo, aunque la carencia global de entrenamiento en este campo es algo aún muy difundido[1]...

CONCLUSIONES

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2006 estimaban que más de 50 millones de personas mueren por año, víctimas de enfermedades fatales; que cada año fallecen 6 millones de personas a causa del cáncer y hay más de 10 millones de casos nuevos. Las estimaciones preveen que para el año 2020 tendremos 15 millones de nuevos casos al año[3].

Frente a esta realidad, los cuidados paliativos se presentan como una rama fundamental en el cuidado de la salud. Muchas prácticas paliativas, sin embargo, se basan en evidencias históricas y, en muchos casos, sin la necesaria fundamentación con métodos científicos.

Por ello, hemos de hacer un esfuerzo adicional en la investigación en este campo, a pesar de todos los inconvenientes que se nos presentan (pacientes con patologías complicadas, cambiantes, con tiempo de supervivencia limitado...) [3], ya que la única forma de avanzar en este camino es continuar aprendiendo..

BIBLIOGRAFÍA

1. Twycross, R. (2000). Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas. *Acta bioethica*, *6*(1), 27-46.
2. Leno González, D., Leno González, J., Lozano Guerrero, M. J., & Fernández Romero, A. (2004). Fundamentos de la administración subcutánea continua y en Bolus en cuidados paliativos. *Enfermería Global*, *3*(2)
3. Pessini, L., & Bertachini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos.*Acta bioethica*, *12*(2), 231-242.
4. Fernández, H. S., Garcíab, L. R., Escribanoc, D. M., Castillod, B. R., Morenoe, E. C., & Garcíaf, E. P. (2009). Utilización de la vía subcutánea en atención primaria.
5. Ruiz, M. P. (Ed. Diciembre 2010) Guía clínica. Uso y recomendaciones de la vía subcutánea.

6. Tejedor, D. F., & Alvarez, A. I. P. (2010). Estudio de la utilización de la vía subcutánea en los pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos. *RevistaEnfermeríaCyL*, *2*(1).
7. Mascato, A. V., Tuda, C. H., González, M. G. R., & Saavedra, F. M. (2010). El uso de la vía subcutánea en la práctica clínica de la Atención Primaria. *Cuadernos de atención primaria*, *17*(2), 108-111.
8. Durillo, F. T. P., Montalbán, J. A. G., & Castillo, P. J. (2011). Análisis de la actividad de un equipo de soporte de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*,*18*(4), 129-134.
9. Domínguez, F. J. T., & Domínguez, M. D. R. R. (2011). Bomba subcutánea de infusión continua: una alternativa en el control de síntomas. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, (77), 58-66.
10. Gallardo, R., & Gamboa, F. (2013). Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Monografías SECPAL Nº *4*

TEMA 71. RECOMENDACIONES EN MENOPAUSIA Y CLIMATERIO.

ÁUREA GARCÍA MÉNDEZ

ÍNDICE

1. CLIMATERIO-MENOPAUSIA. DEFINICIÓN CLÍNICA
2. CLÍNICA
3. DIAGNÓSTICO
4. TRATAMIENTO
5. MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA.
6. DIETA SALUDABLE EN MENOPAUSIA
7. BIBLIIOGRAFÍA

CLIMATERIO-MENOPAUSIA. DEFINICIÓN CLÍNICA

El climaterio : es el periodo de tiempo durante el cual ocurre el cese de la función ovárica debido al agotamiento folicular, produciendo la desaparición de la función reproductora de la mujer. Se considera la transición de la madurez sexual a la senectud. Su duración oscila entre 10-15 años.

La menopausia es sólo un signo más del conjunto de fenómenos que suceden durante el climaterio, periodo que dura varios años antes y después de la menopausia.

La menopausia : significa la desaparición definitiva de la menstruación. Hablamos de menopausia cuando ha transcurrido un año desde la última regla y sin haber existido ningún sangrado menstrual.

CLÍNICA

El 75-80% de las mujeres experimentan un cuadro sintomático caracterizado por :

- Síntomas vasomotores o sofocos. Suelen ser de aparición nocturna. La causa está relacionada con la elevación de la LH y la disminución de estrógenos. Se recomienda tomar suplementos de vitamina E.
- Síntomas psíquicos como insomnio, irritabilidad , tendencia a la tristeza y depresión.
- Cambios en el aparato urogenital. Las paredes vaginales se vuelven mas delgadas, secas y menos elásticas, pudiendo aparecer dispareunia, sequedad y prurito vulvar. Existe mayor tendencia a prolapso genital y a las infecciones. El tamaño de los ovarios y del útero disminuye.

- A mas largo plazo puede darse osteoporosis por la falta de estrógenos, que puede traducirse en un mayor riesgo de fracturas. Afecta a huesos con mucho tejido esponjoso, principalmente a las vértebras, el cuello de fémur y la zona distal del radio.

La densitometría a nivel lumbar y en un cuello femoral es la técnica radiológica más utilizada para la valoración de la osteoporosis.

- El tratamiento de elección para la osteoporosis son los bifosfonatos que actúan inhibiendo la reabsorción ósea y aumentando el contenido de calcio en el hueso.
- Mayor riesgo cardiovascular por disminución de estrógenos y aumento del LDL.

TRATAMIENTO

- Existen dos tipos de Tratamientos:

1) Discontinuo o cíclico: Que es aquel que se realiza sólo con estrógenos. Puede dar problemas de trombosis, y cáncer de endometrio y mama.

2) Continuo o combinado: Utiliza estrógenos más progestágenos. El fundamento para realizar esta combinación es que el estrógeno, tenga oposición para la producción de patologías como el cáncer de endometrio.

MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA

1. Mantenga sus huesos con una dieta balanceada, rica en calcio (leche y sus derivados).
2. Si bien no es aconsejable la delgadez extrema, tampoco lo es el exceso de peso, porque acumula estrógenos, estimulando la posibilidad de que se formen tumores uterinos.
3. Acentúe en su dieta la cantidad de fibras, frutas, vegetales y pescado que previenen enfermedades digestivas y cardiovasculares.
4. Ingiera 2,5 litros de líquido por día, permitiendo hidratar la piel y mejorar el funcionamiento renal.
5. No fume, modere el consumo de alcohol, café y la exposición solar. Son beneficiosas las caminatas, el ciclismo, la natación y el yoga.
6. No se automedique hormonas. Infórmese y participe de la decisión.

7. Evitar los factores desencadenantes (p. ej., luces brillantes, consuelos, reacciones emocionales predecibles)

8. Enfriamiento del medio ambiente (p. ej., bajar el termostato, uso de ventiladores)

9. El uso de varias capas de ropa que se pueden quitar cuando sea necesario puede ayudar

10. Los lubricantes vaginales de venta libre y los hidratantes ayudan a aliviar la sequedad vaginal. Las relaciones sexuales regulares u otra estimulación vaginal ayuda a preservar la función vaginal.

DIETA SALUDABLE EN LA MENOPAUSIA.

La menopausia marca el comienzo de un cambio agudo en el balance de calcio y una pérdida acelerada de masa ósea.

Normalmente los estrógenos tienen efectos positivos sobre la homeostasis del calcio, ya que mejoran la absorción intestinal y aumentan su conservación renal.

En la menopausia no solo se absorbe menos calcio sino que también se elimina mayor cantidad, lo que induce una pérdida significativa de la médula ósea. Por otra parte, debido al cambio hormonal en esta etapa de la vida puede aparecer un mayor riesgo de obesidad, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, cáncer de mama y diabetes.

Se debe, por lo tanto, promocionar una dieta saludable para evitar complicaciones de dichas enfermedades, así como evitar el tabaco y reducir el consumo de café y alcohol.

En esta etapa se dan las siguientes recomendaciones dietéticas:

- Reducir el exceso del sal.
- Garantizar un adecuado aporte de ácidos grasos omega 3 (pescado azul), puesto que reducen el colesterol y los triglicéridos.
- Los alimentos ricos en isoflavonas, como las legumbres, sobre todo la soja, ayudan a paliar los síntomas del climaterio.

- En la menopausia es importante evitar la aparición de la osteoporosis. Para prevenirla, se debe cuidar el ejercicio físico y la dieta.
- El aporte de calcio será de 1200-1500 mg/día.
- Hay que garantizar además un adecuado aporte de alimentos lácteos, ricos en calcio.
- Igualmente se debe moderar el consumo de alimentos ricos en ácido fítico (fibra insoluble) ya que dificulta la absorción del calcio y evitar las dietas hiperproteicas que causan hipercalciuria.
- Se debe realizar ejercicio físico regular para prevenir la pérdida de masa ósea

BIBLIOGRAFÍA

- Puchades Simó, Amparo; Muñoz Izquierdo, Amparo. Actualización bibliográfica sobre el climaterio/menopausia. Evidentia. 2013 jul-sep; 10(43).

- Ross M, Pawlina W. Histología, Texto y Atlas. España: Wolters Kluwer, 7 ª. ed. 2015, pp. 897-963.

- Sadler TW. Embriología médica Langman. España: Wolters Kluwer, 13 ª ed. 2016.

- González-Merlo J, González E. Ginecología. España: Elseiver, 9 ª ed. 2014. P. 94-118.

TEMA 72. EFICACIA DEL USO DEL ENFOQUE DE INTEGRACIÓN SENSORIAL EN TERAPIA OCUPACIONAL EN UN NIÑO PREMATURO. ESTUDIO DE CASO.

ANA MARÍA PÉREZ RIVAS
MARTA RÍOS LEÓN

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Hipótesis y Objetivos.
3. Material y Método.
4. Resultados.
5. Discusión.
6. Conclusiones

INTRODUCCIÓN

En los últimos 20-30 años, la incidencia de parto prematuro en la mayoría de los países desarrollados ha sido alrededor del 5-7% de los nacidos vivos. Aumentando más del 30%, a expensas de un incremento del nacimiento de neonatos prematuros tardíos. Éstos constituyen hoy el 9% de todos los nacimientos y el 71% de los que nacen antes de las 37 semanas.

INTRODUCCIÓN

Aunque sus riesgos son menores que aquellos asociados a la prematuridad extrema, tienen problemas de salud más serios y frecuentes que los niños completamente maduros. Mostrando una incidencia superior a la media de discapacidades específicas de aprendizaje, trastornos de hiperactividad con atención, trastornos visuomotores, trastornos de procesamiento espacial, problemas de lenguaje y limitaciones de rendimiento escolar.

INTRODUCCIÓN

El uso de técnicas de reproducción asistida, tasas crecientes de partos múltiples y una mayor intervención obstétrica, son algunos factores que han contribuido al aumento general de la incidencia.

Los niños nacidos prematuramente (RNPT) con estancias en la unidad de cuidados intensivos neonatales, están en riesgo de tener secuelas en el desarrollo y de padecer problemas del procesamiento sensorial (PS) al estar expuestos antes de tiempo, a un ambiente extrauterino nocivo, en cuanto a sonidos, luces, procedimientos invasivos, deprivación del movimiento y del sueño.

INTRODUCCIÓN

Esto repercute de forma negativa en la maduración y organización del PS, relacionado con la modulación. Donde el Sistema Nervioso Central (SNC) recibe e interpreta las sensaciones del propio cuerpo y del ambiente para poder dar respuestas adaptativas reguladas, sin hiper ni hipo reacción . En ésta línea, observamos que los niños con TPS pueden experimentar dificultades en el desempeño de las ocupaciones diarias y en el comportamiento. Con lo cual podrían beneficiarse de la intervención de terapia ocupacional (TO) a través de diferentes enfoques, entre otros de la integración sensorial.

INTRODUCCIÓN

El término de disfunción del procesamiento sensorial (DPS) fue utilizado por primera vez por Ayres en 1963. La cual exploró la asociación entre el PS y el comportamiento de los niños con dificultades de aprendizaje, de desarrollo y emocionales. La IS se basa en actividades, ricas en estímulos sensoriales a nivel táctil, vestibular y propioceptivos que mejora la capacidad del SNC para registrar la información sensorial, procesarla e integrar la sensación dando como resultado un impacto positivo en la capacidad del niño para participar en las actividades de la vida diaria (AVD) .

INTRODUCCIÓN

El suministro y el control de la información sensorial, es importante para el control de la postura, coordinación del movimiento, motricidad fina y para la modulación del nivel de alerta. Y es fundamental para los procesos cognitivos como la atención, la memoria, la percepción visual y la acción planificada. El DPS a su vez, podría influir en el desarrollo del juego y la participación social.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

A pesar de la falta de evidencia acerca de la efectividad de la IS en RNPT, nuestras estimaciones señalan que un tratamiento estructurado mediante el enfoque de IS en un niño prematuro, permitirá la mejora en el PS evolucionando de forma positiva aspectos sensoriomotores tales como: control postural; equilibrio; tono; esquema corporal; praxis; integración bilateral y motricidad fina, favoreciendo la independencia y autonomía en las AVD y en el ámbito escolar.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del Estudio

Se trata de un diseño de caso único que analiza la eficacia del enfoque de IS en TO, en un niño prematuro con DPS. La investigación se realizó en la sala de Terapia Ocupacional del Centro de Prevención, Diagnóstico y Rehabilitación Integral del Niño, Mitai (Pozuelo de Alarcón), Madrid.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción del caso

Para el desarrollo de éste estudio se contó con la participación de un niño de 4 años y 10 meses de edad que nació por cesárea con 35 semanas de gestación (prematuro tardío) que presenta problemas en el PS. Pesó al nacer 2 kilos y 660 gramos. No toma medicación.

Sus padres comentan que le ven muy torpe a nivel motor y con falta de atención. En la actualidad el niño presenta miedo a las alturas, sube y baja las escaleras sin alternar, no le gusta el columpio, corre de forma muy torpe y se cae con frecuencia. Es derivado por el Centro Educativo por inmadurez, en psicomotricidad esta muy por detrás del resto de sus iguales. No trepa por espalderas y presenta poca fuerza en las manos. Muy torpe manipulativamente.

MATERIAL Y MÉTODO

Desarrollo del estudio

Se ha empleado un diseño de caso único, para tratar de verificar el impacto del tratamiento del enfoque de IS en TO en la funcionalidad y participación del niño prematuro. En el proceso participó una terapeuta ocupacional especializada en IS, encargada de llevar a cabo la evaluación del sujeto, el tratamiento y el establecimiento de objetivos junto con los padres y la tutora del colegio.

El procedimiento llevado a cabo fue el siguiente

Un período de intervención de 16 semanas, con una frecuencia de dos sesiones semanales de 45 minutos. Para recibir tratamiento de TO basado en el enfoque de la IS. La evaluación se realizó en tres periodos distintos: una primera valoración, a las 8 semanas y a las 16 semanas del tratamiento, con una periodo total de 22 semanas.

MATERIAL Y MÉTODO

La primera parte del estudio comenzó con una anamnesis detallada de los principales síntomas y signos a través de una primera entrevista con los padres y con el colegio del niño. Seguido de una valoración inicial con el **Perfil Sensorial-2 de Winnie Dunn** y las **Observaciones Clínicas Estructuradas** de Jeans Ayres para la detección de posibles problemas del PS. La Batería de Evaluación del Movimiento para niños-2 (**MABC 2**); la Prueba Beery-Buktenica del Desarrollo de Integración Visomotriz (**VMI**); y el **Wee FIM** para la evaluación de los niveles de función y así poder ver la correlación entre las dificultades sensoriomotoras que presenta el sujeto y su desempeño ocupacional.

MATERIAL Y MÉTODO

Intervención

Se partió de la motivación intrínseca del niño y de la exploración, para que se involucrase activamente y siempre a través del juego. Las sesiones han sido individuales, adaptadas a su necesidad y características. Las actividades han tenido un propósito y han proporcionado el reto adecuado de oportunidades sensoriales a nivel táctil, vestibular y propioceptivo. Se incrementó gradualmente la demanda al niño para proporcionar un desafío justo y poder conseguir unas respuestas adaptativas al entorno, cada vez más maduras y organizadas. Centrándonos en ofrecer un ambiente novedoso en cuanto a información sensorial procedente tanto del exterior, como sensaciones producidas desde su propio cuerpo.

RESULTADOS

A lo largo de la intervención se obtuvieron mejoras significativas en el PS. El usuario que se benefició de la intervención, mejoró en evitación (dejando de molestarle las entradas sensoriales), y en registro (dejando de ignorar o perder la entrada de información sensorial). Todo ello, repercutió de forma positiva en el movimiento y lo corporal, mejorando su conducta y la atención, dando lugar a respuestas adaptativas en el entorno, incrementando su nivel de independencia. Los hallazgos obtenidos nos revelan una evolución positiva en prácticamente todas las categorías del perfil sensorial en cuanto a: evitación; registro; movimiento; corporal; conductual y atencional, pasando a estar dentro de la media de su grupo de iguales.

RESULTADOS

Del mismo modo, hubo una mejora en las observaciones clínicas correspondientes a la modulación sensorial, el control postural y ocular, la integración bilateral y secuenciación y la praxis. En la actualidad, el usuario, es capaz de alternar los miembros inferiores para subir y bajar escaleras sin ningún tipo de ayuda. Mayor resistencia muscular, trepa a diferentes alturas y sube al material suspendido (columpios) sin mostrar miedo, ni hiperrespuesta. Presenta una mayor alineación postural y conciencia corporal, con un aumento de ajustes de enderezamiento, incidiendo en un número menor de caídas. Sus movimientos son más fluidos y coordinados favoreciendo el equilibrio dinámico al correr.

RESULTADOS

La principal dificultad que persiste tras la finalización de la intervención se muestra a nivel de motricidad fina, estando ésta relacionada con la dificultad del control postural. Estos datos coinciden con la literatura existente, especialmente en los RNPT con control postural retardado, el cual está relacionado con el desarrollo de habilidades motoras finas, apoyando el supuesto teórico de desarrollo proximal-distal.

El tratamiento produjo también mejoras significativas en cuanto a la percepción visual, la coordinación motriz y los tiempos de atención. Se han contrastados estos resultados con el colegio y con la familia, coincidiendo con las mejoras observadas en la clínica.

RESULTADOS

Otros aspectos notablemente incrementados a raíz de la intervención fueron la capacidad de destreza manipulativa, atrapar objetos y manejarlos con precisión, así como el equilibrio.

La mejora de todos los parámetros descritos anteriormente, condujo a un aumento de la independencia funcional del niño, tanto en el autocuidado, la movilidad como en el área cognitiva. Dichas mejoran favorecieron la destreza para AVD, tales como el vestido, el aseo y baño y en las actividades escolares (tareas manipulativas, puzzles y resolución de problemas, tal y como señalan también sus familiares y profesores).

RESULTADOS

La detección precoz en niños prematuros resulta primordial, para prevenir problemas en su desarrollo psicomotor y en el aprendizaje global. Una intervención temprana de IS podría favorecer los procesos de organización y regulación del recién nacido, entendiendo la importancia de que esto puede fortalecer su relación de apego y la capacidad del niño para interactuar con su medio de manera funcional.

Estos hallazgos son destacables en la medida en que justifican la prevención e intervención en está población por parte de un terapeuta ocupacional especializado en IS, profesional que hoy en día no forma parte del equipo base de la atención temprana a diferencia de otros países.

CONCLUSIÓN

Los datos obtenidos en el presente estudio, sugieren que el uso del enfoque de la IS en un niño RNPT con DPS: mejora el PS a nivel vestibular, propioceptivo y táctil, favoreciendo aspectos sensoriomotores que:

- Produjeron mejoras en las respuesta adaptativas y su funcionalidad en el entorno.
- Implicaron cambios significativos que favorecieron el equilibrio, control postural y el aumento del tono como base para la participación en el juego.

CONCLUSIÓN

- Indujeron cierta mejora en la praxis y la conciencia corporal como base para aumentar el tiempo de atención.
- Ocasionaron un efecto positivo en el desarrollo de la integración bilateral y de la coordinación visual y en un aumento en la independencia en las AVD y actividades escolares.

Se hacen necesarios futuros estudios con una mayor calidad metodológica para determinar si los resultados conseguidos a través de la IS en un niño RNPT con DPS son extrapolables a población con la misma problemática.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahn RR, Miller LJ, Milberger S, McIntosh DN. Prevalence of Parents' Perceptions of Sensory Processing Disorders among Kindergarten Children. Am J Occup Ther. 2004;58: 287–293.
- Dudell GG, Jain L. Hypoxic Respiratory Failure in the Late Preterm Infant. Clin Perinatol. 2006;33:803–830.
- Blanche EI, Bodison S, Chang MC, Reinoso G. Development of the Comprehensive Observations of Proprioception: validity, reliability, and factor analysis. Am J Occup Ther. 2012;66(6): 691-698.
- Digaudio K, Duffy LC, Ph D, Laforest S, Granger CV. WeeFIM. Functional Sample of an Instrument For Tracking Independence in Children. Clin Pediatr. 1887:431-438.

BIBLIOGRAFÍA

- Miller LJ, Anzalone ME, Lane SJ, Cermak SA, Osten ET, Lane SJ. Concept Evolution in Sensory Integration : A proposed nosology for diagnosis. Am J Occup Ther. 2002;61(2):135-140.
- Lane SJ, May-benson TA, Schaaf RC et al. A Frame of Reference for Sensory Integration State of the Science : A roadmap for research in sensory integration. Am J Occup Ther. 2015;69(6): 1-7.
- May-Benson TA, Koomar JA. Systematic Review of the Research Evidence Examining the Effectiveness of Interventions using a Sensory Integrative Approach for Children. Am J Occup Ther. 2010;64(3):403-414.

BIBLIOGRAFÍA

- Davies PL, Gavin WJ. Validating the Diagnosis of Sensory Processing Disorders Using EEG Technology. Am J Occup Ther. 2007;61(2):176-189.
- Wang TN, Howe TH, Hinojosa J, Weinberg SL. Relationship Between Postural Control and Fine Motor Skills in Preterm Infants at 6 and 12 Months Adjusted Age. Am J Occup Ther. 2011;65(6):695-701.
- Jorquera S, Romero D. Terapia Ocupacional, Utilizando el Abordaje de la Integración Sensorial: Estudio de caso único. Rev Chil Ter Ocup. 2016;(0717-6767):115-124.
- Schaaf RC, Nightlinger KM. Occupational Therapy Using a Sensory Integrative Approach: A case study of effectiveness. Am J Occup Ther. 2007;61(2):239-246.

BIBLIOGRAFÍA

- Mira OA, Bastias LR. Propuesta de Evaluación del Procesamiento Sensorial del Recién Nacido de Pretérmino: Favoreciendo el Goodness of fit con sus Padres y la Autorregulación. Rev Chil Ter Ocup. 2016;16(1):109-114.
- Whitcomb D, Carrasco R, Neuman A, Kloos H. Correlational Research to Examine the Relation Between Attachment and Sensory Modulation in Young Children. Am J Occup Ther. 2015;69(4): 1-8.
- Schaaf RC, Burke JP, Cohn E, May-Benson TA, Schoen SA, Roley SS et al. State of Measurement in Occupational Therapy using Sensory Integration. Am J Occup Ther. 2014;68(5):e149-153.

TEMA 73. PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE NIÑOS CON LEUCEMIA Y FAMILIARES.

VIRGINIA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

SANDRA CARO CALDERÓN

Resumen:

Las leucemias son un conjunto de diversas enfermedades que se caracterizan por un crecimiento desordenado de células inmaduras de la médula ósea y que se originan de una clona que perdió el mecanismo regulador de duplicación celular, debido a cambios en los genes que controlan este proceso y que ocasionan la sobreproducción de células hemáticas inmaduras e ineficientes.

La Leucemia es una enfermedad rara en la infancia, pero es el tipo más común de cáncer infantil. Después de los accidentes, es la mayor causa de muerte en niños de edad mayores de un año.

Cuando el niño es diagnosticado de Leucemia, requiere ser hospitalizado por largos periodos. La hospitalización es conocida como una experiencia traumática tanto para el niño como para su familia, y mucho más si se trata de una enfermedad oncológica, donde los procedimientos para combatirla forman un conjunto de actuaciones que el niño puede vivir como extrañas y amenazantes. Es por ello que determinar los diagnósticos de enfermería que se presentan con mayor frecuencia en niños que reciben tratamiento oncológico, facilitaría la priorización de las intervenciones y actividades enfocadas a su cuidado y a satisfacer sus necesidades, iniciando la elaboración de planes de atención encaminados a mejorar la atención brindada al niño con Leucemia y su familia.

Debido a la complejidad de esta enfermedad, mi Objetivo, es elaborar una Propuesta de Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) que recoja las actuaciones a realizar d Debido a la complejidad de esta enfermedad, mi Objetivo, es elaborar una Propuesta de Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) que recoja las actuaciones a realizar de enfermeros /as, dirigidas tanto a los niños como a sus familiares, adaptado a sus necesidades.

El proceso de elaboración será deductivo, tratando así los diagnósticos enfermeros, los problemas de colaboración, más riesgos asociados y los problemas de autonomía. Para ello utilizaré las Taxonomías NANDA, NOC, NIC, protocolos de actuación y guías de práctica clínica (GPC).

PALABRAS CLAVES: Leucemia, niño, familia, cuidados enfermeros, diagnósticos enfermeros. e enfermeros /as, dirigidas tanto a los niños como a sus familiares, adaptado a sus necesidade

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Definición del problema

1.2 Tipo Pág.8

1.3 Riesgos asociados

1.4 Síntomas y signos

1.5 Diagnostico

1. 6 Tratamiento

1.7 Efectos secundarios generales

1.8 Justificación; Epidemiología y Objetivo

2.DESARROLLO

2.1 Metodología elaboración

2.2. Plan de cuidados y valoración enfermera

2.3 Valoración de necesidades, Virginia Henderson

2.4 Problemas de independencia, Diagnostico enfermero

2.5 Problemas de colaboración

2.6 Problemas de autonomía

3.CONCLUSIÓN

4.BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓN

1.1- DEFINICÓN DEL PROBLEMA; ¿Qué es la Leucemia?

El cáncer es una enfermedad monoclonal que se origina a partir de una sola célula. La leucemia es una enfermedad clonal que se origina a de partir de precursor hematopoyético. Literalmente significa “sangre blanca” ya que sus raíces provienen de 2 elementos griegos: leuc, una variante de leuco = λευκός, "blanco “y emia, αἷ μα = "sangre".

Las **leucemias** son un conjunto de diversas enfermedades que se caracterizan por un crecimiento desordenado de células inmaduras de la médula ósea y que se originan de una clona que perdió el mecanismo regulador de duplicación celular, debido a cambios en los genes que controlan este proceso y que ocasionan la sobreproducción de células hemáticas inmaduras e ineficientes.

La hematopoyesis es un proceso complejo a través del cual las células troncales proliferan y se diferencian, dando lugar a los distintos tipos de células maduras circulantes (eritrocitos, granulocitos, linfocitos, monocitos y plaquetas), tiene lugar en la médula ósea, en donde una intrincada red de células estromales y sus productos, regulan cada una de las etapas que conducen a la generación de células primitivas, intermedias y madura.

1.2- TIPOS DE LEUCEMIAS

Las células de la sangre se dividen en dos grandes grupos: mieloides **y linfoides.** El primero incluye a los granulocitos (neutrófilos, basófilos y eosinófilos), monocitos, eritrocitos y trombocitos, mientras que el segundo comprende a los linfocitos B, linfocitos T y células NK. Las células mieloides son producidas a través de un proceso conocido como mielopoyesis, mientras que las linfoides son resultado de la linfopoyesis .[1]

Ambos procesos, de manera independientes, están muy relacionados y la interacción que existe entre células de uno y otro es muy estrecha. Es evidente que la hematopoyesis es un proceso muy complejo, en el que participan diversos tipos celulares y sus productos; todos éstos interactuando estrechamente para permitir que la producción de células sanguíneas ocurra de manera controlada. Es también claro que al ocurrir alteraciones en algunos de los compartimientos celulares del sistema hematopoyético, sobre todo en los más primitivos, la producción de células sanguíneas puede verse modificada, de manera que los niveles de células circulantes sean abatidos drásticamente o se vean aumentados muy por encima de lo normal; cualquiera de éstas condiciones puede conducir a complicaciones del estados fisiológicos , e incluso, a la muerte del individuo.[2] Dependiendo cuál de estos procesos, ya sea el de linfopoyesis o el de mielopoyesis se vea afectado es como se dividirán las leucemias en mieloides o linfoides, que a su vez se dividen en **crónicas** y **agudas**. [3]

Hoy en día se tiene un mayor conocimiento acerca de los genes involucrados en la transformación maligna que conduce a ciertas leucemias y se tiene una idea muy clara sobre la identidad de las células inmaduras en donde ocurren dichas transformaciones y del papel que el microambiente hematopoyético parece jugar en la fisiopatología de leucemias y síndromes de falla medular.[4] Sin embargo, son todavía muchas las preguntas que quedan por contestar.

1.3- FACTORES DE RIESGO

En los últimos años se han revisado factores de riesgo, que incluyen:

- ✓ Estar expuesto a los rayos X antes del nacimiento.
- ✓ Estar expuesto a la radiación.
- ✓ Haber tenido un tratamiento anterior con quimioterapia.
- ✓ Tener ciertos cambios en los genes.
- ✓ Tener ciertas afecciones genéticas, como las siguientes:
- ✓ Síndrome de Down.5
- ✓ Neurofibromatosis tipo 1 (NF1).6
- ✓ Síndrome de Shwachman.[7,8]
- ✓ Síndrome de Bloom.9
- ✓ Ataxia-telangiectasia.10

1.4- SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SOSPECHA

- ✓ Fiebre
- ✓ Fatiga
- ✓ Mialgias y/o altrgias
- ✓ Sangrado fácil (encías, nasal)
- ✓ Dolor abdominal
- ✓ Síndrome anémico, neutropenia, trombocitopenia (perdida de energía y palidez)
- ✓ Palidez, hematomas (sin causa aparente, petequias, púrpura debido a la falta de plaquetas)
- ✓ Infecciones recurrentes (llagas en la garganta, infección de oídos y diviesos por falta de leucocitos normales)

- ✓ Hepatomegalia
- ✓ Linfadenopatía
- ✓ Esplenomegalia
- ✓ Masa mediastinal (cél. T)
- ✓ Afección del SNC (Sistema nervioso central) (cél. T)
- ✓ Afección testicular (cél. T)
- ✓ Leucemia cutis
- ✓ Síndrome(Sx) De Mikuliez(afección de glándula salivales.[11]

No son signos o síntomas específicos, pero todos conducen a realizar al paciente un análisis de sangre

1.5- DIAGNÓSTICO

El procedimiento diagnóstico por excelencia en todo paciente en quien se sospecha leucemia es el aspirado de médula ósea, pues sirve para el estudio morfológico de las células de la médula. Con esto se determina:

- ✓ si existen células cancerosas,
- ✓ de qué tipo son,
- ✓ dentro de cada tipo de cáncer, el grado de agresividad que presenta

La confirmación diagnóstica se realiza con la presencia de blastos >20% en médula ósea (según definición de OMS).

Cuando se detecta la presencia de células cancerosas y establecido el tipo de neoplasia a la que pertenecen, se deben realizar varias pruebas para confirmar el diagnóstico y para determinar si se ha extendido a otras partes del cuerpo, es decir, si existe o no metástasis. Estas pruebas pueden ser: análisis de sangre, radiografías, ecografía, tomografía (TAC o escáner), Resonancia Magnética (RMN) y gammagrafía (imágenes obtenidas mediante isótopos radioactivos).

Las leucemias se clasifican de una forma diferente. En las leucemias las células cancerosas aparecen en la médula ósea y al pasar al torrente sanguíneo se distribuyen por todo el organismo. Para conocer la posible extensión de la enfermedad al sistema nervioso se analiza el líquido cefalorraquídeo (LCR), líquido que protege el cerebro y la médula espinal. Para obtener LCR se realiza una punción del espacio espinal en la columna vertebral lumbar (punción lumbar).

Los análisis en sangre pueden confirmar la sospecha diagnóstica, pero el **diagnóstico definitivo se consigue tras analizar las células neoplásicas de la médula ósea al microscopio**. [12]

1.6 -TRATAMIENTO

Alrededor del 70% de todos los tumores de la edad del desarrollo se pueden curar (otra gran diferencia con los tumores del adulto) con los tratamientos de los que disponemos en la actualidad. Esta cifra refleja el progreso en los tratamientos y el resultado del trabajo de unidades especializadas en Oncología Pediátrica, integradas por diversos especialistas, coordinados en cada caso por el oncólogo pediátrico

El tratamiento de las leucemias se basa en la quimioterapia sistémica y también intratecal (o administración de citostáticos mediante punción lumbar), ya que las células leucémicas tienen una gran facilidad para invadir el sistema nervioso. En los niños sólo los casos más graves de leucemia necesitan el trasplante de médula ósea una vez completada la quimioterapia. El resto de leucemias pueden curarse sólo con quimioterapia.

1.6.1 -QUIMIOTERAPIA

Consiste en fármacos que destruyen las células tumorales e impiden que se reproduzcan. Estos medicamentos se denominan antineoplásicos o quimioterápicos.

La quimioterapia puede administrarse por vía oral (pastillas, jarabe...), por vía intravenosa (inyectada a través de una vena) o intratecal (inyectada en el espacio que rodea a la médula espinal).

Cuando la quimioterapia se administra por vía intravenosa, para evitar pinchar repetidamente una vena, se emplea un dispositivo especial denominado catéter. El catéter se introduce en una vena gruesa; a veces, el catéter está unido a un port-a-cath (disco redondo de plástico o metal que se introduce bajo la piel del tórax), siendo por ahí por donde se administran los fármacos.

Dependiendo de los fármacos que se empleen y del protocolo de quimioterapia que se utilice, el niño podrá acudir al hospital de día y, una vez finalizada la infusión de los medicamentos, volver a casa o quedarse ingresado durante unos días.

La periodicidad de la administración es variable. En unos casos, los fármacos se administran diariamente, en otros una vez por semana y en otros en forma de ciclos (cada tres o cuatro semanas).

La quimioterapia actúa sobre las células cancerosas, pero también afecta a algunas células sanas, sobre todo a aquellas que tienen una gran capacidad de crecimiento (células de la sangre, del aparato digestivo, de los cabellos), produciendo efectos secundarios que dependerán principalmente del tipo de fármaco, de la dosis y de la susceptibilidad individual.[13]

1.6.2 - RADIOTERAPIA

Consiste en la utilización de radiaciones ionizantes capaces de eliminar las células malignas y detener su crecimiento y división en la zona en la que es aplicada.

Se emplea como terapia local (en la zona donde está el tumor) o como terapia locorregional (cuando se incluyen los ganglios cercanos al tumor). Se puede administrar como tratamiento complementario a la cirugía o a la quimioterapia.

La radioterapia necesita una planificación precisa del tratamiento (simulación). Por lo general, no precisa ingreso hospitalario ni resulta dolorosa para el niño. Por el hecho de recibir radioterapia externa, el niño no emite radioactividad.

Se administra durante unos minutos a lo largo de varios días o semanas, dependiendo del protocolo que se aplique. Durante el mismo, el niño debe permanecer solo en la sala de tratamiento, aunque siempre estará vigilado mediante un sistema de cámaras.[13]

1.6.3 -TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

Consiste en la sustitución de las células de la médula ósea enfermas o destruidas por el tratamiento de quimioterapia por otras sanas extraídas del propio paciente o de un donante compatible.

El trasplante de médula ósea o de células madre de sangre periférica puede ser:

Alogénico: la médula o las células madre de sangre periférica proceden de un donante (hermanos, padres o sin parentesco). Es necesario que el material que se trasplanta sea compatible con el del enfermo.

Autólogo: consiste en la utilización de la médula ósea del propio paciente. Se obtiene directamente de la médula ósea o de sangre periférica mediante un proceso de aféresis (proceso por el cual la sangre es separada, por centrifugación, en sus distintos componentes según su densidad. El componente elegido es recogido progresivamente en una bolsa y las células restantes se devuelven al donante por la misma vía de recolección).

Las células madre se recogen del paciente en un periodo de remisión, es decir, sin evidencia de enfermedad. Posteriormente, para asegurar que en el material recogido no existan células tumorales, se trata con fármacos antineoplásicos.

Una vez recogido todo el material, el niño es sometido a tratamiento con quimioterapia de altas dosis y, en ocasiones, se administra radioterapia a todo el cuerpo (irradiación corporal total) con el objetivo de erradicar la enfermedad. Una vez finalizado el tratamiento, se introduce el material de la médula ósea a través de la vena como si se tratara de una transfusión.

Hasta que las células trasplantadas sean capaces de generar suficientes leucocitos, plaquetas y hematíes, el niño presenta un riesgo muy elevado de infecciones y hemorragias, además de anemia. Esta situación es especialmente crítica los primeros treinta días tras el trasplante, momento en el que la nueva médula es capaz de generar suficientes células de la sangre. Por este motivo, el niño debe permanecer aislado en una habitación especial durante este periodo.[13]

Otro tipo de trasplante cada vez más utilizado es el trasplante de sangre de cordón. Cada tipo de trasplante tiene indicaciones precisas.[13]

1.7 -EFECTOS SECUNDARIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO

1.7.1- RADIOTERAPIA:

- Cansancio (astenia)

Es frecuente que durante el tratamiento radiante el paciente se encuentre más cansado de lo habitual. Puede ser consecuencia del propio tratamiento, de otros tratamientos asociados y del desplazamiento diario al hospital.

Esta sensación de cansancio es temporal y desaparece algún tiempo después de finalizar la radioterapia. Aunque algunas personas continúan realizando sus tareas normales, es aconsejable que descanse unas horas tras recibir la sesión de radioterapia.

❑ Reacciones en la piel

A lo largo del tratamiento, la piel de las áreas tratadas puede sufrir alteraciones muy similares a una quemadura solar. Tras dos o tres semanas de radioterapia aparece una coloración rojiza (eritema) en la piel de la zona en tratamiento. Según avanza el mismo, esa área va adquiriendo una coloración más pigmentada y oscura, que desaparecerá en uno o dos meses tras finalizar la terapia. En algunas ocasiones y, generalmente debido a la susceptibilidad individual y la zona de la piel (pliegues), la radioterapia puede dar lugar a dermatitis más severas que requieran tratamiento específico por parte del personal sanitario.

❑ Caída del pelo

La radioterapia destruye el folículo piloso, por lo cual aproximadamente a las dos o tres semanas de iniciar el tratamiento se aprecia, exclusivamente en la zona irradiada, una caída de pelo. Esta caída puede ser reversible (si se han administrado dosis bajas de radioterapia), aunque el pelo saldrá más débil y en menor cantidad. Cuando se alcanzan dosis altas, esta pérdida de pelo suele ser definitiva.

- Mucositis (alteraciones de la mucosa) Inicialmente se observa un enrojecimiento de la mucosa de la boca que ocasiona ligeras molestias. Según aumenta la dosis recibida, comienzan a aparecer pequeñas heridas en la mucosa (aftas), generalmente muy molestas y que pueden requerir un descanso en el tratamiento. Estas alteraciones desaparecen tras finalizar la radioterapia.[14]

1.7.2 QUIMIOTERAPIA:

La aparición de los efectos secundarios dependerá de los fármacos utilizados, de la dosis y de las características de cada niño.

❑ Manejo de extravasación

La extravasación vesicante es la fuga accidental de un medicamento que causa dolor, necrosis o formación de escaras en el tejido subcutáneo. Las lesiones que pueden aparecer son:

- Escaras en el tejido.
- Infección.
- Dolor.
- Pérdida de la movilidad en una extremidad.
- El deterioro tisular se relaciona con:
- El potencial vesicante de la medicación.
- El tiempo de exposición tisular.
- El lugar y el dispositivo usado para la venopunción.
- La técnica para insertar la aguja.
- El tipo de respuestas tisulares del paciente.
- La concentración de la medicación.

La lesión producida por extravasación sería retrasada cuando se produce 48hs. después de la administración de la medicación. La lesión por extravasación puede ser sutil y progresiva. Los primeros síntomas incluyen dolor o ardor en el lugar de la venopunción, eritema, edema y esfacelación de la piel superficial. Puede ocurrir que la necrosis tisular se desarrolle luego de una o cuatro semanas después de la extravasación.

- Anemia
- Disminución de las defensas
- Anafilaxis. El personal de enfermería debe estar alerta y preparado para cualquier complicación de anafilaxis del paciente. Debe conocer los medicamentos que pueden causar la misma y anticiparse con la preparación de la medicación necesaria para las intervenciones pertinentes.
- Náuseas y vómitos .Las náuseas y vómitos se producen por la administración de la quimioterapia. Enfermería debe evitar o aliviar situaciones que la produzcan. Generalmente se administra antieméticos 30 minutos antes de la alimentación de manera habitual durante los días posteriores al protocolo
- Estomatitis

- Mucositis rectal. Los síntomas pueden aparecer cinco días después de la quimioterapias
- Mucositis vaginal. Los síntomas pueden aparecer de tres a cinco días después de la quimioterapia.
- Alteración del gusto .Es habitual que los pacientes que reciben quimioterapia refieran un sabor metálico e insípido en los alimentos.
- Estreñimiento. Se denomina estreñimiento a la alteración en la eliminación de las heces con un intervalo mayor a 48 hs, que puede estar causado por algunas quimioterapias.
- Alopecia
- Cambios de la piel

1.8 -JUSTIFICACIÓN

1.8.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA LEUCEMIA INFANTIL

Aunque el cáncer es una enfermedad poco frecuente en los niños menores de 15 años, es la primera causa de muerte relacionada con enfermedad en los niños mayores de 5 años, precedida sólo por los accidentes.

La leucemia es el cáncer más frecuente en los niños menores de 15 años correspondiendo al 35-40% de ellos. La incidencia, que es ligeramente mayor en los varones, varía de acuerdo al tipo de leucemia, siendo la Leucemia Linfoblástica Aguda la más frecuente (80% del total),seguido por Leucemia Mieloide Aguda. Las leucemias crónicas son muy poco frecuentes, menos del 5% del total y en general son de estirpe mieloide.[16]

En EEUU la incidencia de Leucemia Linfoblástica es de 32.1/1.000.000 y de la Leucemia Mieloide Aguda es 6.6/1.000.000.La mortalidad es de 10/1.000.000.[16]

En Europa, las leucemias tienen una incidencia de 42.9/1.000.000, con una mortalidad similar.[16]

En Chile el informe preliminar del Registro Nacional Poblacional de Cáncer Infantil (RENCI) en relación al año 2007 reveló una incidencia de leucemias de 42.7/1.000.000.

Desde el inicio del Programa de Cáncer en el Niño (1988) en el sector público se presenta un promedio de 100-110 casos nuevos de leucemia linfoblástica y 30 de leucemia mieloide.
El total de casos estimados (leucemias crónicas y agudas) a tratar por año sería aproximadamente entre 140 – 160 casos país.[16]
El avance de la medicina, en especial en el área de la oncología pediátrica ha sido muy grande. Aproximadamente 70% de los niños acometidos por cáncer pueden ser curados si el diagnóstico es precoz y la enfermedad adecuadamente tratada. Sin embargo, la cura no siempre es posible, principalmente cuando el diagnóstico ocurre ya en fase avanzada de la enfermedad.[17]

1.8.2 Planificación enfermera:
La enfermera es responsable de la identificación de las respuestas humanas de las personas a su cuidado, es por ello que determinar los diagnósticos de enfermería que se presentan con mayor frecuencia en niños que reciben tratamiento oncológico, tiene como fin facilitar la priorización de las intervenciones y actividades enfocadas a su cuidado, iniciando la elaboración de planes de atención encaminados a mejorar la atención brindada al niño con cáncer y su familia .[18]

El cáncer no solo afecta al niño, es un elemento desestabilizador que afecta a toda la unidad familiar, es decir a sus padres, hermanos, abuelos, amigos etc. En el niño se produce un cambio en el ámbito físico, social, emocional y espiritual. En el entorno familiar surgen cambios económicos, sociales, laborales y emocionalmente se genera un sentimiento de culpabilidad, temor, desesperanza ya que suelen asociar la palabra cáncer con la muerte.

El cáncer es un hecho circunstancial en la vida del niño. El proceso evolutivo y madurativo del niño debe verse lo menos afectado posible por la enfermedad. Por eso es importante trabajar para integrar la enfermedad en la vida normal del niño y por tanto, en la vida normal de su familia.

El cáncer es un hecho circunstancial en la vida del niño. El proceso evolutivo y madurativo del niño debe verse lo menos afectado posible por la enfermedad. Por eso es importante trabajar para integrar la enfermedad en la vida normal del niño y por tanto, en la vida normal de su familia.

El niño y adolescente diagnosticado de cáncer debe ser atendido en lo que se conoce como una Unidad de Oncología Pediátrica, contando con un equipo multidisciplinar que trabaja colocando al enfermo en el centro para atender a sus necesidades médicas, psicológicas, sociales y espirituales y las de su familia . Para ello se ha de unificar los criterios, las unidades o servicios sanitarios especializadas en tratar esta patología, deben disponer de planes de cuidados que vayan dirigidos a cubrir las necesidades y con ello ayudar al niño a crear sentimientos de seguridad, ganarnos su confianza a través de la comunicación y proporcionarle apoyo emocional, tanto al niño como a los familiares.

En las diferentes revisiones científicas, hacen referencia al tratamiento del dolor, la psicología y al control de infecciones, en la práctica asistencial en pediatría oncológica.
El apoyo emocional a los familiares en el proceso de enfermedad y al final de la vida del niño es un diagnostico primordial a tratar por el personal de enfermería de la unidad.

1.8.3 OBJETIVO:

Debido a la gravedad y complejidad de esta enfermedad, el objetivo, es elaborar una Propuesta de Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) que recoja las actuaciones a realizar por los enfermeros/as dirigidas tanto a los niños, como a los familiares y adaptado a sus propias necesidades.

2. DESARROLLO

2.1 -METODOLOGÍA DEL PROCESO

Un Plan de cuidados estandarizado (PCE), es aquel en el que se definen las respuestas de una persona frente a una situación tipo, específica, asignando la responsabilidad y la actuación del personal de enfermería. El plan estandarizado debe individualizarse, es decir, aplicarse a cada persona en particular, basándose en una valoración detallada del paciente y atendiendo a los problemas detectados en él. En este caso, nos basaremos en la evidencia científica, utilizando una metodología deductiva, donde se valoraran las necesidades según el marco teórico del Modelo de Virginia Henderson (14 necesidades).

Se realiza una revisión bibliográfica sobre Leucemia infantil, consultando en bases de datos como SCIELO, PUBMED, páginas web como Servicio Andaluz de Salud, Servicio Extremeño de Salud, Asociación Española Contra el Cáncer, otras Asociaciones, Hospital Sant Joan De Déu, Fundación Josep Carreras contra la Leucemia, SECIP (Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos).

Para identificar las palabras claves, se utilizó los términos de tesauro," Medical Subject Headings."

En la 1ª reunión con la supervisora de enfermería y el equipo de enfermería de la Unidad de Cirugía Pediátrica de Hospital Universitario Puerta del Mar (H.U.P.M.), se ha presentado la Propuesta de Plan de Cuidados de niños con Leucemia y familiares, ha sido revisada y aceptada. En la actualidad estamos en proceso de planificación para posteriormente ser validado por la Junta de Enfermería de dicho Hospital.

En esta primera entrevista con la Unidad, las diferentes enfermeras discuten sobre los diagnósticos más utilizados en esta patología destacando "El Temor " en el niño y la "Ansiedad " y "Cansancio del Rol del cuidador", en familiares.

En el área oncología pediátrica, los pacientes sufren graves problemas de salud reales o potenciales que ponen en peligro su vida, por lo que requieren observación y cuidados continuos para prevenir complicaciones y restablecer el estado de salud, en este contexto se hace relevante la utilidad de los planes de cuidados estandarizados ya que a medida que las necesidades y los problemas de los pacientes son más complejos, estos planes se convierten en el instrumento de.

referencia, en la memoria colectiva del equipo de enfermería, es el elemento necesario para asegurar la pertinencia, la coherencia y la continuidad de los cuidados, así como la individualización.

2.2- PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

En la identificación de problemas del PCE de niños con Leucemia y familiares ,disponemos de herramientas que nos facilitan el proceso enfermero como la Clasificación Diagnóstica 2012-2014 de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) , para clasificación de los resultados en los pacientes , disponemos de Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y para la realización de intervenciones La Clasificación de Intervención de Enfermería (NIC) ,a través de la biblioteca electrónica de la UCA ,apoyo importante a la hora de desarrollar , planificar y transmitir , la actividad enfermera en los pacientes .Otras de las herramientas de las que disponemos son los Protocolos de actuación y Guías de Práctica clínica.

El plan de cuidados a pacientes oncológicos es el conjunto de cuidados enfermeros integrales e individualizados orientados a la atención de la salud física, espiritual y emocional del paciente con esta patología, incidiendo en la prevención de complicaciones, detectando y controlando los efectos secundarios y proporcionando atención especial en los momentos críticos y apoyo emocional a la familia.

Objetivos para la elaboración de un Plan de Cuidados Estandarizado

- Realizar una valoración física, psicosocial y espiritual del paciente, y así poder determinar los déficits o necesidades reales y potenciales del mismo con respecto a su propia enfermedad y en la interacción con el ambiente, así como los recursos disponibles.
- Identificar, priorizar y registrar los problemas de salud detectados.
- Establecer una serie de objetivos a alcanzar tras la aplicación de las intervenciones de enfermería, para satisfacer las necesidades actuales y prevenir posibles problemas.
- Realizar intervenciones respetando la dignidad y prioridades del paciente y su familia.

- Conseguir una atención integral, tanto al enfermo como a su familia, promocionando la participación de ambos en el proceso de cuidados para conseguir los objetivos propuestos.

2.3-VALORACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIAR SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

NECESIDAD 1: RESPIRAR NORMALMENTE:

- Vía aérea:
- Frecuencia:
- Tipo:
- Movimiento:
- Secreciones:
- Volumen:
- Dificultad respiratoria:
- Dolor:
- Deformación :
- Intoxicación:

2 CIRCULACIÓN

- FC:
- T/A:
- ECG:
- Dolor:
- Edemas:
- Heridas:
- Hemorragia:
- Color piel y tegumentos:
- Cambios en la temperatura:

NECESIDAD 2: COMER Y BEBER

- Vómitos:
- Nauseas:
- Estado de la boca:
- Mucosa oral y lengua rosadas:
- Heridas:
- Masticación:
- Apetito:
- Horario Comidas:
- Toma entre comidas:
- Cantidad de líquido día:
- Cantidad de sólido día:
- Alimentos preferidos:
- Alimentos no deseados:
- Alimentos no permitidos:

NECESIDAD 3: ELIMINACIÓN

- Cantidad:
- Consistencia:
- Estreñimiento/Diarrea:
- Frecuencia:
- Dolor:
- Coloración:
- Olor:
- Contenido:
- PH:
- Vía uretral:
- Obstrucción:
- Sonda vesical:
- Sonda rectal:

NECESIDAD 4: MOVERSE

- De ambulación:
- Dolor:
- Adecuada posición corporal:
- Deformación/Localización:
- Fuerza muscular:
- Movimientos:

NECESIDAD 5: REPOSO/SUEÑO

- Nocturno:
- Normal:
- Insomnio:
- Horas de sueño día:

NECESIDAD 6: VESTIRSE

- Dificultad:
- Uso de ropa y calzado adecuado:
- Adecuado a Temperatura:

NECESIDAD 7: TEMPERATURA

- Color de la Piel:
- Temperatura axilar:
- Hipertermia:
- Hipotermia:
- Escalofríos:
- Calor:

NECESIDAD 8: HIGIENE/PIEL

- Estado de la piel:
- Baño:
- Lesiones o Heridas:
- Frecuencia:
- Pigmentación:
- Nariz:
- Boca/ Dientes:
- Ojos :
- Genitales/ Ano:
- Orejas:
- Uñas:

NECESIDAD 9: EVITAR PELIGROS/SEGURIDAD

SEGURIDAD FÍSICA

- Seguridad Inmunológica:
- Seguridad Psicológica y emocional:
- Seguridad en el entorno familiar:
- Seguridad ambiental:
- Dolor:
- Riesgo de Infección:
- Vacunación:
- Conocimiento en mecanismos de protección:
- Régimen terapéutico:

NECESIDAD 10: COMUNICACIÓN

- Comunicación verbal:
- Comunicación no verbal:
- Expresión corporal:
- Manifiesta necesidades:
- Manifiesta emociones , sentimientos , experiencias:
- Expresa satisfacción o insatisfacción:
- Expresa compresión de lo explicado:
- Comunicación activa con familiares :
- Comunicación activa de familiares hacia pacientes /hacia profesionales:

NECESIDAD 11: CREENCIAS/VALORES

- Solicita ayuda religiosa:
- Mantiene limitaciones religiosas:
- Utiliza objetos religioso y/o culturales:

NECESIDAD 12:TRABAJAR Y REALIZARSE

- Solicita actividades de formación o recretivas:
- Realiza las actividades del colegio:
- Familia: Trabajo

Conocimientos y aprendizaje con respecto a la enfermedad:

NECESIDAD 13:OCIO

- Mantiene limitaciones , para su actividad recreativa:
- Uso de objetos , o juegos recretivos:
- Seguimiento del contacto con amistades:

NECESIDAD 14: APRENDIZAJE

- Conoce su estado de salud:
- Conoce medios terapéuticos:
- Familiares: Conoce proceso de tratamiento, vias de administracion, horarios, efectos adversos
- Necesita medios de apoyo para el aprendizaje:

2.3.1- ESCALAS DE VALORACIÓN

- Escala de Goldber , cribado de ansiedad y depresión
- Cuestionario de dolor español; CDE. Población general con dolor agudo y crónico. Se trata de un cuestionario autoadministrado. El cuestionario presenta varias dimensiones tal y como se presenta en la tabla siguiente
- Escala de actividad, KARNOFSKY: Población oncológica. Se trata de una escala heteroadministrada que valora la calidad de vida en las personas que sufren cáncer. A mayor grado, mayor calidad de vida
- Escala de riesgo de ulceras por presión (UPP), NORTON. (estado físico general, el estado mental, la actividad, la movilidad y la incontinencia).[24]

2.4-PROBLEMAS DE INDEPENDENCIA; DIAGNOSTICO ENFERMERO

2.4.1 -DIAGNOSTICOS ENFERMEROS DIRIGIDOS A NIÑOS:

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

NANDA-(00030) DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar.
R/c

- Cambios de la membrana alveolocapilar.
- Desequilibrio en la ventilación-perfusión

M/p; Disnea, Gasometría arterial anormal, Hipercapnia, Hipoxemia, Hipoxia, Irritabilidad, pH arterial anormal, Respiración anormal (p.ej., frecuencia, ritmo, profundidad), Somnolencia.

NOC

- 0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso
- 0002 Conservación de la energía
- 0600 Equilibrio electrolítico y ácido base

NIC

- 3140 Manejo de la vía aérea
- 3350 Monitorización respiratorio

NANDA-(00032) PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.
R/c;

- Dolor
- Deterioro musculo esquelético

M/p; Disnea, Ortopnea.

NOC:

- 0403 Estado respiratorio: ventilación
- 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas

NIC:

- 3390 Ayuda a la ventilación
- 0180 Manejo de la energía
- 3320 Oxigenación

2. NECESIDAD ALIMENTACIÓN

NANDA-(00002) DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.
R/c;

- Incapacidad para digerir los alimentos.
- Incapacidad para ingerir los alimentos.
- Inflamación o ulceración de la cavidad bocal

M/p; Aversión a comer, bajo tono muscular, Expresa alteración en el sentido del gusto, peso corporal inferior en un 20% o más del peso ideal, Palidez de las mucosas, Inflamación o ulceración de la cavidad bocal.

NOC

- 1004 Estado nutricional
- 1008 Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos.
- 2102 Nivel del dolor.
- 1010 Estado de la deglución.
- 1014 Apetito

NIC

- 1100 Manejo de la nutrición
- 5246 Asesoramiento nutricional
- 1860 Terapia de la deglución
- 1120 Terapia nutricional
- 2240 Manejo de la quimioterapia
- 6600 Manejo de la radioterapia
- 0430 Control intestinal

NANDA- (00103) DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

R/c;

- Defectos de la cavidad nasofaríngea.

M/p; Falta de masticación, náuseas antes de la deglución, incapacidad de la lengua para formar el bolo.

NOC

- 2107 Severidad de las Náuseas y los Vómitos
- 1007 Estado de la energía
- 1008 Estado de la Nutrición ;Ingestión alimentaria y de líquidos

NIC

- 1050 Alimentación
- 1100 Manejo de la nutrición

NANDA-(00134) NÁUSEAS: Sensación subjetiva desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos.
R/c;

- Fármacos
- Dolor
- Temor
- Ansiedad

M/p: Expresa tener náuseas, expresa tener sabor agrio en la boca, aversión a los alimentos, aumento de la salivación.
NOC

- 2107 Severidad de las náuseas y los vómitos
- 1618 Control de náuseas y vómitos
- 2301 Respuesta a la medicación

NIC

- 1450 Manejo de las náuseas
- 1570 Manejo de los vómitos
- 5820 Disminución de la ansiedad

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

NANDA-(00195) RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO: riesgo por el cambio de electrolitos séricos que pueden crear compromiso en la salud.
R/c;

- Desequilibrio de líquidos
- Efectos secundarios al tratamiento
- Vómitos

NOC

- 0606 Equilibrio electrolítico
- 1902 Control de riesgo
- 0602 Hidratación

NIC

- 2080 Manejo de electrolitos y de líquidos
- 1570 Manejo del vómito

NANDA-(00013) DIARREA: Eliminación de heces líquidas no formadas
R/c

- Efectos adversos a medicación
- Radiación

M/p; Dolor abdominal, urgencia para defecar.
NOC

- 0600 Equilibrio electrolítico acido /base
- 0501 Eliminación intestinal
- 2103 Severidad de los síntomas

NIC

- 0460 Manejo de la diarrea
- 0430 Control intestinal
- 2080 Manejo de electrolitos y líquidos

NANDA-(00011) ESTREÑIMIENTO: Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

R/c

Funcionales: Disminución de la actividad física, debilidad de los músculos abdominales.

- Mecánicos: tumores , desequilibrio electrolítico
- Fisiológicos: Cambio en el patrón alimenticio
- Farmacológicos: opiáceos , sedantes , antinflamatorios no esteroideos

M/p; Disminución de la frecuencia, dolor abdominal, ruidos abdominales, distención abdominal, disminución del volumen de las heces.

NOC

- 0501 Eliminación intestinal

NIC

- 0450 Manejo del estreñimiento / impactación fecal
- 0430 Control intestinal
- 2000 Manejo de electrólitos
- 1120 Terapia nutricional

4. NECESIDAD ACTIVIDAD

NANDA-(00092) INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD: Falta de energía fisiológica o psicológica suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

R/c

- Debilidad generalizada
- Reposo en cama

M/p; Expresa fatiga, expresa debilidad, disconfort por esfuerzo.

NOC

- 0006 Energía psicomotora
- 0005 Tolerancia de la actividad
- 0007 Nivel de fatiga
- 0002 Conservación de la energía

NIC

- 0180 Manejo de la energía
- 4310 Terapia de la actividad

5. NECESIDAD REPOSO / SUEÑO

NANDA-(00214) DISCONFORT: Percepción de la falta de alivio, tranquilidad y trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, cultural, ambiental y social.

R/c

- Efectos secundarios al tratamiento
- Síntomas relacionados con la enfermedad

M/p; Temor, ansiedad, expresa sentirse incomodo, inquietud, llantos, irritabilidad.

NOC

- 2808 Estado de comodidad
- 1608 Control de síntomas
- 1211 Nivel de ansiedad

NIC

- 5820 Disminución de la ansiedad
- 6482 Manejo ambiental: Confort
- 5380 Potenciación de la seguridad

NANDA-(00095) INSOMNIO: trastorno de la calidad y cantidad de sueño que deteriora el funcionamiento

R/c

- Ambientales: malestar físico , medicamentos
- Psicológicos: ansiedad , temor

M/p; Expresa dificultad para conciliar el sueño, observación de la falta de energía.

NOC

- 0004 Sueño
- 2002 Bienestar personal

NIC

- 1850 Mejorar el sueño
- 6480 Manejo ambiental
- 1400 Manejo del dolor
- 5820 Disminución de la ansiedad

6 .NECESIDAD DE VESTIRSE

NANDA-(00109) DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (VESTIRSE): Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de vestido y arreglo personal.

R/c

- Ansiedad grave
- Deterioro musculo esquelético
- Disconfort
- Dolor

M/p; deterioro de la capacidad de ponerse las prendas de vestir necesaria.

NOC

- 0302 Autocuidados
- 2102 Nivel del dolor

NIC

- 1630 Vestir
- 1802 Ayuda con los autocuidados
- 1400 Manejo del dolor

7. NECESIDAD TEMPERATURA

NANDA- (00007) HIPERTERMIA: Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal.

R/c

- Enfermedad
- Medicamentos

M/p; Aumento de la temperatura corporal, por encima de los límites normales, calor al tacto.

NOC

- 0800 Termorregulación
- 0802 Signos vitales

NIC

- 3900 Regulación de la temperatura
- 6540 Control de infecciones
- 6680 Monitorización de los signos vitale

8 NECESIDAD HIGIENE/ PIEL

NANDA- (00045) DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL: Alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral.
R/c

- Inmunosupresión
- Efectos secundarios al tratamiento ; (radioterapia y quimioterapia)
- Infección
- Malnutrición

M/p; Descamación de la mucosa, dificultad para comer, dolor oral, lesiones orales, placas blancas, sangrado, ulceras orales.
NOC

- 1101 Integridad tisular ; piel y membranas mucosas
- 1100 Salud oral

NIC

- 1710 Mantenimiento de la salud bucal
- 2240 Manejo de la quimioterapia
- 6600 Manejo de la radioterapia

NANDA-(00047) RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA: Riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis.

R/c

- Hipertermia
- Hidratación
- Inmovilidad física
- Radiación
- Deterioro de la circulación
- Déficit inmunitario

NOC

- 1902 Control de riesgo
- 1922 Control de riesgo: hipertermia
- 0401 Estado circulatorio
- 2301 Respuesta a la medicación

NIC

- 3590 Vigilancia de la piel.
- 3500 Manejo de presiones
- 6550 Protección contra las infecciones
- 4070 Precauciones circulatorias
- 6650 Vigilancia

NANDA-00108 DÉFICIT DE AUTOCUIDAO: BAÑO; Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño/higiene.

R/c

- Deterioro musculo esquelético
- Debilidad
- Dolor

M/p; incapacidad para ir al cuarto de baño, incapacidad para lavarse el cuerpo, incapacidad para secarse.

NOC

- 0301 Autocuidado : baño

NIC

- 1610 Baño
- 1400 Manejo del dolor

9. NECESIDAD SEGURIDAD

NANDA-(00148) TEMOR: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.
R/c

- Estímulos fóbicos
- Separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante (p.ej.: hospitalización, procedimientos hospitalarios)

M/p: Identifica el objeto del miedo, expresa inquietud, expresa pánico, conductas de evitación, conductas de ataque, tirantez muscular, fatiga.
NOC

- 1213 Nivel del miedo infantil
- 1404 Autocontrol del miedo
- 1301 Adaptación del niño a la hospitalización

NIC

5230 Mejorar el afrontamiento
5270 Apoyo emocional
5820 Disminución de la ansiedad

NANDA-(00186) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL ESTADO DE INMUNIZACIÓN: Patrón de seguimiento de los estándares de inmunización locales, nacionales y/o internacionales para prevenir las enfermedades infecciosas, que es suficiente para proteger a la persona, familia o comunidad y que puede ser reforzado.
M/p; Expresa deseos de mejorar la conducta para prevenir las enfermedades infecciosas.
NOC

- 1902 Control de riesgo

NIC

- 6530 Manejo de la inmunización
- 5510 Educación para la salud
- 6610 Identificación de los riesgos

NANDA-(00132) DOLOR AGUDO: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses .

R/c

Agentes lesivos (p.ej., biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

M/p; Conducta expresiva (inquietud , llantos , gemidos , suspiros, irritabilidad , vigilancia),expresión facial , expresa dolor , cambios en el apetito , cambios en el patrón del sueño, observación de la evidencia del dolor.

NOC

- 1605 Control del dolor
- 2102 Nivel del dolor
- 1211 Nivel de ansiedad
- 2109 Nivel de malestar

NIC

- 2260 Manejo de la sedación
- 1400 Manejo del dolor
- 5820 Disminución de la ansiedad
- 2210 administración de analgesia

NANDA-(00133) DOLOR CRÓNICO: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.

R/c

- Incapacidad física
- Incapacidad psicosocial

M/p; expresa dolor, expresión facial, fatiga, irritabilidad, inquietud, cambios en el patrón del sueño.

NOC

1605 Control del dolor
2101 Dolor : efectos nocivos
1306 Dolor respuesta psicológica adversa
2102 Nivel del dolor
1211 Nivel de ansiedad

NIC

- 1400 Manejo del dolor
- 2210 Administración de analgesia
- 0840 Cambio de posición
- 5820 Disminución de la ansiedad

NANDA-(00078) GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.

R/c

- Complejidad del régimen terapéutico
- Déficit de conocimientos
- Dificultades económicas
- Percepción de gravedad

M/p; Expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos, fracaso al emprender acciones para disminuir los factores de riesgo.

NOC

- 3100 Autocontrol : Enfermedad aguda
- 1608 Control de síntomas
- 1601 Conducta de cumplimentación
- 1843 Conocimiento manejo del dolor
- 1803 Conocimiento proceso de enfermedad, adecuado a su edad
- 1813 Conocimiento régimen terapéutico

NIC

- 5520 Facilitar el aprendizaje
- 7140 Apoyo a la familia
- 5270 Apoyo emocional
- 5618 Enseñanza procedimiento / tratamiento
- 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
- 5510 Educación sanitaria

NANDA-(00155) RIESGO DE CAÍDAS: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.

R/c

- Neoplasia (p ej. , fatiga limitación de la movilidad)
- Enfermedad aguda
- Diarrea
- Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores
- Niños

NOC

1912 Caidas
0201 Ambular en silla de ruedas
1828 Conocimiento prevención de caídas
0007 Nivel de fatiga

NIC

6486 Manejo ambiental
6490 Prevención de caídas
6650 Vigilancia

NANDA- (00004) RIESGO DE INFECCIÓN: riesgo de ser invadido por agentes patógenos

R/c

- Defensas secundarias inadecuadas; inmunosupresión
- Defensas secundarias inadecuadas; leucopenia
- Defensas secundarias inadecuadas; disminución de la hemoglobina

NOC

- 1902 Control de riesgo
- 0702 Estado inmune
- 1924 Control de riesgo ; proceso infeccioso

NIC

- 6540 Control de infecciones
- 6550 Protección contra las infecciones

NANDA-(00206) RIESGO DE SANGRADO: Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud.

R/c

- Coagulopatias esenciales; p. ej. Neutropenia, trombocitopenia
- Efectos secundarios del tratamiento; quimioterapia

NOC

- 0401 Estado circulatorio
- 0413 Severidad de la pérdida de sangre
- 0409 Coagulación sanguínea
- 1902 Control de riesgo

NIC

- 4010 Prevención de hemorragias
- 4020Disminución de la hemorragia
- 5616 Enseñanza medicamentos prescritos
- 2240 Manejo de la quimioterapia

NANDA-(00146) ANSIEDAD: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

R/c

- Amenaza de muerte.
- Amenaza para el autoconcepto.
- Amenaza para el entorno.

M/p:

Cognitivas: Bloqueo del pensamiento, confusión, temor a consecuencias inespecíficas.

Conductuales: nerviosismo, inquietud, escaso contacto ocular, insomnio.

Afectivas: angustia, preocupación, temor, irritabilidad.

Fisiológicas: temblores.

NOC

- 1211 Nivel de ansiedad
- 1302 Afrontamiento de problemas
- 1210 Nivel de miedo

NIC

- 5820 Disminución de la ansiedad
- 5270 Apoyo emocional
- 5880 Técnicas de relajación

NANDA-(00043) PROTECCIÓN INEFICAZ: Disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.
R/c

- Cáncer
- Efectos secundarios a tratamiento (p.ej.: radioterapia)
- Perfiles hematológicos anormales (p.ej.; leucopenia, trombocitopenia, anemia, coagulación).

Tratarnos inmunitarios

M/p; Debilidad, deficiencia inmunitaria, fatiga, inmovilidad, insomnio.
NOC

- 0409 Coagulación sanguínea
- 1902 Control de riesgo
- 1608 Control de síntomas
- 0702 Estado inmune

NIC

- 4010 Prevención de las hemorragias
- 6550 Protección contra las infecciones
- 2240 Manejo de la quimioterapia

10 .NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

NANDA-(00053) AISLAMIENTO SOCIAL: Soledad experimentada por el niño y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

R/c

- Alteración en el aspecto físico
- Alteración del bienestar

M/p: Subjetivas: Experimenta sentimientos de ser distinto a los demás, expresa sentimientos de rechazo, expresa sentimientos de soledad impuesta por otros. Objetivas: Actitud triste, busca estar solo, enfermedad, conductas inadecuadas para la etapa de desarrollo.

NOC

- 1503 Implicación social
- 2002 Bienestar personal
- 0116 Participación en juegos

NIC

- 5100 Potenciación de la socialización
- 4310 Terapia de la actividad
- 5270 Apoyo emocional
- 7560 Facilitar las visita

NANDA – (00051) DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL: Disminución, retraso o carencia para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

R/c

- Condiciones emocionales
- Efectos secundarios del tratamiento (p.ej.medicamentos)

M/p; Falta de contacto ocular, negativa voluntaria de hablar, estrés.

NOC

- 0902 Comunicación
- 0900 Cognición

NIC

- 4920 Escucha activa
- 5440 Aumentar los sistemas de apoyo

11 .NECESIDAD CRENCIAS Y VALORES

NANDA-(00147) ANSIEDAD ANTE LA MUERTE: Sensación vaga e intranquilizante de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada para la propia existencia.

R/c

- Anticipación del dolor
- Anticipación del sufrimiento
- Rechazo a la propia mortalidad
- Observaciones relacionadas con la muerte

M/p; Expresa temor a una muerte prematura, expresa pensamientos negativos sobre la muerte y la agonía.

NOC

- 1201 Esperanza
- 1307 Muerte digna
- 1213 Nivel de miedo: infantil
- 1300 Aceptación del estado de salud

NIC

- 5270 Apoyo emocional
- 5820 Disminución de la ansiedad
- 5310 Dar esperanza
- 5410 Terapia del trauma : niño
- 4920 Escucha activa

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

NANDA-00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL: Confusión en la imagen mental del yo mismo.

R/c

- Enfermedad
- Tratamiento de la Enfermedad
- Biofísicos

M/p; ocultamiento intencionado de una parte del cuerpo, cambio en la implicación social, expresa sentimientos negativos sobre el cuerpo, expresa temor a la reacción de los otros, preocupación por el cambio.

NOC

- 1200 Imagen corporal
- 1205 Autoestima
- 1213 Nivel de miedo : infantil

NIC

- 5400 Potenciación de la autoestima
- 5210 Orientación anticipatoria
- 5220 Mejora de la imagen corporal

13. NECESIDAD DE OCIO / RECREARSE

NANDA-00097 DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS: Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas o de ocio.

R/c

- Entorno desprovisto de actividades recreativas
- Enfermedad

M/p; Expresa sentirse aburrido, los pasatiempos habituales no se pueden realizar en el entorno actual.

NOC

- 1604 Participación en actividades de ocio
- 0116 Participación en juegos
- 1209 Motivación
- 1301 Adaptación del niño a la hospitalización

NIC

- 4310 Terapia de actividad
- 7560 Facilitar las visitas
- 4430Terapia de juegos
- 0180 Manejo de la energía

14 .NECESIDAD DE APRENDIZAJE

NANDA- 00161 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS: La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específicos es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada

R/C

Expresa interés en el aprendizaje

NOC

- 1805 Conocimiento conducta sanitaria
- 1842 Conocimiento control de la infección
- 1844 Conocimiento: manejo de la enfermedad aguda

NIC

- 4420 Acuerdo con el paciente
- 5520 Potenciación de la disposición de aprendizaje
- 5510 Educación para la salud

2.4.2 DIAGNOSTICO ENFERMERO DIRIGIDO A LA FAMILIA

NANDA (00062) RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR: Riesgo o vulnerabilidad en el cuidador por sentir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar.

R/c

- Alta de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados.
- Inestabilidad de salud del receptor de los cuidados.
- Curso impredecible de la enfermedad.
- Complejidad de los cuidados.

NOC

- 2211 desempeño del rol de padres
- 2205 Rendimiento del cuidador principal :Cuidados directos
- 2206 Rendimiento del cuidador principal : Cuidados indirectos
- 2203 Alteración del estilo de vida del cuidador principal

NIC

- 7040 Apoyo al cuidador principal
- 5606 Enseñanza individual
- 6610 identificación de riesgos

NANDA- (00061) CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR: Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas

R/c

- Actividades del cuidador: Cambio continúo de actividades, complejidad de las actividades.
- Socioeconómicos: Aislamiento de otros, actividades recreativas insuficientes.
- Estado de salud del receptor de los cuidados: Gravedad de la enfermedad, problemas cognitivos.
- Recursos: Conocimientos deficientes sobre los recursos comunitarios, energía física, fortaleza emocional, recursos económicos insuficientes.

M/p; inquietud por la futura salud del receptor de los cuidados, afrontamiento ineficaz, estrés , alteración del patrón del sueño, frustración , ira, labilidad emocional creciente, expresa sentirse deprimido, baja productividad laboral, se retira de la vida social , expresa preocupación por los miembros de la familia.

NOC

- 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario
- 2210 Resistencia del papel del cuidador
- 2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos
- 2206 Rendimiento del cuidador principal : cuidados indirectos
- 2506 Salud emocional del cuidador principal

NIC

- 7040 Apoyo al cuidador principal
- 7140 Apoyo a la familia
- 5602 Enseñanza proceso de enfermedad
- 5230 Mejorar el afrontamiento

NANDA-(00193) DESCUIDO PERSONAL: Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.

R/c

- Agentes estresantes vitales.
- Depresión.

M/p; higiene personal inadecuada.

NOC

- 2002 Bienestar personal

NIC

- 5330 Control del estado de animo
- 4360 Modificación de la conducta

NANDA-(00072) NEGACIÓN INEFICAZ: Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento para deducir la ansiedad y/o el temor, que conduce a un detrimento de la salud.

R/c

- Amenaza de inadecuación al afrontar emociones intensas.
- Miedo a la muerte.
- Miedo a la separación.

M/p; Hace comentarios de rechazo al hablar de acontecimientos dolorosos, no admite el temor a la muerte.

NOC

- 1300 Aceptación : Estado de salud
- 1201 Esperanza

NIC

- 5820 Disminución de la ansiedad
- 5230 Mejorar el afrontamiento
- 5270 Apoyo emocional

NADA-(00158) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO: Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

R/c

- Busca apoyo social.
- Es consciente de los posibles cambios ambientales.

NOC

- 1302 Afrontamiento de problemas

2200 Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario

- 2202 Bienestar personal

NIC

- 5230 Mejorar el afrontamiento
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones
- 5270Apoyo emocional

NANDA-(00069) AFRONTAMIENTO INEFICAZ: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.
R/c

- Incertidumbre
- Crisis situacionales
- Alto grado de amenaza

M/p; Expresa incapacidad para el afrontamiento, incapacidad para prestar atención a la información, incapacidad para satisfacer las expectativas de rol.

NOC

- 1302 Afrontamiento de problemas
- 2200 Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario
- 1501 Desempeño del rol
- 1305 Modificación psicosocial : cambio de vida

NIC

- 5230 Mejorar el afrontamiento
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones
- 5380 Potenciación de la seguridad

NANDA-(00073) AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE Comportamiento de una persona de referencia (familiar, persona significativa o amigo íntimo) que inhabilita sus propias capacidades y las del paciente para abordar de forma eficaz las tareas esenciales para la adaptación de uno de ellos al reto de salud.

R/c

- Discrepancia de los estilos de afrontamiento entre las personas de referencia.
- Persona de referencia con sentimientos crónicos inexpresivos (p.ej; culpa, ansiedad, hostilidad, desesperación).

M/p; Asumir los signos de enfermedad del paciente, depresión, hostilidad, preocupación por el paciente excesiva y prolongada.

NOC

- 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia
- 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento

NIC

- 7110 Fomentar la implicación familiar.
- 7140 Apoyo a la familia.
- 7040 Apoyo al cuidador principal.

NANDA-(00148) TEMOR: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

R/c

- Separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante (p.ej.: Hospitalización, procedimientos hospitalarios).
  Estímulos Fóbicos.

M/p; Expresa inquietud, intranquilidad, pánico, temor, disminución de la capacidad para solucionar problemas, conductas de evitación, aumento del pulso, palidez.

NOC

- 1210 Nivel de miedo
- 1404 Autocontrol del miedo
- 0900 Cognición
- 1211 Nivel de ansiedad

NIC

- 5820 Disminución de la ansiedad
- 5380 Potenciación de la seguridad
- 5270 Apoyo emocional

NANDA- (00053) AISLAMIENTO SOCIAL: Soledad experimentada por la persona y percibida como negativa o amenazadora por otros.
R/c

- Alteración del bienestar

M/p; Proyección de hostilidad, no se comunica, actitud triste, embotamiento emocional.
NOC

- 1203 Severidad de la soledad
- 2601 Clima social de la familia
- 1204 Equilibrio emocional

NIC

- 5270 Apoyo emocional
- 5310 Dar esperanzas
- 5290 Facilitar el duelo

NANDA-(00159) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS FAMILIARES: Patrón de funcionamiento familiar que es suficiente para mantener el bienestar de los miembros de la familia.

R/c

- El funcionamiento de la familia satisface las necesidades de los miembros familiares
- La familia se adapta a los cambios
- La comunicación es adecuada

NOC

- 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia
- 2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional

NIC

- 7100 Estimulación de la integridad familiar
- 7140 Apoyo a la familia
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones

NANDA-(00083) CONFLICTO DE DECISIONES: Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, perdida o supone un reto para los valores y creencias personales.

R/c

Falta de experiencia en la toma de decisiones.

Falta de información relevante.

Valores morales que apoyan las distintas opciones mutuamente contradictorias.

Déficit de sistemas de apoyo.

M/p; Verbaliza las consecuencias no deseadas de las acciones alternativas a considerar, retraso en la toma de decisiones , cuestionamiento de los valores morales mientras se intenta tomar una decisión , verbaliza incertidumbre sobre las elecciones, verbaliza sentimientos de angustia mientras intenta tomar una decisión.

NOC

- 0906 Toma de decisiones
- 0907 Elaboración de la información
- 1606 Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria

NIC

- 5250 Apoyo en la toma de decisiones
- 5480 Clarificación de valores
- 5510 Educación para la salud

NANDA-(00124) DESESPERANZA: Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.

R/c

- Aislamiento social.
- Abandono.
- Pérdida de la creencia de los valores trascendentales.

M/p; cerrar los ojos, disminución de la verbalización, claves verbales (p.ej.; “no puedo”, suspiros), trastorno del patrón del sueño.

NOC

- 1201 Esperanza
- 1204 Equilibrio emocional

NIC

- 5310 Dar esperanza
- 5270 Apoyo emocional

NANDA-(00185) DISPOSICION PARA MEJORAR LA ESPERANZA: Patrón de expectativas y deseos para movilizar energía en beneficio propio que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

R/c

- Expresa deseos de mejorar el sentimiento de significado de su vida, expresa deseos de mejorar la esperanza, expresa deseos de mejorar la resolución de problemas para alcanzar los objetivos.

NOC

- 1302 Afrontamiento de problemas
- 2002 Bienestar personal
- 1201 Esperanza

NIC

- 5310 Dar esperanza
- 4410 Establecimiento de objetivos comunes
- 5270 Apoyo emocional
- 5330 Control del estado los sistemas de apoyo

NANDA- (00172) RIESGO DE DUELO COMPLICADO: Riesgo de aparición de un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

R/c

- Inestabilidad emocional
- Falta de apoyo social
- Muerte de una persona significativa

NOC

- 1304 Resolución de la aflicción
- 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia
- 1902 Control de riesgo
- 1908 Detección de riesgo

NIC

- 5290 Facilitar el duelo
- 5440 Aumentar de animo
- 6610 Identificar los riesgos

NANDA-(00136) DUELO: complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales, e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

R/c

- Anticipación de la pérdida de una persona significativa
- Muerte de una persona significativa

M/p; Alteración del nivel de actividad, conducta de pánico, culpa, dolor, desesperación, ira, sufrimiento, mantenimiento de la conexión con la persona fallecida.

NOC

- 1304 Resolución de la aflicción
- 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia

NIC

- 5290 Facilitar el duelo
- 5230 Mejorar el afrontamiento
- 7140 Apoyo a la familia
- 5270 Apoyo emocional

NANDA-(00135) DUELO COMPLICADO; Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.
R/c

- Muerte de una persona significativa
- Inestabilidad emocional
- Falta de apoyo social

M/p; añoranza de la persona fallecida, autoculpabilización, depresión, evitación del duelo. Expresa persistencia de recuerdos dolorosos, expresa sentirse vacío, expresa sentimientos de ira, sufrimiento emocional persistente, sufrimiento por la separación.

NOC

- 1208 Nivel de depresión
- 1304 Resolución de problemas
- 1310 Resolución de la culpa

NIC

- 5290 Facilitar el duelo
- 4920 Escucha activa
- 5270 Apoyo emocional
- 7140 Apoyo a la familia

NANDA-(00125) IMPOTENCIA: experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado

R/c

- Interacciones interpersonales no satisfactorias

M/p; Expresa dudas sobre el desempeño de rol, expresa falta de control.

NOC

- 1701 Creencias sobre la salud: Capacidad percibida para actuar
- 1300 Aceptación : Estado de salud

NIC

- 5395 Mejora de la autoconfianza
- 5270 Apoyo emocional
- 5310 Dar esperanza
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones

NANDA-(00067) RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL: Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida , mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas , el arte , la música , la literatura , la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo.

R/c

- Ansiedad
- Depresión
- Pérdida

NOC

- 2001 Salud espiritual
- 1302 Afrontamiento de problemas
- 1908 Detención de riesgo

NIC

- 5420 Apoyo espiritual
- 5820 Disminución de la ansiedad

NANDA-(00066) SUFRIMIENTO ESPIRITUAL: Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida , mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas , el arte , la música , la literatura , la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo.

R/c

- Ansiedad
- Dolor
- Muerte

M/p; expresa desesperanza, expresa sufrimiento, incapacidad para orar, rechaza las interacciones con los líderes espirituales y con personas significativas, expresión de falta de coraje, ira.

NOC

- 2001 Salud espiritual
- 1300 Aceptación :estado de salud

NIC

- 5426 Facilitar el crecimiento espiritual
- 5270 Apoyo emocional
- 5420 Apoyo espiritual
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones

NANDA- (00068) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL: Patrón de experimentación e integración del significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo que es suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

- R/c
- Expresa deseos de mejorar el afrontamiento
- Expresa deseos de mejorar el coraje
- Expresa deseos de mejorar la esperanza
- Reza
- Expresa temor

NOC

- 2002 Bienestar personal
- 2001 Salud espiritual

NIC

- 5426 Facilitar el crecimiento espiritual
- 5270 Apoyo espiritual

NANDA-(00175) SUFRIMIENTO MORAL: Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones /acciones éticas /morales elegidas.

R/c

- Decisiones en la etapa final de la vida
- Decisiones sobre el tratamiento
- Limitación de tiempo para tomar las decisiones

M/p; Expresa angustia (p.ej.: impotencia, culpa, frustración, ansiedad, temor) por la dificultad de actuar basándose en la propia elección moral.

NOC

- 0906 Toma de decisiones
- 1310 Resolución de la culpa
- 2003 Severidad del sufrimiento

NIC

- 5250 Apoyo en la toma de decisiones
- 5020 Mediación de conflictos
- 5420 Apoyo espiritual

NANDA-(00098) DETERIORO DEL MANTENIMIENTO DEL HOGAR: Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro que promueva el crecimiento.

R/C

- Enfermedad
- Falta de modelo de rol
- Organización familiar insuficiente
- Recursos económicos insuficientes

NOC

- 2601 Clima social de la familia
- 1501 Desempeño de rol

NIC

- 7180Asistencia en el mantenimiento del hogar
- 7040 Apoyo al cuidador principal

NANDA- (00126) CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

R/c

- Mala interpretación de la información
- Limitación cognitiva

M/p; Informa del problema, comportamientos inapropiados (p.ej.; histeria, hostilidad, apatía).

NOC

- 1811 Conocimiento actividad prescrita
- 1805 Conocimiento conducta sanitaria
- 1833 Conocimiento : manejo del cáncer

NIC

- 5602 Enseñanza : proceso de enfermedad
- 5618 Enseñanza : procedimiento / tratamiento
- 5210 Orientación anticipatoria

NANDA-(00161) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS: La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada.

R/c

- Describe experiencias previas relacionadas con el tema
- Explica su conocimiento del tema
- Expresa interés en el aprendizaje

NOC

- 0902 Comunicación
- 1805 Conocimiento : conducta sanitaria
- 1806 Conocimientos : recursos sanitarios

NIC

- 4480 Facilitar la autorresponsabilidad
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones

2.5 -PROLBEMAS DE COLABRORACIÓN

Son aquellas actividades que realiza la enfermería prescrita por otro profesional (p.ej.: administración de tratamiento, realización de algunas técnicas, movilización…).La indicación es médica, pero la ejecución y el seguimiento es del personal de enfermería, es decir se necesita un equipo multidisciplinar para cubrir las necesidades del paciente y de su familia.

2.5.3-QUIMIIOTERAPIA;

NIC-2240 Manejo de la quimioterapia;

Actividades:

- ✓ Promover actividades para modificar los factores de riesgo identificados.
- ✓ Monitorizar la presencia de los efectos secundarios y tóxicos del tratamiento.
- ✓ Proporcionar información al paciente y a la familia acerca del funcionamiento de los fármacos antineoplásicos sobre las células malignas.
- ✓ Instruir al paciente y a la familia acerca de los efectos de la quimioterapia sobre el funcionamiento de la médula ósea.

- ✓ Instruir al paciente y a la familia sobre los modos de prevención de infecciones, tales como evitar las multitudes y poner en práctica buenas técnicas de higiene y lavado de manos.
- ✓ Informar al paciente y a la familia para que notifique inmediatamente la existencia de fiebre, escalofríos, epistaxis, hematomas excesivos y heces de color negruzco.
- ✓ Informar al paciente y a la familia que eviten el uso de compuestos con ácido acetilsalicílico.
- ✓ Poner en práctica precauciones para pacientes con neutropenia y tendencia hemorrágica.
- ✓ Determinar la experiencia previa del paciente con náuseas y vómitos relacionados con la quimioterapia.
- ✓ Administrar fármacos a demanda para controlar los efectos secundarios (p. ej., antieméticos para las náuseas y los vómitos).
- ✓ Enseñar al paciente técnicas de relajación y de visualización para poner en práctica antes, durante y después del tratamiento, según corresponda.

- ✓ Asegurar una ingesta adecuada de líquidos para evitar la deshidratación y los desequilibrios electrolíticos.
- ✓ Proporcionar comidas nutritivas, apetitosas para el paciente.
- ✓ Monitorizar el estado nutricional y el peso.
- ✓ Monitorizar la existencia de signos de infección de la mucosa bucal.
- ✓ Fomentar una buena higiene bucal mediante el uso de dispositivos de limpieza dental, como hilo dental sin cera y que no se deshilache, cepillos dentales sónicos o irrigador de agua, según corresponda.
- ✓ Instruir al paciente sobre la necesidad de realizar un seguimiento dental frecuente porque la caries dental se forma rápidamente.
- ✓ Informar al paciente y familiar que es previsible una caída del cabello, debido al tipo de tratamiento utilizado.
- ✓ Tranquilizar al paciente explicándole que el pelo volverá a crecer una vez finalizado el tratamiento, según corresponda.
- ✓ Enseñar al paciente y a la familia a monitorizar la toxicidad de órganos, según lo determine el tipo de tratamiento utilizado.

- ✓ Ayudar al paciente a controlar la fatiga con la planificación de períodos de descanso frecuentes, distanciar las actividades y limitar las demandas diarias, según corresponda.
- ✓ Facilitar la expresión de los miedos sobre el pronóstico o el éxito de los tratamientos.
- ✓ Proporcionar información concreta objetiva relacionada con los efectos del tratamiento para reducir la incertidumbre, el miedo y la ansiedad del paciente sobre los síntomas relacionados con el tratamiento.
- ✓ Seguir las normas recomendadas para que la manipulación de fármacos antineoplásicos parenterales durante la preparación y administración de los medicamentos sea segura.

NIC-5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

Actividades;

- ✓ Informar al paciente y familia acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- ✓ Instruir al paciente y familia acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.
- ✓ Enseñar al paciente a aliviar y/o prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso.

.

NIC-1450 Manejo de las náuseas

Actividades;

- ✓ Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas.
- ✓ Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas antes, durante y después de la quimioterapia; antes de que se produzcan o aumenten las náuseas y junto con otras medidas de control de las mismas.
- ✓ Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas.
- ✓ Ayudar a solicitar y proporcionar apoyo emocional.
- ✓ Monitorizar los efectos del tratamiento de las náuseas en todo momento

NIC-1570 Manejo del vómito

Actividades;

- ✓ Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre y la duración de la emesis, así como el grado en el que es forzado.
- ✓ Medir o estimar el volumen de la emesis.
- ✓ Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para prevenir el vómito siempre que haya sido posible.
- ✓ Proporcionar apoyo físico durante el vómito (como ayudar a la persona a inclinarse o sujetarle la cabeza).
- ✓ Proporcionar alivio (p. ej., poner toallas frías en la frente, lavar la cara o proporcionar ropa limpia y seca) durante el episodio del vómito.
- ✓ Demostrar aceptación del vómito y colaborar con la persona al elegir una estrategia de control del vómito.
- ✓ Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz.

NIC-2080 Manejo de líquidos /electrólitos

Actividades;

- ✓ Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación.
- ✓ Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación o de la deshidratación (p. ej., crepitantes en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/hundidos, respiración rápida y superficial).
- ✓ Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrólitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), según corresponda.
- ✓ Pesar a diario y valorar la evolución.
- ✓ Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos orales según preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar una pajita para beber y agua fresca), si resulta oportuno.
- ✓ Mantener un ritmo adecuado de infusión i.v., transfusión de sangre o enteral, sobre todo si no está regulada por una bomba.

- ✓ Asegurarse de que la solución i.v. que contenga electrólitos se administra a un ritmo constante, según corresponda.
- ✓ Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.
- ✓ Proceder a la restricción de líquidos, si es oportuno.
- ✓ Vigilar los signos vitales, según corresponda.
- ✓ Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrólitos prescrita.
- ✓ Observar si hay manifestaciones de desequilibrio electrolítico.
- ✓ Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrólitos específico (baja en sodio, con restricción de líquidos, renal y sin adición de sal).
- ✓ Instaurar medidas de descanso intestinal (restringir ingesta de alimentos o líquidos y disminuir la ingesta de productos lácteos), si corresponde.
- ✓ Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).

- ✓ Fomentar una imagen corporal positiva y la autoestima, si se expresan inquietudes como resultado de la excesiva retención de líquidos, cuando proceda.
- ✓ Informar al paciente y la familia sobre el fundamento de las restricciones de líquidos, las medidas de hidratación o la administración suplementaria de electrólitos, según corresponda.

2.5.2-RADIOTERAPIA

NIC-6600 Manejo de la radioterapia.

Actividades;

- ✓ Controlar si hay efectos secundarios y efectos tóxicos del tratamiento.
- ✓ Proporcionar información al paciente y a la familia respecto al efecto de la radiación sobre las células malignas. Observar si se producen alteraciones en la integridad de la piel y tratarlas adecuadamente.
- ✓ Asegurar al paciente que el pelo volverá a crecer después de que haya concluido el tratamiento con radiación, cuando proceda.

- ✓ Observar si hay indicios de infección de las mucosas bucales.
- ✓ Fomentar una buena higiene bucal mediante el uso de dispositivos de limpieza dental, como hilo dental sin cera y que no se deshilache, cepillos dentales sónicos o irrigador de agua, según corresponda.
- ✓ Observar si se producen anorexia, náuseas, vómitos, cambios en el sentido del gusto, esofagitis y diarrea en el paciente, según corresponda.
- ✓ Fomentar una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- ✓ Fomentar una dieta terapéutica, para evitar complicaciones.
- ✓ Controlar el nivel de fatiga pidiéndole al paciente que la describa.
- ✓ Enseñar al paciente y a la familia técnicas para el manejo de la energía, según corresponda.
- ✓ Ayudar al paciente a controlar la fatiga con la planificación de períodos de descanso frecuentes, espaciar las actividades y limitar las demandas diarias, según corresponda.
- ✓ Fomentar el reposo inmediatamente después del tratamiento con radiación.
- ✓ Ayudar al paciente a conseguir niveles de confort adecuados con el uso de técnicas de manejo del dolor que sean efectivas y aceptables para él.

- ✓ Forzar la ingesta de líquidos para mantener la perfusión renal y la diuresis, según corresponda.
- ✓ Observar si hay indicios de infección del tracto urinario.
- ✓ Enseñar al paciente y a la familia los efectos de la terapia sobre la función de la médula ósea, según corresponda.
- ✓ Instruir al paciente y a la familia sobre las formas de prevenir la infección, como evitar multitudes, tener una buena higiene y técnicas para lavarse las manos, según corresponda.
- ✓ Observar si hay signos y síntomas de infección sistémica, anemia y hemorragia.
- ✓ Instaurar precauciones de neutropenia y hemorragia si está indicado.
- ✓ Facilitar la expresión de los sentimientos del paciente acerca del equipo de radioterapia, según corresponda.
- ✓ Facilitar la expresión de los temores acerca del pronóstico o éxito de los tratamientos con radiación.
- ✓ Proporcionar información concreta y objetiva relacionada con los efectos del tratamiento para reducir la incertidumbre, el miedo y la ansiedad del paciente sobre los síntomas relacionados con el tratamiento.

- ✓ Instruir a los supervivientes a largo plazo y a sus familias sobre la posibilidad de aparición de segundas neoplasias malignas y la importancia de avisar de la mayor sensibilidad a infección, fatiga o hemorragia.
- ✓ Poner en marcha y mantener la protección contra la radiación, de acuerdo con el protocolo del centro, para el paciente que recibe tratamiento de radiación interna (colocación de semillas de oro o agentes radiofarmacéuticos).
- ✓ Explicar los protocolos de protección contra la radiación al paciente, a la familia y a las visitas.
- ✓ Ofrecer actividades recreativas mientras el paciente se encuentra en la situación de protección contra la radiación.
- ✓ Limitar las horas de visita en la habitación, según cada caso.
- ✓ Limitar el tiempo del personal en la habitación si el paciente está aislado por precauciones contra la radiación.
- ✓ Usar uno mismo un delantal/escudo de plomo mientras se ayuda con los procedimientos que implican radiación.

2.5.3-DOLOR

NIC-2210 Administración de analgésicos

Actividades;

- ✓ Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- ✓ Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- ✓ Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- ✓ Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicar al paciente, según corresponda.
- ✓ Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.
- ✓ Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o AINE) según el tipo y la intensidad del dolor.
- ✓ Determinar el analgésico preferido, vía de administración y posología para conseguir un efecto analgésico óptimo

- ✓ Elegir la vía i.v., en vez de i.m., para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible.
- ✓ Elegir la vía oral para la administración de analgesia ya que es la más aceptada por los niños cuando sea posible .
- ✓ No utilizar la vía rectal en niños , está contraindicada por el riesgo de infección
- ✓ Firmar el registro de narcóticos y otros medicamentos restringidos de acuerdo con el protocolo de la institución.
- ✓ Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, con la primera dosis o si se observan signos inusuales.
- ✓ Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- ✓ Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor intenso.
- ✓ Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay signos y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).

- ✓ Documentar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- ✓ Evaluar y documentar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.
- ✓ Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (p.ej., estreñimiento e irritación gástrica).
- ✓ Colaborar con el médico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la equianalgesia.

NIC-2260 Manejo de la sedación

Actividades;

- ✓ Revisar el historial del paciente y los resultados de las pruebas de diagnóstico para determinar si cumple con los criterios del centro para que se le administre sedación consciente por parte de una enfermera titulada.
- ✓ Preguntar al paciente o a la familia sobre cualquier experiencia anterior con la sedación consciente.
- ✓ Comprobar si existen alergias a fármacos.
- ✓ Determinar la última ingesta de alimentos y líquido.
- ✓ Revisar otros medicamentos que esté tomando el paciente y comprobar la ausencia de contraindicaciones para la sedación consciente.
- ✓ Instruir al paciente y/o a la familia sobre los efectos de la sedación consciente.
- ✓ Obtener el consentimiento escrito.
- ✓ Evaluar el nivel de consciencia del paciente y los reflejos de protección antes de proceder con la sedación consciente.

- ✓ Determinar los signos vitales basales, saturación de oxígeno, ECG, talla y peso.
- ✓ Asegurarse de que el equipo de reanimación de urgencia está disponible con facilidad, en concreto, una fuente para administrar O2 al 100%, medicación de urgencia y un desfibrilador.
- ✓ Canalizar una vía i.v.
- ✓ Administrar medicación según prescripción médica o protocolo (con cuidado) y de acuerdo con la respuesta del paciente.
- ✓ Comprobar el nivel de conciencia y los signos vitales del paciente, saturación de oxígeno y ECG según los protocolos del centro.
- ✓ Observar si se producen efectos adversos como consecuencia de la medicación, como agitación, depresión respiratoria, hipotensión, somnolencia indebida, hipoxemia, arritmias, apnea o exacerbación de una afección preexistente.

- ✓ Asegurar la disponibilidad de antagonistas y administrarlos, según corresponda, de acuerdo con prescripción médica o protocolo.
- ✓ Determinar si el paciente cumple con los criterios de alta o traslado de unidad (escala Aldrete), según protocolo del centro.
- ✓ Documentar las acciones y la respuesta del paciente, según la política del centro.
- ✓ Dar el alta o trasladar al paciente, según protocolo del centro.
- ✓ Proporcionar instrucciones de alta escritas, según protocolo del centro.

NIC-1400 Manejo del dolor

Actividades;

- ✓ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- ✓ Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- ✓ Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- ✓ Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- ✓ Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.
- ✓ Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
- ✓ Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.

- ✓ Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes personales y familiares de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso.
- ✓ Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.
- ✓ Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
- ✓ Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.
- ✓ Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- ✓ Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
- ✓ Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
- ✓ Considerar la voluntad del paciente para participar, su capacidad de participar, preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos, y contraindicaciones al seleccionar una estrategia de alivio del dolor.

- ✓ Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor, según corresponda.
- ✓ Enseñar los principios del manejo del dolor.
- ✓ Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor.
- ✓ Explorar el uso actual de métodos farmacológicos de alivio del dolor.
- ✓ Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor por parte del paciente.
- ✓ Colaborar con el paciente, seres queridos y demás profesionales sanitarios para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor, según corresponda.
- ✓ Proporcionara la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgesia prescrita. Utilizar medidas del control del dolor antes de que sea muy intenso.

- ✓ Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica e informar a otros profesionales sanitarios que trabajen con el paciente.
- ✓ Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- ✓ Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.
- ✓ Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
- ✓ Animar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si procede.
- ✓ Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.
- ✓ Informar a otros profesionales sanitarios/familiares sobre las estrategias no farmacológicas utilizadas por el paciente para fomentar actitudes preventivas en el manejo del dolor.

- ✓ Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, cuando corresponda.
- ✓ Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor.
- ✓ Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.
- ✓ Asegurar la analgesia y/o las estrategias no farmacológicas previas al tratamiento antes de los procedimientos dolorosos.
- ✓ Verificar el nivel de molestias con el paciente, anotar los cambios en la historia clínica e informar a otros profesionales sanitarios que trabajen con el paciente.
- ✓ Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- ✓ Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.
- ✓ Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.

- ✓ Animar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si procede.
- ✓ Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.
- ✓ Informar a otros profesionales sanitarios/familiares sobre las estrategias no farmacológicas utilizadas por el paciente para fomentar actitudes preventivas en el manejo del dolor.
- ✓ Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, cuando corresponda.
- ✓ Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor.
- ✓ Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.

2.5.4-NEUTROPENIA FEBRIL

NIC-3740 Tratamiento de la fiebre

Actividades:

- ✓ Controlar la temperatura y otros signos vitales.
- ✓ Observar el color y la temperatura de la piel.
- ✓ Controlar las entradas y salidas, prestando atención a los cambios de las pérdidas insensibles de líquidos.
- ✓ Administrar medicamentos o líquidos i.v. (p. ej. antipiréticos, antibióticos y agentes antiescalofríos).
- ✓ No administrar aspirinas a los niños.
- ✓ Cubrir al paciente con una manta o con ropa ligera, dependiendo de la fase de la fiebre (es decir, ofrecer una manta cálida para la fase de escalofríos y ropa de cama ligera para las fases de fiebre y de defervescencia).
- ✓ Fomentar el consumo de líquidos.
- ✓ Facilitar el reposo, aplicando restricciones de actividad, si es preciso.
- ✓ Administrar oxígeno, según corresponda.

- ✓ Aplicar un baño tibio con esponja con cuidado (es decir, administrarlo a los pacientes con fiebre muy alta, pero no durante la fase de defervescencia y evitar en los pacientes que tengan frío).
- ✓ Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre y de signos y síntomas de la afección causante de la fiebre (p. ej., crisis comicial, disminución del nivel de consciencia, anomalías electrolíticas, desequilibrio acidobásico, arritmia cardíaca y cambios celulares anómalos).
- ✓ Garantizar que se aplican las medidas de seguridad si el paciente desarrolla agitación o delirio.
- ✓ Humedecer los labios y la mucosa nasal secos.

2.5.6-ESTADO INMUNOLÓGICO

NIC-6550 Protección contra infecciones.

Actividades:

- ✓ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- ✓ Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- ✓ Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria.
- ✓ Seguir las precauciones propias en pacientes con neutropenia, si es el caso.
- ✓ Limitar el número de visitas, según corresponda.
- ✓ Evitar el contacto estrecho entre las mascotas y los huéspedes inmunodeprimidos.
- ✓ Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles ¬ Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.
- ✓ Aplicar técnicas de aislamiento, si es preciso.
- ✓ Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
- ✓ Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.

- ✓ Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.
- ✓ Obtener muestras para cultivo, si es necesario.
- ✓ Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
- ✓ Fomentar la ingesta adecuada de líquidos.
- ✓ Fomentar el descanso.
- ✓ Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar.
- ✓ Fomentar un aumento de la movilidad y la realización de ejercicio, según corresponda.
- ✓ Fomentar la respiración y tos profunda, si está indicado.
- ✓ Administrar un agente de inmunización adecuado.
- ✓ Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.
- ✓ Utilizar los antibióticos con sensatez.
- ✓ No administrar un tratamiento con antibióticos para las infecciones virales.
- ✓ Instruir al paciente y a la familia acerca de las diferencias entre infecciones virales y bacterianas.

- ✓ Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional sanitario.
- ✓ Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- ✓ Eliminar las frutas frescas, verduras y pimienta de la dieta en pacientes con neutropenia.
- ✓ Retirar las flores y plantas naturales de la habitación del paciente, según corresponda.
- ✓ Proporcionar una habitación privada, si es necesario.
- ✓ Notificar la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones.
- ✓ Notificar los resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones.

2.5.7-ADMISTRACION DEL TRATAMIENTO

NIC-4054 Manejo de un dispositivo de acceso venoso central

Actividades:

- ✓ Determinar el tipo de dispositivo de acceso venoso central (DAVC) que está colocado.
- ✓ Determinar las recomendaciones, directrices, protocolos, políticas y procedimientos del fabricante y del centro relacionados con el dispositivo concreto.
- ✓ Determinar la comprensión del paciente y/o de la familia de la finalidad, cuidados y mantenimiento del DAVC.
- ✓ Proporcionar información al paciente y la familia sobre el dispositivo (p. ej., indicaciones, funciones, tipo de dispositivo que se va a usar, cuidados del mismo y complicaciones potenciales) para reducir la incertidumbre, miedo y ansiedad del paciente.
- ✓ Explicar todo el procedimiento al paciente durante la inserción, el cuidado, el acceso para administrar medicación o fluidoterapia, o la retirada del dispositivo.
- ✓ Evitar el uso de la vía hasta que se confirme la colocación de su extremo después de implantarlo, para lo que se realiza una radiografía de tórax inicial.

- ✓ Verificar que los extremos introducidos por la vena subclavia o yugular se encuentran en el tercio inferior de la vena cava superior.
- ✓ Notificar la situación intracardiaca de los extremos de catéteres, pues conlleva un mayor riesgo de mortalidad.
- ✓ Notificar la posición de los extremos de catéteres perpendiculares a la pared de la vena, pues conlleva un mayor riesgo de erosión vascular, hidrotórax, hidromediastino, taponamiento y extravasación
- ✓ Utilizar una técnica aséptica estricta siempre que se manipule el catéter, se acceda a él o se use para administrar medicación, con el fin de reducir las infecciones sanguíneas relacionadas con el catéter.
- ✓ Adaptar los cuidados al tipo de dispositivo (p. ej., utilizar una pinza siempre que se usen DACV de extremo abierto o de línea media, usar agujas de Huber para el acceso al puerto, realizar un lavado con suero salino para las válvulas sin retorno, utilizar un apósito transparente para fijar los DAVC no tunelizados, de línea media y de tipo PICC).

- ✓ Comprobar la permeabilidad del DAVC justo después de administrar las medicaciones/infusiones prescritas.
- ✓ Aspirar la sangre del dispositivo para comprobar su permeabilidad antes de administrar el tratamiento prescrito, según corresponda a cada tipo de dispositivo.
- ✓ Realizar acciones adicionales para asegurar la permeabilidad si existen dificultades al aspirar o si no hay retorno de sangre, según el protocolo del fabricante y del centro para los dispositivos ocluidos.
- ✓ Realizar un lavado con suero salino para el mantenimiento de los catéteres con válvula, pues la válvula evita el reflujo de sangre a la luz del catéter, lo que impide la oclusión trombótica.
- ✓ Realizar un lavado semanal con suero salino heparinizado en los DAVC sin válvula (o de extremo abierto), con la concentración de heparina indicada por las normas del centro.
- ✓ Lavar los puertos implantados con suero salino heparinizado una vez al mes, con la concentración de heparina indicada por las normas del centro.

- ✓ Lavar los PICC de forma semanal con suero heparinizado si no se usan, con la concentración de heparina indicada por las normas del centro.
- ✓ Utilizar dispositivos sin aguja para favorecer un sistema cerrado.
- ✓ Emplear jeringas de 10 ml para el acceso a los DAVC, pues los catéteres de silicona de menor calibre parecen crear una mayor presión, que puede provocar la rotura del catéter y el paso de coágulos al torrente sanguíneo.
- ✓ Verificar que el sistema de infusión intravenosa se fije con seguridad en su posición.
- ✓ Verificar que el sistema está sobre la cama o sobre el brazo del sillón de tratamiento; impedir que cuelgue o que esté a tensión. Utilizar dispositivos de fijación autoadhesiva cuando sea adecuado, o según las normas del centro.
- ✓ Cambiar los sistemas de infusión de líquidos cada 72 horas, los de sangre cada 12 horas y los de administración de nutrición parenteral cada 24 horas, o según las normas del centro.
- ✓ Utilizar soluciones i.v. y sistemas de infusión nuevos para los DAVC nuevos.
- ✓ Desechar los sistemas de infusión existentes, asegurándose de no intercambiar los sistemas de infusión de los dispositivos antiguos a los nuevos.

- ✓ Mantener un registro preciso de los líquidos infundidos.
- ✓ Impedir que el DAVC se inserte cerca de un estoma o en áreas como los pañales en los niños, donde podría contactar con material fecal.
- ✓ Utilizar apósitos transparentes semipermeables con los dispositivos no tunelizados y cambiarlos cada 7 días o antes si se mojan o se ensucian, o según las normas del centro.
- ✓ Utilizar clorhexidina al 2% en una solución de alcohol isopropílico al 70% para limpiar la herida de salida y el catéter en todos los cambios del apósito, así como para descontaminar la piel antes de la inserción del DAVC, a menos que el paciente sea alérgico a la clorhexidina.
- ✓ Descontaminar los DAVC con gluconato de clorhexidina al 2% en alcohol isopropílico al 70% y dejar que se sequen antes de acceder a ellos, a menos que esté contraindicado por el fabricante.
- ✓ Realizar una radiografía de tórax de inmediato si se sospecha una infiltración, un compromiso o una migración de la vía.

- ✓ Monitorizar la aparición de tumefacción del brazo o un aumento de la temperatura en el lado ipsilateral al dispositivo implantado.
- ✓ Monitorizar la aparición de complicaciones de los DAVC (p. ej., neumotórax, taponamiento cardíaco, punción arterial, hemorragia, hemotórax, hidrotórax, embolia aérea, lesión del plexo nervioso braquial, lesión del conducto torácico, infección, colocación errónea).
- ✓ Realizar una radiografía de tórax de inmediato si se sospecha una infiltración, un compromiso o una migración de la vía.
- ✓ Monitorizar la aparición de tumefacción del brazo o un aumento de la temperatura en el lado ipsilateral al dispositivo implantado.
- ✓ Monitorizar la aparición de complicaciones de los DAVC (p. ej., neumotórax, taponamiento cardíaco, punción arterial, hemorragia, hemotórax, hidrotórax, embolia aérea, lesión del plexo nervioso braquial, lesión del conducto torácico, infección, colocación errónea).
- ✓ Inspeccionar el sitio de entrada a diario en busca de eritema, dolor, sensibilidad dolorosa, calor o tumefacción, pues los dispositivos se asocian con un mayor riesgo de infección.

- ✓ Retirar el dispositivo si se observa cualquier signo de inflamación, fuga o exudado en el sitio de entrada.
- ✓ Asegurarse de que cualquier infusión conectada al DAVC se haya cerrado antes de retirar un dispositivo.
- ✓ Colocar al paciente enRetirar el dispositivo si se observa cualquier signo de inflamación, fuga o exudado en el sitio de entrada.
- ✓ Asegurarse de que cualquier infusión conectada al DAVC se haya cerrado antes de retirar un dispositivo.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino, con la cabeza en posición declive si es posible, para la inserción y retirada de un DAVC no tunelizado.
- ✓ decúbito supino, con la cabeza en posición declive si es posible, para la inserción y retirada de un DAVC no tunelizado.
- ✓ Colocar una gasa sobre el sitio de entrada y aplicar una presión ligera-moderada para extraer el DAVC con el fin de evitar la rotura del catéter, su desgarro y/o una embolización.

- ✓ Colocar el extremo del DAVC en un recipiente estéril y remitirlo para su cultivo si se sospecha una infección.
- ✓ Aplicar una presión firme en el sitio de punción después de retirar el DAVC durante al menos 2 minutos hasta conseguir la hemostasia.
- ✓ Utilizar un catéter impregnado en un antibiótico para los pacientes considerados de riesgo de sepsis relacionada con el catéter.
- ✓ Considerar el período de tiempo que se requerirá el catéter antes de recomendarlo (p. ej., para menos de 7 días, usar una vía i.v. periférica; para 1-4 semanas, usar un catéter de línea media o una vía de tipo PICC; para 1-12 meses, usar un PICC, un DAVC tunelizado o un puerto implantable; para más de 1 año, usar un DAVC tunelizado o un puerto implantable).
- ✓ Documentar los datos pertinentes en la historia clínica del paciente para la inserción inicial del DAVC (p. ej., fabricante, número de modelo, número de serie y fecha de implantación).

- ✓ Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de disfunción del DAVC (p. ej., taquicardia, hipotensión, disnea, agitación, llenado espontáneo de la aguja de acceso con líquido o sangre, dolor del hombro o de la espalda, parada cardíaca).
- ✓ Instruir al paciente para que lleve siempre la identificación del DAVC facilitada por el fabricante.
- ✓ Instruir al paciente para que lleve una pulsera o collar de alerta médica que le identifique como usuario de un DAVC.

2.6-PROBLEMAS DE AUTONOMIA

Los problemas de autonomía surgen en el momento en el que el niño pierde las capacidades físicas e intelectuales , y no es capaz de satisfacer ciertas necesidades por sí mismo , por ello es necesaria la ayuda del cuidador principal o del profesional ,para suplir esas necesidades . Las tres áreas de dependencia (conocimiento, fuerza y voluntad) se ven afectadas .Suelen aparecer en la fase paliativa de la enfermedad. Se ven afectadas las necesidades de alimentación, baño / higiene, eliminación, movilidad, temperatura corporal, seguridad

2.6.1-NECESIDAD ALIMENTACIÓN

NIC -1806 Ayuda con el autocuidado: Alimentación

Actividades:

- ✓ Identificar la dieta prescrita.
- ✓ Disponer la bandeja y la mesa de forma atractiva.
- ✓ Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuñas, orinales y equipo de aspiración fuera de la vista).
- ✓ Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, según corresponda.
- ✓ Proporcionar higiene bucal antes de las comidas.
- ✓ Fijar la comida en la bandeja, si es necesario, como al cortar la carne o pelar un huevo.
- ✓ Abrir los alimentos empaquetados.
- ✓ Colocar al paciente en una posición cómoda.
- ✓ Proteger con un babero, según corresponda.

- ✓ Proporcionar una pajita de beber, si es necesario o se desea.
- ✓ Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa.
- ✓ Proporcionar dispositivos adaptados para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo (mangos largas, mangos con una circunferencia grande o pequeñas correas en los utensilios), si es necesario.
- ✓ Utilizar tazas con asa grande, si fuera necesario.
- ✓ Utilizar platos y vasos irrompibles y pesados, según se precise.
- ✓ Proporcionar señales frecuentes y una estrecha supervisión, según corresponda.
- ✓ Controlar la capacidad de deglutir del paciente.
- ✓ Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución.
- ✓ Proporcionar ayuda física, si es necesario.
- ✓ Proporcionar los alimentos y bebidas preferidos, según corresponda.
- ✓ Controlar el peso del paciente, según corresponda.
- ✓ Controlar el estado de hidratación del paciente, según corresponda.
- ✓ Proporcionar interacción social, según corresponda.

NIC-1050 Alimentación

Actividades:

- ✓ Identificar la dieta prescrita.
- ✓ Disponer la bandeja de comida y la mesa de forma atractiva.
- ✓ Crear un ambiente placentero durante la comida (colocar cuñas, orinales y el equipo de succión fuera de la vista).
- ✓ Proporcionar una analgesia adecuada antes de las comidas, según corresponda.
- ✓ Facilitar la higiene bucal después de las comidas.
- ✓ Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuera necesario.
- ✓ Sentarse durante la comida para inducir sensación de placer y relajación.
- ✓ Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.
- ✓ Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los alimentos.
- ✓ Establecer los alimentos según lo prefiera el paciente.
- ✓ Mantenerse en posición erguida, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia delante durante la alimentación.
- ✓ Colocar la comida en el lado no afectado de la boca, cuando sea el caso.

- ✓ Acompañar la comida con el agua, si es necesario.
- ✓ Proteger con un babero, según corresponda.
- ✓ Solicitar al paciente que indique cuándo ha terminado, según corresponda.
- ✓ Registrar la ingesta, si resulta oportuno.
- ✓ Evitar disimular los fármacos con la comida.
- ✓ Proporcionar una paja con la bebida, si es necesario o se desea.
- ✓ Proporcionar alimentos para comer con los dedos, según corresponda.
- ✓ Proporcionar las comidas a la temperatura más apetecible.
- ✓ Evitar distraer al paciente durante la deglución.
- ✓ Comer sin prisas, lentamente.
- ✓ Posponer la alimentación si el paciente estuviera fatigado.
- ✓ Animar a los padres/familia a que alimenten al paciente.
- ✓ Evitar poner bebida o comida en la boca mientras se está masticando.
- ✓ Prestar atención al paciente durante la alimentación.
- ✓ Comprobar que no quedan restos de comida en la boca al final de la comida.
- ✓ Lavar la cara y las manos después de comer.

NIC-1056 Alimentación enteral por sonda

Actividades:

- ✓ Explicar el procedimiento al paciente y a su familia
- ✓ Insertar una sonda nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal de acuerdo con el protocolo del centro.
- ✓ Aplicar sustancias de anclaje a la piel y fijar el tubo de alimentación con esparadrapo.
- ✓ Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción del aire, según el protocolo del centro.
- ✓ Marcar el tubo en el punto de salida para mantener la colocación correcta.
- ✓ Confirmar la colocación de la sonda mediante rayos X antes de administrar alimentos o medicaciones a través de ella, según protocolo del centro.
- ✓ Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas, según corresponda.
- ✓ .

- ✓ Vigilar el estado de líquidos y electrólitos.
- ✓ Consultar con otros miembros del equipo de cuidados acerca de la selección del tipo y concentración de la alimentación enteral.
- ✓ Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45 º durante la alimentación
- ✓ Al finalizar la alimentación, esperar 30-60 minutos antes de colocar al paciente con la cabeza en posición declive.
- ✓ Parar la alimentación por sonda 1 hora antes de realizar algún procedimiento o traslado si el paciente se ha de colocar en una posición con la cabeza a menos de 30°.
- ✓ Irrigar la sonda cada 4-6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente.
- ✓ Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.
- ✓ Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora.
- ✓ Reducir la frecuencia de la alimentación por sonda y/o disminuir la concentración para controlar la diarrea.
- ✓ Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos.

- ✓ Comprobar la existencia de residuos cada 4-6 horas durante las primeras 24 horas y después cada 8 horas durante la alimentación continuada.
- ✓ Antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuos.
- ✓ Mantener inflado el balón del tubo endotraqueal o de traqueotomía durante la alimentación, si es el caso.
- ✓ Mantener refrigerados los recipientes abiertos de la alimentación enteral.
- ✓ Cambiar el lugar de introducción y el tubo de infusión según el protocolo del centro.
- ✓ Lavar la piel alrededor de la zona de contacto del dispositivo diariamente con jabón suave y secar completamente.
- ✓ Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas.
- ✓ Rellenar la bolsa de alimentación cada 4 horas, según convenga.
- ✓ Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas, según proceda.
- ✓ Controlar el estado hidroelectrolítico.
- ✓ Controlar mensualmente si hay cambios en el crecimiento (altura/peso), según proceda.
- ✓ Observar si hay signos de edema o deshidratación.
- ✓ Controlar la ingesta/excreción de líquidos.
- ✓ Comprobar si la ingesta de calorías, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales es adecuada (o remitir al dietista) dos veces por semana, disminuyendo hasta una vez al mes.
- ✓ Observar si hay cambios del estado de ánimo.
- ✓ Preparar al individuo y a la familia para la alimentación por sonda en casa, según corresponda.
- ✓ Controlar el peso como mínimo tres veces por semana, según sea conveniente por la edad.
- ✓ Comprobar el nivel de agua del balón del dispositivo en contacto con la piel, de acuerdo con el protocolo del equipo.

2.6.2-NECESIDAD BAÑO/HIGIENE

NIC-1610 Baño

Actividades

- ✓ Ayudar con la ducha en silla, bañera, baño con paciente encamado, ducha de pie o baño de asiento, según corresponda o se desee.
- ✓ Lavar el cabello, si es necesario y se desea.
- ✓ Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.
- ✓ Utilizar técnicas de baño divertidas con los niños (lavar muñecas o juguetes; simular que un barco es un submarino; agujerear la parte inferior de una taza de plástico, llenarla de agua y "regar" al niño).
- ✓ Ayudar con el cuidado perineal, si es necesario.
- ✓ Realizar el lavado de los pies, si es necesario.
- ✓ Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.
- ✓ Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas.
- ✓ Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
- ✓ Controlar la capacidad funcional durante el baño.

2.6.3-NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

NIC-1804 Ayuda con los autocuidados: aseo

Actividades:

- ✓ Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.
- ✓ Ayudar al paciente en el inodoro/inodoro portátil/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados.
- ✓ Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad.
- ✓ Disponer intimidad durante la eliminación.
- ✓ Facilitar la higiene tras miccionar/defecar después de terminar con la eliminación
- ✓ Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.
- ✓ Tirar de la cadena/limpiar el utensilio de la eliminación (inodoro portátil, cuña).
- ✓ Instaurar un programa de eliminación, según corresponda.
- ✓ Enseñar al paciente/allegados la rutina del aseo.
- ✓ Instaurar idas al baño, según corresponda y sea necesario.

- ✓ Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo u orinal), según corresponda.
- ✓ Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
- ✓ Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
- ✓ Controlar la integridad cutánea del paciente.

NIC-1876 Cuidados del catéter urinario

Atividades:

- ✓ Observar las características del líquido drenado.
- ✓ Cambiar el catéter urinario con regularidad, según lo indique el protocolo del centro.
- ✓ Cambiar el aparato de drenaje urinario con regularidad, según lo indique el protocolo del centro.
- ✓ Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario (es decir, asegurar que la bolsa de drenaje está por debajo del nivel de la vejiga).

- ✓ Comprobar las correas de la bolsa de pierna a intervalos regulares para ver si hay constricciones.
- ✓ Desconectar la bolsa de pierna por la noche y conectar a la bolsa de drenaje de pie de la cama.
- ✓ Pinzar el catéter suprapúbico o de retención, según prescripción.
- ✓ Irrigar el sistema del catéter urinario usando una técnica estéril adecuada.
- ✓ Limpiar la parte externa del catéter urinario a nivel del meato.
- ✓ Limpiar el equipo del drenaje urinario siguiendo el protocolo del centro.
- ✓ Limpiar la zona cutánea circundante con regularidad.
- ✓ Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
- ✓ Mantener un cuidado de piel meticuloso en pacientes con bolsa de pierna.
- ✓ Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones.
- ✓ Observar si hay distensión vesical.
- ✓ Obtener una muestra de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado.
- ✓ Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos especificados.

- ✓ Determinar la indicación del catéter urinario permanente
- ✓ Usar órdenes de interrupción automática y recordatorios para solicitar una orden de retirar el dispositivo cuando la indicación se haya resuelto.
- ✓ Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter.
- ✓ Evitar inclinar las bolsas o sistemas de medición de orina para vaciar o medir la diuresis (es decir, medidas preventivas para evitar la contaminación ascendente).
- ✓ Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario.
- ✓ Usar un sistema de fijación del catéter.
- ✓ Vaciar la bolsa de drenaje antes de cualquier traslado del paciente.
- ✓ No colocar la bolsa de drenaje entre las piernas del paciente durante el traslado.
- ✓ Asegurarse de retirar el catéter en cuanto esté indicado por el estado del paciente.
- ✓ Evaluar las opciones de eliminación para evitar la reinserción (p. ej., medición ecográfica del residuo urinario, urinario portátil, orinal, pañales, rondas de enfermería).
- ✓ Instruir al paciente y a la familia sobre los cuidados adecuados del catéter.

2.6.4-NECESIDAD MOVILIDAD

NIC-0840 Cambios de posición

Actividades:

- ✓ Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.
- ✓ Proporcionar un colchón firme.
- ✓ Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda.
- ✓ Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda.
- ✓ Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- ✓ Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición, según corresponda.
- ✓ Colocar en la posición terapéutica especificada.
- ✓ Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, sino está contraindicada.
- ✓ Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- ✓ Elevar la parte corporal afectada, si está indicado.
- ✓ Colocar en una posición que alivie la disnea (posición de semi-Fowler), cuando corresponda.

- ✓ Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo escrotal), según corresponda.
- ✓ Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos de rango de movimiento, si resulta apropiado.
- ✓ Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
- ✓ Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
- ✓ Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente.
- ✓ Girar al paciente en bloque.
- ✓ Colocar en una posición que favorezca el drenaje urinario, según corresponda.
- ✓ Colocar un respaldo, si procede.
- ✓ Elevar el miembro afectado 20º o más, por encima del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso, según corresponda.
- ✓ Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.

- ✓ Observar que la configuración de los dispositivos de tracción sea la correcta.
- ✓ Mantener la posición y la integridad de la tracción.
- ✓ Elevar el cabecero de la cama, si resulta indicado.
- ✓ Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
- ✓ Desarrollar un protocolo para el cambio de posición, según corresponda.
- ✓ Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico, según corresponda.
- ✓ Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo para el trocánter).
- ✓ Colocar los objetos de uso frecuente al alcance.
- ✓ Colocar el mando de la cama al alcance de la mano.
- ✓ Colocar la luz de llamada al alcance.

2.6.5-NECESIDAD TEMPERATURA CORPORAL

NIC-3900 Regulación de la temperatura

Actividades:

- ✓ Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda.
- ✓ Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.
- ✓ Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.
- ✓ Observar el color y la temperatura de la piel.
- ✓ Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- ✓ Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- ✓ Enseñar al paciente a evitar el agotamiento por el calor y los golpes de calor.
- ✓ Comentar la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de enfriamiento, según corresponda.
- ✓ Explicar los indicios de hipotermia y el tratamiento de urgencia adecuado, según corresponda.

- ✓ Utilizar un colchón de enfriamiento, mantas de agua circulante, baños tibios, compresas de hielo o aplicación de compresas de gel, así como un cateterismo intravascular de enfriamiento para disminuir la temperatura corporal, según corresponda.
- ✓ Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
- ✓ Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos.
- ✓ Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado

2.6.6-NECESIDAD SEGURIDAD

NIC-6486 Manejo ambiental: seguridad

Actividades:

- ✓ Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva y el historial de conducta del paciente.
- ✓ Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físico, biológico y químico).
- ✓ Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
- ✓ Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
- ✓ Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.
- ✓ Utilizar dispositivos de protección (restricción física, barandillas, puertas cerradas, vallas y portones) para limitar físicamente la movilidad o el acceso a situaciones peligrosas.
- ✓ Notificar a las instituciones autorizadas para proteger el ambiente (Ministerio de Sanidad, servicios medioambientales, Agencia de Protección del Medio Ambiente y policía).

- ✓ Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.
- ✓ Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro (remitirse a asistencia para el hogar).
- ✓ Iniciar y/o realizar programas de detección de peligros ambientales (plomo, radón).
- ✓ Informar a las personas o grupos de alto riesgo sobres los peligros ambientales.

NIC-0740 Cuidados del paciente encamado
Actividades:

- ✓ Explicar las razones del reposo en cama.
- ✓ Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.
- ✓ Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.
- ✓ Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
- ✓ Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- ✓ Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.
- ✓ Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente

- ✓ Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos.
- ✓ Subir las barandillas, según corresponda.
- ✓ Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance de la mano.
- ✓ Colocar la luz de llamada al alcance de la mano.
- ✓ Colocar la mesilla de noche al alcance del paciente.
- ✓ Cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel.
- ✓ Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico.
- ✓ Vigilar el estado de la piel.
- ✓ Enseñar ejercicios de cama, según corresponda.
- ✓ Facilitar pequeños cambios del peso corporal.
- ✓ Realizar ejercicios de rango de movimiento pasivos y/o activos.
- ✓ Ayudar con las actividades de la vida diaria.

- ✓ Aplicar medidas profilácticas antiembólicas.
- ✓ Monitorizar la aparición de complicaciones del reposo en cama (p. ej., hipotonía muscular, dolor de espalda, estreñimiento, aumento del estrés, depresión, confusión, cambios del ciclo de sueño, infecciones del tracto urinario, dificultad en la micción, neumonía).
- ✓ Colocar en una postura erguida de forma intermitente a los pacientes que no puedan permanecer fuera de la cama todos los días para protegerlos frente a la intolerancia ortostática

3. CONCLUSION

Disponer de un Plan de Cuidados Estandarizado sobre una patología concreta, es una herramienta primordial en los cuidados, que facilita la evaluación de la calidad asistencial, la toma de decisiones y a la vez un documento donde queden registradas todas las actuaciones de enfermería, mejorando así la satisfacción de los profesionales y usuarios.

Alcanzando el objetivo marcado, se ha elaborado un plan de cuidados que presenta los principales problemas reales o potenciales clasificados por necesidades, que pueden surgir en el proceso de enfermedad en los niños con Leucemia, y conjuntamente elaborar un plan de cuidados dirigido a los familiares

De la exhaustiva revisión bibliográfica, destacamos artículos relacionados con el dolor y sufrimiento espiritual o psicológico del niño con Leucemia y la importancia del apoyo emocional en la familia.

Este proyecto no concluirá hasta que la Junta de Enfermeros del Hospital Universitario de Puerta del Mar valide y ponga en marcha la propuesta. Pero aun así, la elaboración del Plan de Cuidados Estandarizado ha sido muy compleja, empezando por la dificultad a la hora de encontrar a profesionales disponibles que quieran colaborar, agradeciendo así a la Unidad de Cirugía

y a la UCI Pediátrica del H.U.P.M., que no solo se prestaron a escuchar la propuesta, sino que la han aceptado, para una futura planificación, validación y puesta en marcha.

El equipo de profesionales, discreparon en ciertos Diagnósticos Enfermeros nombrados en diferentes artículos, como Trastorno de la Imagen Corporal, coincidiendo en que, en niños, no es un Diagnóstico principal. Sin embargo, todos coincidían en que la necesidad más afectada en estos niños es la de Seguridad, donde destacan los Diagnósticos de Temor, Riesgo de Infección y Dolor Agudo, relacionado con la administración del tratamiento, procedimiento agresivo al que se someten estos niños.

Relacionado con los familiares, los Diagnósticos principales, son La Ansiedad y El déficit de Conocimientos, siendo las intervenciones enfermera por excelencia el Apoyo Emocional y Enseñanza del Proceso de Enfermedad.

4. BIBLIOGRAFIA:

1. Kaushansky K. Thrombopoietin. N Engl J Med 1998; 339:746-54.
2. Mayani H. y col. Hematopoyesis. Cancerología 2 (2007): 95-107.
3. Maciejewski JP, Risitano A. Hematopoietic stem cells in aplastic anemia. Arch Med Res 2003; 34: 520-527.
4. Montesinos JJ, Mayani H. Nuevos conceptos en la biología de la Leucemia Mieloide Aguda. Gac Med Mex 2002; 138: 67-76.
5. Hasle H: Pattern of malignant disorders in individuals with Down's syndrome. Lancet Oncol 2 (7): 429-36, 2001. [PUBMED Abstract].
6. Stiller CA, Chessells JM, Fitchett M: Neurofibromatosis and childhood leukaemia/lymphoma: a population-based UKCCSG study. Br J Cancer 70 (5): 969-72, 1994. [PUBMED Abstract].
7. Strevens MJ, Lilleyman JS, Williams RB: Shwachman's syndrome and acute lymphoblastic leukaemia. Br Med J 2 (6129): 18, 1978. [PUBMED Abstract]
8. Woods WG, Roloff JS, Lukens JN, et al.: The occurrence of leukemia in patients with the Shwachman syndrome. J Pediatr 99 (3): 425-8, 1981. [PUBMED Abstract]

9. Passarge E: Bloom's syndrome: the German experience. Ann Genet 34 (3-4): 179-97, 1991. [PUBMED Abstract].
10. Taylor AM, Metcalfe JA, Thick J, et al.: Leukemia and lymphoma in ataxia telangiectasia. Blood 87 (2): 423-38, 1996. [PUBMED Abstract]
11. Eileen Scigliano, MD, Adrianna Vlachos, MD, Leucemias, Rubin: Oncología Clínica enfoque multidisciplinario para médicos y estudiantes, Edición: 8 - 2003 - 988 páginas
12. Hospital universitario Sant Joan de Deu. Esplugues de Llobregat, Barcelona. Servicio de Oncología Pediátrica [Enero 2011]. Asistencia al niño y adolescente con cáncer, Una atención global e interdisciplinar. Disponible en : http://www.fondoaliciapueyo.org/images/docanexos/infohospital2011.pdf
13. Yélamos C, García G, Fernández B, Pascual C, Asociación Española Contra el Cáncer, El Cáncer en los Niños 38(17-23), 2011 .Disponible en: https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/guiareducida.pdf.

14. Asociación Española Contra el Cáncer, Guía rápida ¿Qué es la radioterapia?,2011, Disponible:https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/TRATAMIENTOS/RADIOTERAPIA/Paginas/Efectossecundarios.aspx
15. Aibar S, Celano C, Chambi MC, Estrada S, Gandur N, Gange P, González C, et al. Manual de Enfermería Oncológica. Instituto Nacional del Cáncer Argentina. Disponible: http://www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/manual_enfermeria_08-03.pdf

16. Ministerio de Salud. Guía Clínica Leucemia en personas menores de 15 años. Santiago de Chile: Minsal, 2010
17. Cristiane Cavicchioli1 A, Menossi MJ, Garcia de Lima RA. CÁNCER INFANTIL: EL ITINERARIO. Rev. Latino-am Enfermagem 2007 septiembre-octubre; 15(5), Disponible en : www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/es_v15n5a21.pdf

18. (Barraso P, Granados Matute A, Fraile Rodríguez P. Actuación de enfermería ante el niño con cáncer: Plan de Cuidados. Enfermería Global. 2007 Nov; 6(11). Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/429)
19. Blanca López-Ibor, Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer infantil, Rev. [psicooncología. Vol. 6, Núm. 2-3, 2009, pp. 281-284] Disponible en : http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0909220281A/15115
20. Berrino F,Capocaccia R, Estéve J, Gatta G, Hakulinen T, Micheli A, Sant M, Vrdecchia A.Survival of cancer patients in Europe: the Eurocare -2 Study.IARC Scientific Publications nº151.Lyon, 1999.
21. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014 de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Disponible en: http://0-www.nnnco nsult.com.diana.uca.es
22. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) .Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M.L.; Swanson, E. http://0-www.nnnco nsult.com.diana.uca.es. Disponible en : http://0-www.nnnco nsult.com.diana.uca.es

23. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Bulechek, G.M.; Butcher, H.K.; McCloskey Dochterman, J. Disponible en: http://0-www.nnnconsult.com.diana.uca.es.
24. Estrategia de cuidados Andalucía, Servicio Andaluz de Salud, Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Actualizado[14/03/2013].Disponible :http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5

Links de Interés:

- http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2009/md094c.pdf
- http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/LLAinfantil/Patient/page1
- http://www.fondoaliciapueyo.org/images/docanexos/infohospital2011.pdf
- https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/guiareducida.pdf
- www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/es_v15n5a21.pdf
- https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/TRATAMIENTOS/RADIOTERAPIA/Paginas/Efectossecundarios.aspx
- http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0909220281A/15115
- http://www.hsjdbcn.org/
- http://www.secip.com/enfermeria-y-ucip/g-colaborador-de-enfermeria
- http://www.uihealthcare.org/Adam/?/Spanish%20HIE%20Multimedia/5/000541
- http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/LLAinfantil/HealthProfessional#Reference1.39
- http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/default.asp
- http://www.fcarreras.org/es
- http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5&url=gestioncalidad/indice_vpaciente.htm

TEMA 74. MARCADORES TUMORALES.

MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ
YESICA DÍAZ ROCES
COVADONGA FERNÁNDEZ SUAREZ
VIRGINIA CASTARROYO MERINO

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN
2.FASES DEL DESARROLLO DE UN CANCER Y ESTADIOS DEL TUMOR
3.FUNCIONES DE LOS MARCADORES TUMORALES
4. PERFILES DE MARCADORES UTILIZADOS
5.CONCLUSIÓN
6.BIBLIOGRAFIA

1.INTRODUCCIÓN

El cáncer y las enfermedades cardiovasculares, son la primera causa de mortalidad en la población de entre 35 y 65 años.

La mortalidad va a depender del tipo de tumor y del momento en que se detecte.

En la mayoría de las ocasiones no produce síntomas hasta que se encuentra avanzado.

Un tumor son células que proliferan de forma elevada y desordenada.

Puede ser: un tumor BENIGNO el cual esta localizado ,crece lentamente y no invade otros tejidos .estos no suelen ser mortales se eliminan con cirugía.

Tumor MALIGNO: Crece rapidamente e invade tejidos ,via linfatica o hematológica ,produce metástasis y causa la muerte.

2.FASES DEL DESARROLLO DE UN CANCER Y ESTADIOS DEL TUMOR

a) Fase de inducción: exposición a carcinógenos, puede durar años.
b) Carcinoma in situ: las células se transforman en cáncer que permanece localizado y no invade otros tejidos.
c) Fase invasiva: hay proliferación de células ,las cuales atraviesan la membrana basal y alcanzan la circulación sanguínea y línfatica.
d) Fase de diseminación:las celulas cancerosas migran a sitios distantes del tumor, se forman nuevos capilares que aportan sangre al tumor.Dura entre 1 y 5 años.

2.FASES DEL DESARROLLO DE UN CANCER Y ESTADIOS DEL TUMOR

Los tumores se clasifican en función de la extensión y diseminación de los mismos por estadios:

- Estadio O: carcinoma in situ, este no invade tejidos profundos , se queda en la capa de células que se inició.
- Estadio I-III: se relaciona con el tamaño o la diseminación a ganglios linfáticos o tejidos adyacentes al tumor primario.
- Estadio IV: el cáncer se ha diseminado a tejidos distantes.

3.FUNCIONES DE LOS MARCADORES TUMORALES

- Cribado de individuos que padezcan un determinado cáncer en la población general o de riesgo.
- Diagnostico y despistaje del cáncer. (tumor asintomático)
- Elección del tipo de tratamiento más adecuado.
- Factor de pronóstico de la evaluación de un paciente.
- Seguimiento de la eficacia del tratamiento.
- Detección precoz de recidivas (evolución)

4. PERFILES DE MARCADORES UTILIZADOS

Los principales marcadores tumorales son:

PULMÓN: CEA, SCC, NSE, CA125, CYFRA 21.1, ProGRP.

HIGADO: AFP (ALFAFETOPROTEINA)

COLON-RECTO: CEA(ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO)

TESTÍCULO: AFP, B-HCG.

PRÓSTATA: PSA, PSA LIBRE

VEJIGA: CYFRA 21.1

TIROIDES: TSH, ANTI-TG, CALCITONINA.

MAMA:_CA 153,HER-2/neu

4. PERFILES DE MARCADORES UTILIZADOS

- ESTÓMAGO: CA72.4, CEA.
- OVARIO: CA125, HE4, CA19.9, CA 72.4.
- CERVIX: SCC (ANTÍGENO DE CELULAS ESCAMOSAS)
- TROFOBLÁSTICO: B-HCG
- MELANOMA: S-100,MIA.

TODOS ELLOS SON MARCADORES TUMORALES CIRCULANTES.

5.CONCLUSIÓN

El marcador tumoral ideal seria aquel que fuese:

ESPECIFICO PARA EL CÁNCER: la sustancia debe ser producida sólo por el tumor. Ninguna afectacion benigna debería provocar su aumento. no debe estar presente en pacientes sanos.

SENSIBLE PARA EL CÁNCER: el desarrollo del tumor aunque sea muy pequeño debería producir cantidades medibles del marcador.

El análisis para su detección debería ser económico, fácil y sensible.

Si el tumor bajase su produccion ,los niveles del marcador deberían descender con rapidez.

6.BIBLIOGRAFÍA

1. Teresa Romero G, Casado Vicente V, Jimeno Carrúez A. Utilización de marcadores tumorales en Atención Primaria. Medifam (revista en la Internet). 2002 (Consultado 04 Ene 2016). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000100003&lng=es.
2. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php
3. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-del-laboratorio-clinico-282-articulo-marcadores-tumorales-X1888400811358693

TEMA 76. FARMACOLOGÍA PARA EL TCAE.

MARÍA BELÉN GARCÍA BARBA

ÍNDICE

- **DEFINICIONES**
- **FORMAS FARMACEUTICAS**
- **VÍAS DE ADMINISTRACIÓN**
- **PRINCIPIOS DE ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO**
- **BIBLIOGRAFÍA**

DEFINICIONES

La farmacología es la ciencia que trata el esturio de los fármacos.

- **Fármaco:** sustancia química que interacciona con un organismo vivo, modificando su comportamiento. Cuando lo obtenemos tal y como lo ofrece la madre naturaleza (sin modificación), lo llamamos **droga**. Las drogas contienen una sustancia responsable de su actividad farmacológica que se denomina **principio activo**.

- **Medicamento: unión de varios farmacios usados para prevenir**, curar o diagnosticar enfermedades. Estos medicamentos contienen una sustancia responsable de la acción farmacológica denominada **principio activo**.

FORMAS FARMACEUTICAS

Los medicamentos se comercializan en distintas presentaciones:

- **Formas sólidas:** supositorios, pomadas, jabones, cápsulas, comprimidos, polvos, grageas, etc.
- **Formas líquidas:** colutorios, colirios, gotas, enemas, jarabes, suspensiones, inyectables, etc.
- **Formas gaseosas:** inhaladores, vaporizaciones, pulverizaciones, etc.

VIAS DE ADMINISTRACIÓN

La vía de administración es la manera elegida para incorporar el fármaco al organismo, dependiendo del efecto que deseemos conseguir, el estado del paciente y los recursos disponibles.

Vía de absorción indirecta: dentro de ésta encontramos:

- **Vía oral:** Esta vía se administra por la boca, tiene la ventaja de que el paciente puede auto medicarse, es cómoda e indolora y es idónea para tratamientos de larga duración. Dentro de la vía oral encontramos la vía bucal (absorción por mucosa bucal) y sublingual (se coloca debajo de la lengua y su absorción es rápida debido a su vascularización).

- **Vía rectal**: Se utiliza sobre todo en pacientes inconscientes o con vómitos, también para administrar enemas. No se debe utilizar en presencia de cuadros diarreicos agudos o crónicos.
- **Vía cutánea/tópica:** Se utiliza para la aplicación de cremas y pomadas y su absorción es muy lenta.
- **Vía transdérmica (parches):** Se suele utilizar para reposición hormonal en la menopausia , patología coronaria y analgesia en pacientes con dolor severo.
- **Vía conjuntival/ocular**: Se aplica en los ojos.
- **Vía genitourinaria**: Se aplica en la mucosa uretral y vaginal.
- **Vía respiratoria**: Se utiliza para administrar medicamentos a pacientes con enfermedades respiratorias.
- **Vía ótica**: Medicamentos que se introducen en el conducto auditivo externo.

<u>Vías de absorción directas</u>: dentro de éstas se encuentran:

- **Vía subcutánea**: El fármaco se inyecta en el tejido celular subcutáneo y a través de los capilares llega al torrente sanguíneo.
- **Vía intramuscular**: El fármaco se administra en el músculo mediante una inyección.
- **Vía intradérmica**: El fármaco se inyecta en la dermis y se utiliza principalmente para vacunas y pruebas diagnósticas.
- **Vía intravenosa**: Se inyecta el fármaco directamente al torrente sanguíneo.

PRINCIPIOS DE ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO

A la hora de administrar un medicamento es muy importante seguir los siguientes pasos y comprobarlos:

- Paciente correcto.
- Medicamento correcto.
- Dosis correcta.
- Hora correcta.
- Vía correcta.

El TCAE puede administrar medicación si se lo delega la enfermera, siempre que sea por vía oral o tópica. Si es responsabilidad del TCAE administrar enemas y comprobar que el paciente se tome la medicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Baños Díez J.E, Farré 2albaladejo M. Principios de farmacología clínica. Editorial Masson. Barcelona 2002.

- Fraga Fuentes, M.D y otros. Guía de administración de medicamentos. Editorial Libro del año. Madrid 1997.

- Juan José Pérez Marin. Farmacología Básica para TCAE. Editorial Madripapel S.A. Madrid 2015.

TEMA 77. FIEBRE DEL VIAJERO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ CHAVES

FERNANDO HINOJOSA FUENTES

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN DEL CASO
- EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y JUICIO CLÍNICO
- CONCLUSIÓN

INTRODUCCIÓN DEL CASO

Varón de 21 años, con antecedentes de intolerancia alimentaria al huevo, cítricos y lactosa así como colon irritable.

Acude a consulta tras reciente viaje a Tailandia, donde ha permanecido veinte días. El paciente refiere que en el avión de vuelta a España ya presentaba pico febril de 39ºC y que a su llegada comienza con vómitos y diarrea sin productos patológicos que se autolimitan en siete días, consultando en el momento de la atención por dispepsia y sensación de plenitud gástrica sin otra sintomatología acompañante.

Refiere correcta vacunación, según lo indicado por el órgano sanitario de referencia de nuestro área (Sanidad Exterior): fiebre tifoidea, hepatitis A y recuerdo de tétanos. Correctamente vacunado en la infancia.

Comenta que realizó transgresión de las recomendaciones higiénico – dietéticas que se le dieron previas al viaje al final del mismo: bebió agua no embotellada y tomó alimentos del grupo de los que es intolerante, sobre todo leche. No refiere relaciones sexuales de riesgo, picaduras de insectos ni tampoco contacto con animales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El paciente en consulta muestra excelente estado general. Está bien hidratado y perfundido, consciente, orientado y colaborador.

Constantes vitales dentro de la normalidad y exploración por aparatos rigurosamente normal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y JUICIO CLÍNICO

En lo que respecta al diagnóstico diferencial, todas las siguientes enfermedades pueden estar implicadas en la aparición de fiebre y síntomas entéricos del viajero, desde malaria, cólera, hepatitis A, hepatitis B, fiebre tifoidea, fiebre amarilla, dengue, gastroenteritis del viajero etcétera. Los virus Zika y Chikungunya serían opciones menos probables debido a la ausencia de síntomas articulares.

El juicio clínico es por tanto: fiebre del viajero en paciente que ha realizado viaje internacional en la consulta de Atención Primaria.

CONCLUSIÓN

Tras contactar con la consulta de Enfermedades Infecciosas, se deriva al paciente a urgencias hospitalarias para completar estudio, sobre todo con el objetivo de descartar malaria, a pesar de la estabilidad clínica y el control de la mayoría de síntomas.

En urgencias hospitalarias se realiza estudio con gota gruesa negativa, sin alteraciones en analítica.

Como conclusión, recalcar que la fiebre del viajero requiere identificación del caso, así como estudio lo más rápido posible para intentar abordarlo de la manera más eficiente a nuestro alcance.

BIBLIOGRAFÍA

Gascón J, Corachán M. Fiebre en el viajero intercontinental. Medicina Integral. 2001; 37 (8), 354 -6. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-fiebre-el-viajero-intercontinental-12003815

Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Cited [20/08/19]. Available from: https://wwwnc.cdc.gov/travel

TEMA 78. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN Y LA FORMACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISPLINAR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

ARÁNZAZU RODRÍGUEZ POLA
JÉSICA MARA LÓPEZ POLA
ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ
MONTSERRAT DÍAZ MARTÍNEZ

ÍNDICE

- Razonamiento sobre el tema
- Introducción a la atención primaria
- El centro de salud
- El paciente
- Los profesionales
- Conclusiones
- Bibliografía

RAZONAMIENTO SOBRE EL TEMA

Nosotras como grupo de TCAES y celadores, exponemos nuestra impresión sobre el tema de comunicación y formación en los equipos multidisciplinarios en los centros de atención sanitaria.

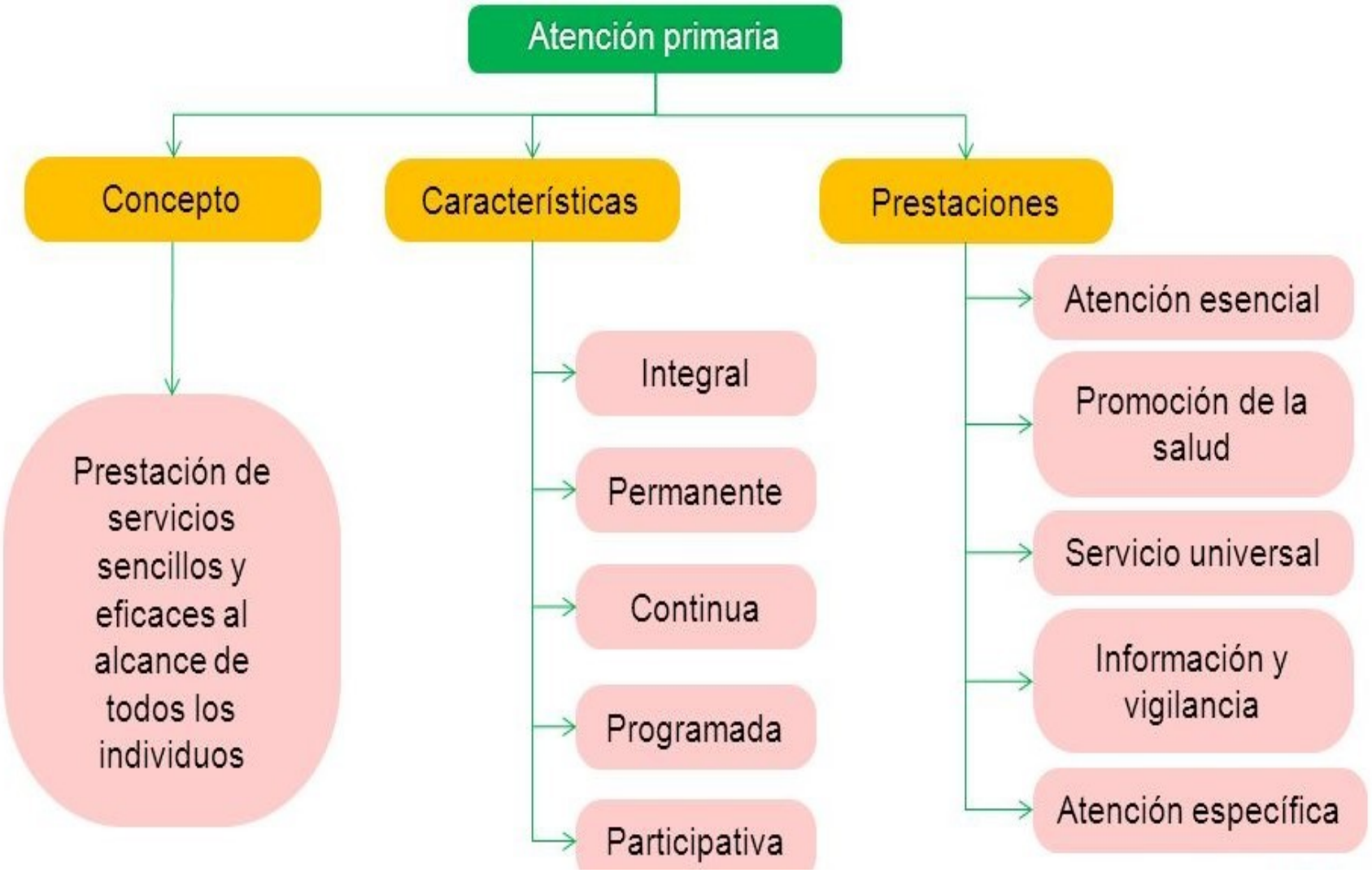
Contrastando nuestras experiencias y exponiendo en este capítulo aspectos que consideramos importantes para una buena atención al paciente.

En nuestra experiencia en centros de salud, hemos observado que en ciertos casos, el paciente no sabe cuales son los pasos a seguir para gestionar su cita.

El equipo sanitario, en ocasiones no realiza sus funciones empatizando con el paciente y/o comunicándose de manera correcta.

INTRODUCCIÓN

La atención primaria, es el servicio de salud al que toda persona tiene derecho.
Con los años, la atención primaria a mejorado mucho en los servicios ofrecidos a los pacientes.
En 1825 se crea la atención primaria para las personas mas desfavorecidas.
La atención primaria es consolidada cuando se unen al equipo los profesionales de pediatría, ginecología y psicología, incluyendo también rotaciones de un año en dichas especialidades, consideradas básicas.
En el año 2003 ya son 57 especialidades las que componen la atención primaria y a partir de este año empiezan a darse cursos para su mejor formación.


Atención primaria
Concepto
Características
Prestaciones
Prestación de servicios sencillos y eficaces al alcance de todos los individuos
Integral
Permanente
Continua
Programada
Participativa
Atención esencial
Promoción de la salud
Servicio universal
Información y vigilancia
Atención específica

EL CENTRO DE SALUD

1-¿Que es un centro de salud?

Un centro de salud es el lugar donde se realiza a la atención sanitaria de la población. El tipo de asistencia sanitaria puede variar según el centro y la región.

2-¿Quien compone el centro de salud?

No todos los centros de salud disponen del mismo personal sanitario, ya que depende de la población censada en la zona de atención del centro. Los servicios serán:

El personal mínimo :
Medico medicina general
Enfermería
Pediatría
Tcae
Celador
Personal administrativo
Personal de limpieza

En otros casos, también puede existir:
Trabajador Social
Psicólogo
Dentista
Matrona
Fisioterapeuta

EL PACIENTE

El paciente del centro de salud, debe pedir cita al servicio que requiera, ya sea vía telefónica, internet o presencial.
Para esto, deberá saber su número de la seguridad social, especificado en la tarjeta sanitaria.
Una vez que tenga su cita en el servicio necesitado, acudirá a la hora adjudicada en el centro.
Al llegar tendrá personal que le indicará el sitio donde está su lugar . En este caso, el celador le acompañará si hiciera falta en caso de no saber llegar o necesitar traslado.
Una vez ubicado, deberá esperar a ser llamado. Cuando entre en la consulta expondrá su caso, para que el profesional pueda ofrecerle una solución que considere necesaria para solucionar su afección.

LOS PROFESIONALES

Los profesionales de los centros de salud de atención primaria, deben funcionar como equipo, ya que en muchas de sus funciones dependen unos de otros.

Deben de tener una formación técnica, pero también y no menos importante una formación sobre la comunicación, la empatía y la comprensión, tanto al paciente como con su equipo.

El paciente cuando se dirige al centro de salud, va nervioso por la incertidumbre del malestar, y en estos casos, el profesional sanitario, debería de tener una base para saber tratar al paciente con empatía, al igual que saber comunicarse de manera correcta tanto efectiva como afectivamente. El profesional, deberá por lo tanto, aportar al paciente tranquilidad, sensación de seguridad y así poder darle todas las indicaciones o herramientas para resolver su dolencia o duda

CONCLUSIONES

Recopilando a toda la información que tenemos a nuestro alcance y expuesta aquí, sacamos como conclusión, que es muy importante que el paciente que llega al centro de salud esté informado y atendido por lo profesionales sanitarios de dicho centro.

Que el profesional sanitario, esté formado correctamente tanto en el ámbito técnico como en la comunicación.

Ya que, cuanto mas formado esté en dichos campos, mejor realizará su trabajo y su trato hacia las personas que acuden a el.

BIBLIOGRAFÍA

- kidshealth.org [actualizado septiembre de 2014]. Disponible: https://kidshealth.org/es/parents/primary-care-physician-esp.html
- es.slideshare.net[publicado el 17 de noviembre de 2017].Disponible: https://es.slideshare.net/BiankaLizethTorrezAl1/historia-de-la-atencion-primaria-en-salud
- fundaciongasparcasal.wordpress.com[publicado el 1 de Octubre de 2018] Disponible: https://fundaciongasparcasal.wordpress.com/2018/10/01/atencion-primaria-de-salud-1978-2018-como-nos-ha-ido/
- slideplayer.es[actualizado en 2016] Disponible: https://slideplayer.es/slide/10402048/

TEMA 79. INFLUENCIA DEL DOLOR CRÓNICO EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA E INTERVENCIÓN DESDE UN ENFOQUE DE TERAPIA OCUPACIONAL.

PATRICIA GARCÍA PÉREZ

PATRICIA RUIZ CASTILLA

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **CAPÍTULO 1. Aspecto físico y anatómico del dolor crónico**
- **CAPÍTULO 2. Aspecto psicológico y emocional del dolor crónico**
- **CAPÍTULO 3. Dificultades y limitaciones en las Actividades de la Vida Diaria y Dolor Crónico**
- **CAPÍTULO 4. Intervención en las Actividades de la Vida Diaria desde la Terapia Ocupacional**
- **CONCLUSIÓN**

INTRODUCCIÓN

El dolor era considerado hace décadas como un fenómeno unidimensional, es decir, que la cantidad de daño producido provocaba en consecuencia una sensación de dolor. A través de los años, el dolor ha evolucionado hasta considerarse un fenómeno multidimensional, poniendo de manifiesto que el dolor crónico puede deberse a multitud de causas y no solo al mecanismo de nocicepción.

El dolor crónico tiene un significante impacto en aquel que lo sufre, tanto en el ámbito familiar como individual, psicológico y social, provocando importantes descensos de la autoestima e inactividad, depresión, problemas para conciliar el sueño, frustración y reducción de la líbido, además de las consecuencias en la familia, en la sociedad y en el trabajo.

El dolor, especialmente el dolor crónico, es la causa más frecuente de incapacidad y constituye un importante problema de salud y socioeconómico por los gastos sanitarios y la pérdida laboral que produce. Nunca hay que olvidar que el dolor es un fenómeno totalmente subjetivo e individual, por lo que afectará en cada persona de una manera y con un distinto nivel de intensidad y consecuencias diferentes.

La importancia del dolor crónico viene dada por la alta frecuencia en la que aparece en la práctica médica. En España, aproximadamente una de cada cuatro personas sufre dolor crónico. El dolor de espalda es uno de los dolores más frecuentes y de hecho, se estima que entre un 60 y 80% de la población lo ha padecido alguna vez a lo largo de su vida. (1) En el año 2010, un estudio demostró que cada médico español atiende al mes a un promedio de 181 pacientes que acuden a consulta por motivos de dolor, la mayoría de ellos con dolor crónico moderado (51,3 personas por mes).

Este estudio sobre la epidemiología del dolor crónico en España realizado en 2010 estimó la prevalencia del dolor crónico general en un 12%, dolor de espalda 14.7%, fibromialgia 1.4-2.4%, artritis reumatoide 0.5% y dolor neuropático 3.9%.

Estudio	Características del dolor	Prevalencia	Población adulta en España (38,207,800)
Dolor crónico general			
Breivik et al. 2006	Dolor crónico moderado/severo	12%	4,584,936
Miro et al. 2007	Dolor crónico de más de 3 meses	65-74 años 70.8% 75-84 años 71.9% ≥85 años 72.1%	

Según este estudio, la duración del dolor crónico no cancerígeno es por lo general de 6.6 a 9 años (la fibromialgia obtuvo una duración media de 9 a 13 años y la osteoartritis y la artritis reumatoide obtuvieron una duración media de 6 a 14 años).

Además, en este estudio se considera que el impacto del dolor crónico en la calidad de vida y las actividades de la vida diaria tiene consecuencias altamente negativas en la población española. El dolor crónico afecta a todas las áreas, aunque los efectos varían según la edad, género, tipo de dolor, duración de la enfermedad y satisfacción con el tratamiento. Así, los enfermos de dolor crónico informan de disfrutar de una menor calidad de vida que aquellos con dolor agudo. En pacientes mayores de 65 años con dolor no cancerígeno, la prevalencia de la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria es del 48.6%. (2)

En conclusión, podemos afirmar que el dolor crónico tiene un impacto importante en la calidad de vida, afectando a todas y cada una de las áreas y provocando sufrimiento y discapacidad en aquellos que lo sufren.

La contribución que aporta la terapia ocupacional es la aplicación de valores centrales, conocimiento, y habilidades para ayudar a los clientes (personas, organizaciones y poblaciones), a comprometerse con las actividades de la vida diaria u ocupaciones que ellos quieren y necesitan hacer de forma que apoyen la salud y la participación. Y qué mejor manera de incrementar su calidad de vida que incidiendo directamente sobre las actividades de la vida diaria. (3)

CAPÍTULO 1. Aspecto físico y anatómico del dolor crónico

Definición

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define esta sensación como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, que se asocia a daño tisular real o potencial, o que se describe en los términos de dicho daño”.

El dolor se divide según la neurofisiología en dos tipos:

- El dolor nociceptivo está causado por la lesión de estructuras sensibles al dolor. Anatómicamente, el dolor tiene su inicio en las fibras aferentes, que se encargan de recoger el estímulo doloroso desde los diferentes tejidos para transportarlo hasta el sistema nervioso central (primer eslabón de la vía nociceptiva). Así, registran y codifican los estímulos dañinos a través de las terminaciones nerviosas libres denominadas nociceptores, que se distribuyen por la superficie corporal y los tejidos internos. (4)

Por lo tanto, el dolor se produce por la activación de los nociceptores (fibras A delta y C) por estímulos nocivos (mecánicos, químicos o térmicos). Los nociceptores se sensibilizan por estímulos químicos endógenos (sustancias alógenas) como serotonina, sustancia P, bradicinina, prostaglandinas e histamina. Este tipo de dolor puede subdividirse en dolor somático y visceral, según el grupo de nociceptores que se active (el dolor nociceptivo somático se transmite por las fibras sensoriales y el visceral por las fibras autonómicas). (5)

- El dolor no nociceptivo, puede ser neuropático y psicógeno. La causa del dolor neuropático es la generación ectópica de impulsos nerviosos en membranas hiperexcitables de fibras lesionadas. En este caso, el impulso ocurre en un axón nociceptor provocando la experiencia consciente de dolor.

Así, el dolor neuropático se divide en periférico y central, según el lugar del sistema nervioso que se considere la causa de la persistencia de dolor (la activación de nociceptores tipo C provoca la sensación de dolor quemante y la activación del tipo A delta provoca un dolor punzante). (6)

Por otro lado, se considera dolor psicógeno cuando es imposible identificar un mecanismo nociceptivo o neuropático y hay suficientes síntomas psicológicos para cumplir con los criterios de afección con dolor somatiforme, depresión y otros de la categoría diagnóstica DSM-IV que se relacionan con las quejas de dolor. (5)

Esta lineabilidad (lesión es igual a dolor) no se cumple siempre en el dolor crónico, y sobre todo en el dolor neuropático.

La razón es que si es necesario que se mantenga indemne la vía conductora para que una percepción sensorial mantenga íntegra su función, cabría suponer que el daño parcial o total de esta vía tendría como consecuencia una disminución o interrupción de la señal. Sin embargo, cuando se lesionan las neuronas que transportan la sensación dolorosa se desencadenan una serie de perturbaciones que lejos de disminuir el síntoma lo agudizan, lo transforman e incluso crean sensaciones en ausencia de estímulo. Por lo tanto, en el dolor crónico la percepción dolorosa no sigue una relación proporcional con el daño. Esto se manifiesta en muchos pacientes en los que el sueño o la mera distracción son más efectivos que las maniobras terapéuticas, técnicas que usaremos desde la terapia ocupacional para aliviar el sufrimiento. (4)

Patologías más frecuentemente relacionadas con dolor crónico

Existen diferentes clasificaciones que recogen las patologías que se relacionan con el dolor crónico. La siguiente clasificación muestra las patologías provocadoras de dolor crónico benigno que aparecen más frecuentemente en nuestra población según la Fundación Internacional del Dolor (FID):

- Fibromialgia. La fibromialgia es un síndrome clínico caracterizado por dolor difuso crónico y múltiples puntos dolorosos en el músculo y otros tejidos blandos. Esta patología, debido a la tensión muscular, las posturas antiálgicas, la evitación de la actividad, la desesperación y la incapacidad, el estrés, la ansiedad y la angustia, puede desembocar en artritis inflamatoria, lumbalgia, atrofia muscular, osteoporosis, perturbación del sueño y depresión, entre otras. La mayor parte de las personas afectadas son mujeres de entre 35 y 45 años, sobre todo trabajadoras que

doblan o triplican sus responsabilidades, aunque también se da en hombres, pero son casos más excepcionales. (7)

- Lumbalgia. Es el dolor crónico más frecuente en la especie humana, debido a la bipedestación. Se manifiesta con fuertes dolores en la parte inferior de la columna, pudiéndose extender a glúteos e incluso a la parte posterior de las piernas (ciática), lo que en ocasiones nos impide permanecer erguidos. (8) Suele producirse por tensión en la espalda debido a traumatismos menores, microfracturas por osteoporosis, levantar objetos pesados o estar a punto de caerse y querer mantener el equilibrio. Así, el tipo de dolor que se padece varía según la estructura afectada. (5)
- Ciática. Es el dolor del nervio ciático. Viaja por la parte posterior de los miembros inferiores. La causa más frecuente es la artrosis en las articulaciones de las vértebras, aunque a la larga puede haber problemas discales de pinzamientos y hernias discales. (8)

- Artrosis de rodilla. El dolor por artrosis de rodilla es el segundo más frecuente entre la población. Se debe al igual que el primero a la bipedestación, ya que todo el peso del cuerpo recae sobre las rodillas. Los factores que pueden agravar este problema son el sobrepeso, las desviaciones de la columna, tener una pierna más larga que la otra, pisar mal, o padecer algún tipo de cojera. (8) La osteoartritis o artrosis afecta principalmente al cartílago y esta estructura pierde sus propiedades mecánicas por degeneración o degradación. La existencia de esta patología en las manos puede llegar a provocar los nodos de Heberden y de Bouchard, consistentes en masas óseas osteoartríticas. (5)
- Cervicoalgias. Es el dolor de las raíces nerviosas que salen a través de las vértebras cervicales por compresión debido a un pinzamiento, normalmente a causa de la artrosis de las carillas articulares, o a una mala posición de las vértebras. Su dolor en ocasiones origina cefaleas tensionales, vértigos, zumbidos en oídos, dolor en los

hombros y brazos y hormigueo en las manos, según sea la raíz nerviosa afectada. (8)

- Hombro doloroso. El hombro puede doler cuando se produce una artrosis a nivel de la articulación y/o la bolsa subacromial, y/o el ligamento supraespinoso la cual se lesiona con mucha frecuencia cuando el hombro se traumatiza, se coge peso o se hacen esfuerzos. (8)
- Osteoporosis. La osteoporosis en un principio no produce dolor, por eso se le ha llamado “enfermedad silente”. El dolor en la osteoporosis se produce sobre todo a consecuencia de las fracturas, y más concretamente, aplastamientos en las últimas vértebras dorsales. Se presenta con mayor frecuencia en las mujeres y a partir de los 60 a 70 años. La causa más importante es la falta de secreción de estrógenos que ocurre durante la menopausia o esterilización temprana de la mujer. (8)

- Epicondilitis o codo de tenista. Dolor en la parte externa del codo causado por microtraumatismos continuos. Entre estos, algunos deportes como el tenis, el pádel o el golf. También en personas que cojan pesos en determinadas posturas, como puede ser, levantar enfermos o dar el brazo de forma habitual a personas disminuidas sirviendo de apoyo. (8)
- Dolor neuropático. O enfermedad de las vías nerviosas propiamente dichas. Se produce cuando las mismas raíces nerviosas, las vías que tienen que transmitir dolor, están enfermas. El síntoma principal es una sensación quemante o como una descarga eléctrica producida principalmente por el simple roce de una tela, del agua, del viento, etc., más que por presión. Las enfermedades más frecuentes que originan esta lesión son el herpes, el miembro fantasma, atrapamientos nerviosos, vulvodinias, traumatismos nerviosos, etc. (8)

- Neuralgia del trigémino o dolor de media cara. Este dolor puede producirse en diversas zonas, según sea la primera, segunda o tercera rama del trigémino. La primera rama engloba el ojo y la frente. La segunda, el maxilar superior y la tercera, la barbilla y el maxilar inferior. Cuando es la primera rama y su origen es por irritación de los nervios posteriores de la cabeza que provienen de las cervicales (cefalea tensional), la llamaremos cefalea neurálgica. (9)
- Miembro fantasma. Es el típico dolor que sufren los pacientes en las extremidades, después de haber sido amputadas. Las raíces nerviosas que tienen que llegar a la superficie de esta, están cortadas. Desde ese corte llega una información errónea, que se traduce en dolor, en la médula y en la corteza cerebral, porque los miembros no existen. (8)

- Atrapamiento nervioso. Es bastante frecuente en sus múltiples variedades. Una causa de este dolor son las pequeñas raíces nerviosas comprimidas en las cicatrices de una operación. La cicatriz está formada por tejido conjuntivo que se llama fibrosis, la cual puede englobar y comprimir una raíz nerviosa, produciendo dolor de difícil diagnóstico porque se irradia hacia otros lugares y se refleja. (8)
- Cefaleas. Las cefaleas se podrían clasificar en migrañas, cefaleas tensionales y neuralgias. Casi la mayoría de las personas la experimenta en algún momento y cerca del 40% de la población ha tenido un episodio durante el último año. La cefalea tensional consiste en ataques recurrentes de dolor de cabeza y las causas se hallan en las raíces cervicales de las vértebras segunda y tercera. La cefalea migrañosa tiene lugar cuando el paciente nota pulsaciones y la causa es la dilatación de las arterias de las meninges. Por último, las neuralgias se producen por irritación de la primera rama del trigémino. (8)

- Vulvodinia. Se ha denominado con este nombre, a un cortejo de síntomas entre los cuales se encuentra el dolor en la vagina y/o la vulva, que a veces llega hasta el ano, recorriendo la fascia perineal. (7)

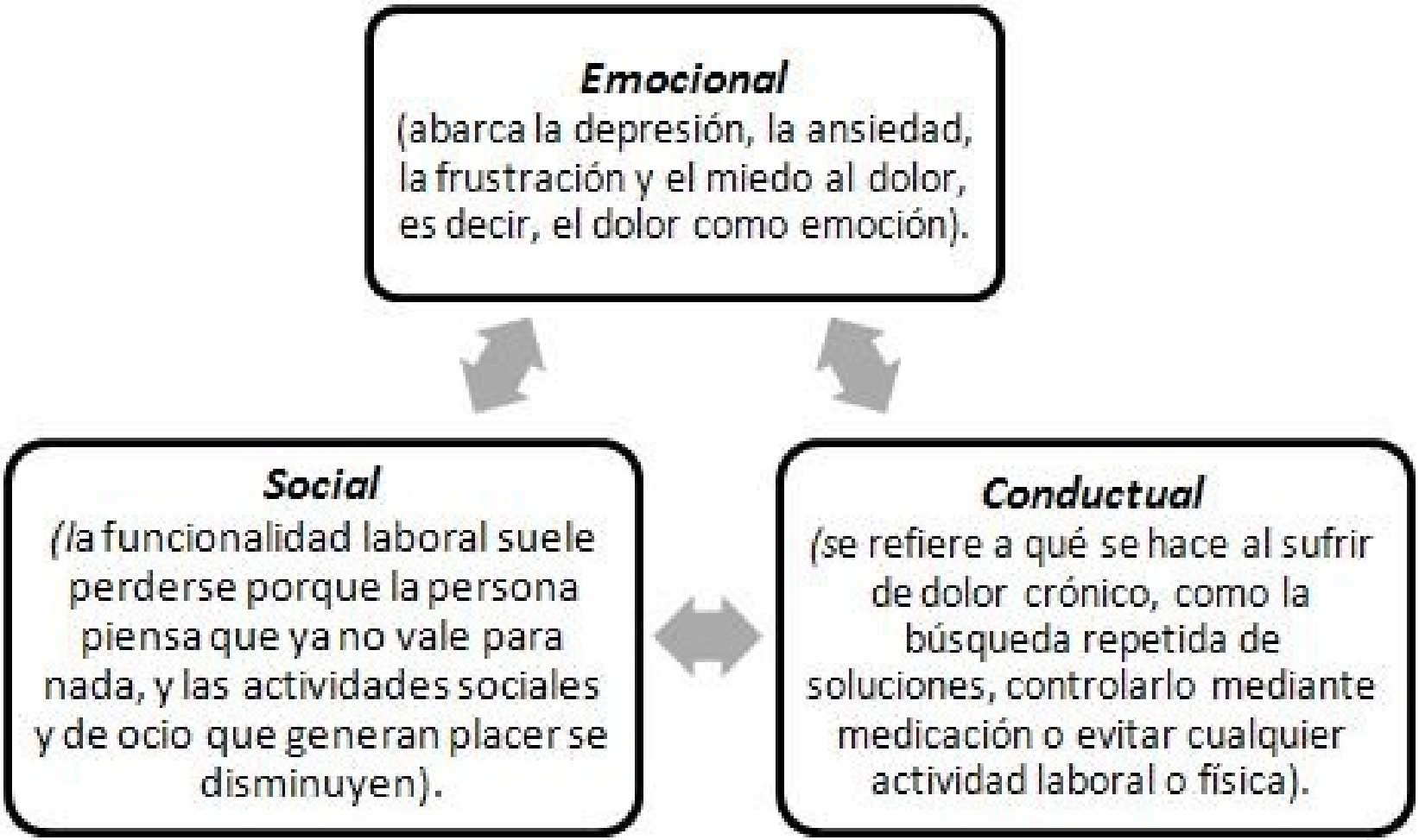
Además, añadiré a las patologías anteriores la artritis reumatoide, dada su importancia y frecuencia en la población:

- Artritis reumatoide. La artritis reumatoide y la osteoartritis son las dos formas más comunes de artritis y en ocasiones su predilección hacia articulaciones semejantes hace que se confundan. Provocan dolor, inflamación y limitación en la movilidad de las articulaciones afectadas. Sin embargo, la fisiopatología es muy diferente. La artritis reumatoide es una enfermedad de carácter inflamatorio que al principio afecta a la membrana sinovial y posteriormente al cartílago, llegando a causar por ejemplo, hombro doloroso. (5)

En este caso no será expuesto el dolor oncológico debido a sus aspectos específicos que lo diferencian del dolor crónico benigno.

CAPÍTULO 2. Aspecto psicológico y emocional del dolor crónico

La importancia de describir el aspecto emocional y psicológico en el dolor crónico viene dada por la repercusión de esta patología sobre este aspecto, debido principalmente a que se trata de una experiencia desagradable que perdura en el tiempo y que acaba deteriorando en mayor o menor medida la calidad de vida del aquejado. La experiencia de dolor crónico es compleja pero podemos distinguir tres niveles:


Emocional
(abarca la depresión, la ansiedad, la frustración y el miedo al dolor, es decir, el dolor como emoción).
Social
(la funcionalidad laboral suele perderse porque la persona piensa que ya no vale para nada, y las actividades sociales y de ocio que generan placer se disminuyen).
Conductual
(se refiere a qué se hace al sufrir de dolor crónico, como la búsqueda repetida de soluciones, controlarlo mediante medicación o evitar cualquier actividad laboral o física).

Según abordaron el dolor Melzack y Wall en la Teoría de la puerta de control de 1965, el dolor es una entidad compleja mucho más complicada que un mero mecanismo de transmisión neurológica. Esta teoría defiende que en la médula espinal existe un mecanismo que funciona como una puerta que puede abrirse o cerrarse facilitando o impidiendo la transmisión del dolor. (10) Así, la percepción y experiencia del dolor están compuestas por tres dimensiones básicas:

Sensorial-discriminativa	Motivacional-afectiva	Cognitivo-evaluativa
• Esta dimensión implica la transducción, transmisión y percepción del dolor (con su intensidad, localización y magnitud) desde la periferia hasta la corteza cerebral, donde la sensación se hace consciente. Es decir, esta dimensión se refiere a las características físicas del estímulo. Así de forma relevante en Terapia ocupacional, podríamos abordar esta dimensión desde la atención y la percepción, pudiendo acentuar o disminuir la experiencia de dolor.	• Tiene como función caracterizar la experiencia de dolor como tolerable o aversiva, según la implicación del componente emocional. Es decir, alude a las emociones desagradables asociadas al dolor. Por este mecanismo, el estado anímico es capaz de generar un ambiente "químico" alrededor de las uniones neurológicas, armonizando o potenciando la percepción dolorosa. Por lo tanto, esta dimensión depende del estado emotivo-motivacional y de los cambios de comportamiento.	• El dolor tiene un gran contenido sintomático, es decir, se interpreta como señal de enfermedad limitante, evolutiva, invalidante o de riesgo vital, confiriendo esta tercera dimensión que implica una transcripción anímica y que asigna al estímulo un grado de virulencia según la interpretación de sus consecuencias vitales inmediatas o diferidas. Por lo tanto, esta dimensión integra y modula las dos dimensiones anteriores y se refiere a la interpretación y valoración global que se hace del dolor, entrando en juego las experiencias anteriores, pensamientos, creencias, valores y otras variables cognitivas.

Se puede apreciar que esta teoría defiende que la sensación se puede modificar a través de la médula (relajación, por ejemplo) pero también los centros superiores del cerebro pueden aumentar o disminuir las señales de dolor. De esta teoría nacieron otras como la *Neuromatriz* o el *Esquema de dolor*, todas ellas defendiendo la conexión existente entre las tres dimensiones y el papel del procesamiento del dolor de los centros superiores del cerebro, abriendo así una posibilidad de tratamiento desde la Terapia Ocupacional. (10) Pero, ¿cómo el dolor agudo puede convertirse en dolor crónico? Muchas teorías se dirigen a responder esta pregunta, como lo hizo el *Modelo operante del dolor crónico* de Fordyce, que defiende que la cronicidad surge de dos mecanismos: de la *asociación* de la sensación dolorosa con una serie de posturas y gestos de forma que estos podrán volver a provocar la sensación dolorosa, y al mismo tiempo de las *consecuencias* positivas que tienen esos comportamientos (no ir al trabajo, compensación económica, no hace las tareas que no te gustan, etc.).

A raíz de esta teoría, al considerarse insuficiente por la ausencia del papel emocional, se han creado numerosas teorías que pretenden completarla, como el *Modelo cognitivo-conductual* y el *Modelo transaccional del Estrés.* Y es que lo que queda claro de todo esto es que el dolor es un concepto multidimensional en el que intervienen todas las dimensiones de la persona y del entorno, que requiere un enorme tesón y valentía, y al cual no todos los pacientes consiguen adaptarse satisfactoriamente. (10)

Definición

El dolor se define como una experiencia emocional desagradable. Este se asocia a emociones negativas naturalmente por su función adaptativa, por lo que produce alteraciones en el estado de ánimo y provoca que aquellos que lo padecen consuman habitualmente antidepresivos y ansiolíticos. (10)

Así como la ansiedad se vincula más a menudo con lesión y dolor agudo, se considera que la depresión es la respuesta emotiva más frecuente ante el dolor crónico. Se observan síntomas de depresión significativa del 30 al 87% de pacientes con dolor crónico y cerca del 35% de los mismos cumple con los criterios de depresión grave, presentando también fatiga generalizada, insomnio y alteración de la concentración, pudiendo llegar al riesgo de suicidio. (5) El porqué de que algunas personas no desarrollen depresión parece deberse a dos mecanismos:

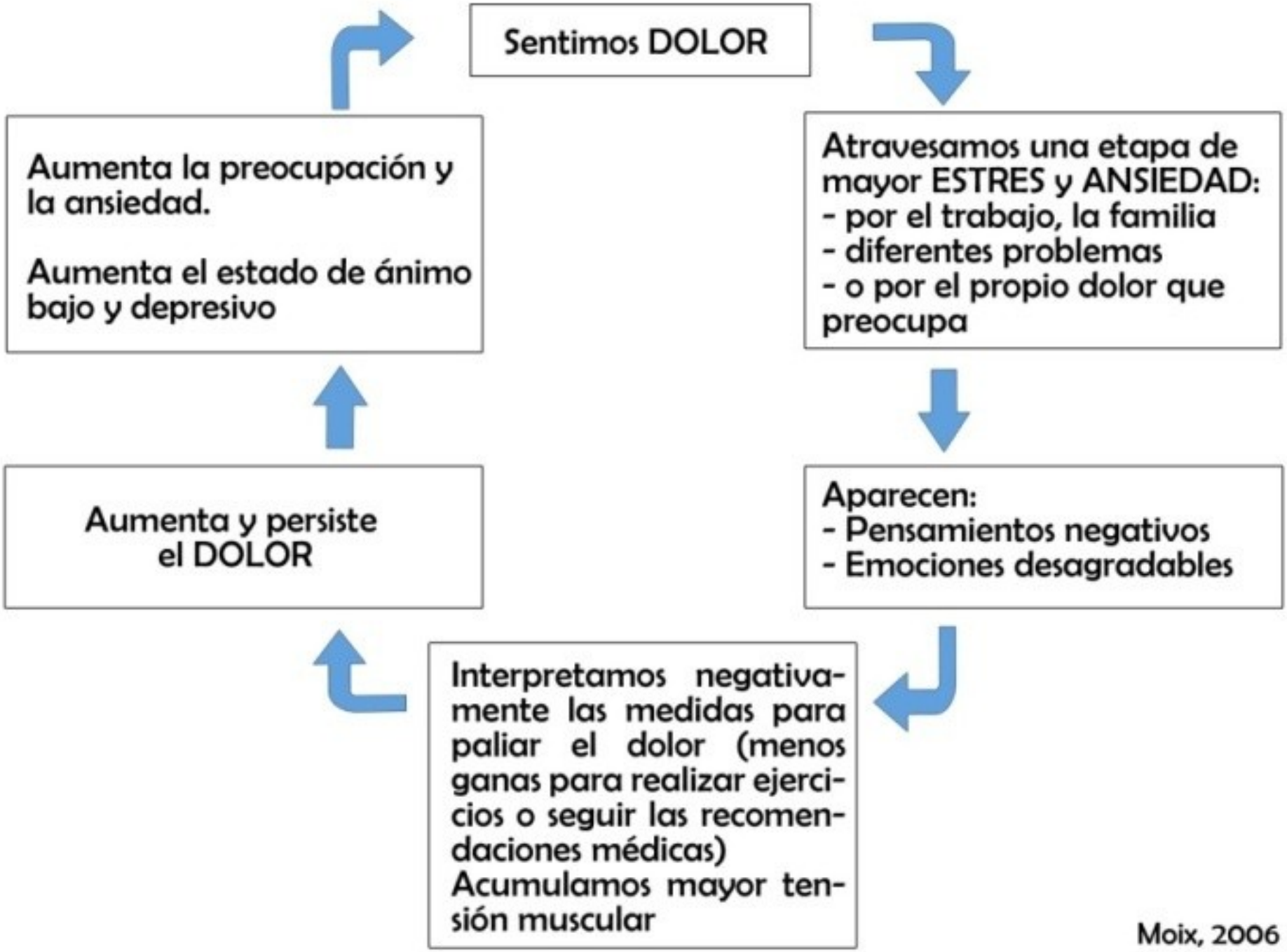
- Vulnerabilidad en cuanto a actividades placenteras. A causa del dolor, los pacientes abandonan la mayoría de las actividades placenteras que anteriormente eran la fuente de su satisfacción (dejan de salir y de relacionarse, se deterioran las relaciones sexuales, dejan de leer, etc.).

Así, las personas que antes de empezar a padecer dolor crónico disfrutaban de pocas actividades, contaban con pocas fuentes de satisfacción y pocas habilidades para conseguir del ambiente esas satisfacciones, son más vulnerables a desarrollar depresión.

- Vulnerabilidad cognitiva. Es decir, determinadas formas de pensar harían a los pacientes con dolor crónico más proclives a desarrollar una depresión. Determinadas investigaciones demuestran que las personas enfrentadas a dolor crónico que tienden a pensar que lo que les ocurre en su vida no depende de ellos son más proclives a desarrollar depresión, ya que sienten que no pueden hacer nada para salir de la situación que les ha tocado vivir. (10)

Aceptación de la enfermedad

La aceptación del dolor crónico hace referencia a reconocer que se tiene dolor, abandonar los esfuerzos improductivos para controlarlo, actuar como si el dolor no implicase necesariamente discapacidad, y ser capaz de comprometerse con esfuerzos dirigidos a vivir una vida satisfactoria a pesar del dolor. El gran problema de este aparece debido al llamado círculo vicioso del dolor crónico, ya que por la intensidad del dolor, la persona afectada evita las actividades menos placenteras, provocando a su vez mayor debilidad muscular y ansiedad, lo que favorecerá el aumento de dolor en las siguientes tareas que realice y aumentará la sensación de miedo al dolor. De este modo, el miedo a sentir dolor conllevará de nuevo a la evitación de la actividad. Por ello, aceptar el dolor y controlarlo realizando actividades, es de máxima importancia para que la calidad de vida se vea deteriorada lo más mínimamente posible. (12)


Sentimos DOLOR
Atravesamos una etapa de mayor ESTRES y ANSIEDAD:
- por el trabajo, la familia
- diferentes problemas
- o por el propio dolor que preocupa
Aparecen:
- Pensamientos negativos
- Emociones desagradables
Interpretamos negativamente las medidas para paliar el dolor (menos ganas para realizar ejercicios o seguir las recomendaciones médicas)
Acumulamos mayor tensión muscular
Aumenta y persiste el DOLOR
Aumenta la preocupación y la ansiedad.
Aumenta el estado de ánimo bajo y depresivo

Moix, 2006

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO Y ACTIVIDAD

Como hemos dicho anteriormente, el gran problema del dolor crónico es que suele acompañarse de una disminución importante de la actividad física, por lo que desde la Terapia Ocupacional debemos incidir directamente en este aspecto. Esto no quiere decir que todo paciente con dolor crónico presente este tipo de evitación de la actividad, como suele ocurrir con las cefaleas, pero sí que es uno de los aspectos que aparecen más frecuentemente. En este caso, para contribuir a la normalización del nivel de actividad, aconsejaremos siempre al paciente sobre las ventajas de aumentar el ejercicio físico y los riesgos de la evitación de la actividad. Como Terapeutas Ocupacionales, cuando sea necesario, podríamos incluir al paciente en un programa de rehabilitación funcional con el objetivo de conseguir lo que constituye el estilo de vida normal o deseable del paciente.

Este programa debe influir en todos los ámbitos de la vida del paciente con dolor crónico, como ABVD, AIVD, ocio y tiempo libre, con la finalidad de prepararse para las actividades a realizar después del tratamiento y reconstruir un repertorio de habilidades, no practicadas durante largo tiempo a raíz de la aparición del dolor crónico. Además se pretende que el paciente adquiera seguridad y convencimiento de que moviéndose y realizando tareas no va a experimentar un incremento de dolor y romper así el círculo vicioso de la evitación de la actividad. También puede iniciarse un programa de Terapia Ocupacional orientada a hacer que el paciente pueda reemprender la actividad laboral. (13)

LA MEMORIA

Es muy frecuente en pacientes aquejados de dolor crónico que se presenten problemas de memoria, y que cuanto mayor sea el tiempo que se ha lidiado con dolor crónico, mayor sea el deterioro. En algunos casos estos problemas de concentración y memoria se asocian a la depresión y a la ansiedad que sufre el enfermo día a día por la interferencia del dolor en las actividades diarias. Determinados pacientes plantean que la falta de memoria puede deberse a la medicación que les es administrada pero en cambio, varios estudios demuestran que ni la medicación ni el estado de ánimo se asocian a este problema, por lo que se prevé que la causa puede encontrarse en la presencia de alteraciones en los mecanismos de atención.

Algunos estudios demuestran que el recuerdo de los pacientes con dolor crónico está sesgado hacia información relacionada con el dolor, y del mismo modo, al presentarles información ambigua, estos pacientes la procesan como información relacionada con el dolor. Ambos efectos son independientes a la intensidad de la depresión o ansiedad existente. (10) En definitiva, la memoria aparece afectada por una focalización de la atención del paciente en el sentimiento de dolor, lo que conlleva a una afectación de la memoria a corto plazo, creando sentimientos de incapacidad en el paciente y baja autoestima. Debido a esto, desde Terapia Ocupacional es interesante incluir en los programas de dolor crónico sesiones de memoria cuyos objetivos específicos podrían ser: aprender cuál es la influencia de la falta de atención en la memoria, promover la desaparición de pérdida de memoria por focalización de la atención en el dolor, trabajar la atención sostenida y memoria a corto plazo y disminuir el sentimiento de incapacidad y falta de autoestima.

CAPÍTULO 3. Dificultades y limitaciones en las Actividades de la Vida Diaria y Dolor Crónico

El dolor crónico influye irremediablemente en las Actividades de la Vida Diaria, provocando una limitación cuya magnitud dependerá de la relación entre la intensidad del dolor y su interferencia, pudiendo alcanzar tal elevada intensidad de dolor que produzca la interrupción de las actividades y de la concentración. Aunque en nuestra profesión el quehacer diario siempre ha sido un objeto de máximo interés, sabemos que esta tarea nunca ha sido ni es exclusiva de la Terapia Ocupacional. Así, la AOTA refleja la definición de Actividades de la Vida Diaria en la última edición del marco práctico de Terapia Ocupacional, del siguiente modo: “Actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo. AVD también se refiere a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Personales de la Vida Diaria (APVD).

Estas actividades son fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar".

Es en este mismo publicado donde se establece el propósito de los terapeutas ocupacionales por implicarse en las actividades de la vida diaria que consideren significativas y con propósito, usando el término de <<ocupación>> para capturar la amplitud y significado de estas. De este modo, definiría ocupación como un tipo de actividad caracterizada por tener significado y propósitos únicos en la vida del sujeto, por ubicarse en un lugar central en su experiencia vital, aportándole identidad y sentimiento de competencia. (14)

Debido a la importancia de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y al empeño de definir las implicaciones del dolor crónico en estas, es necesario recordar de cuáles se tratan (3):

- Bañarse, ducharse.
- Cuidado del intestino y vejiga.
- Vestirse.
- Comer.
- Alimentación.
- Movilidad funcional.
- Cuidado de los dispositivos de atención personal.
- Higiene personal y aseo.
- Actividad sexual.
- Aseo e higiene en el inodoro.

Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) pueden ser consideradas como elementos que favorecen la estructuración del tiempo, como sostén de la autonomía personal, como forma de expresión de la capacidad de acción de cada individuo en el mundo, como mecanismos de adaptación al medio, como señas de identidad personal, sexual o social que forman parte de la propia subjetividad y favorecen el sentimiento de pertenencia a un grupo, o como símbolos en la economía psíquica de un sujeto. No es el objetivo limitar la forma en la que pueden ser contempladas y utilizadas por cada terapeuta ocupacional, sino que será más bien la capacidad de análisis, formación, orientación y creatividad de este y sobre todo, el tipo de paciente y el encuadre en que trabaje, los factores que decidirán el camino que seguirá la intervención. (14)

De este modo, no debemos olvidar la individualidad del paciente y de su patología, además de diferentes factores como la edad, tipo de dolor, localización del dolor, tiempo que lleva sufriendo con la patología, personalidad, etc. que harán que cada intervención sea única y adaptada a dicho usuario.

Como propuesta, seguidamente se definirán los diferentes problemas y limitaciones que pueden aparecer en las Actividades Básicas de la Vida Diaria según la localización del dolor, debiendo repetir una vez más que no debemos olvidar la individualidad del paciente en el tratamiento y nuestro deber de mirar al ser humano desde su totalidad, desde un punto de vista holístico, considerándolo como un todo integrado y global, el cual en definitiva determina cómo se comportan las partes. Por lo tanto, para comprender el funcionamiento ocupacional de un determinado individuo no basta con analizar cada elemento por separado, sino que debemos tener en cuenta que estos se influyen entre sí.

Del mismo modo, el déficit de autonomía en las distintas actividades influirá en las demás pudiendo llegar a provocar un déficit en alguna otra. En este caso, hablaremos de cada actividad comprendida en la zona del cuerpo humano en la cual el dolor crónico afecta con más determinación en dirección céfalo-caudal.

Por último incidir en la importancia de la intensidad del dolor crónico que sufre el paciente, ya que según esta intensidad también variará la limitación que presente en las actividades básicas de la vida diaria. A más dolor, más limitación. Además, no debemos olvidar que en casos de pluripatología el dolor crónico cursará con más afectaciones que deberán estudiarse en su globalidad y que se influirán entre ellas deteriorando la autonomía del cliente.

Dolor crónico en zona cefálica

El tipo de dolor crónico más recurrente y frecuente en la zona cefálica es, sin ninguna duda, la cefalea, aunque tampoco podemos olvidarnos por su menor frecuencia de la neuralgia del trigémino. Este tipo de dolor crónico puede tener distintas consecuencias en el usuario que influirán inevitablemente en sus Actividades de la Vida Diaria. En casos de dolor de cabeza crónico, se ha demostrado en diferentes estudios que el estrés y una duración de sueño insuficiente son altamente influyentes para alcanzar un estado severo de dolor de cabeza. Por ello, es importante que como terapeutas ocupacionales recordemos al paciente el deber de respetar las horas de sueño y descanso. (15) El gran problema de las cefaleas, ya sean migrañas, cefaleas tensionales, o neuralgias, es que en los casos en que el dolor es fuerte influyen en todos los aspectos de la vida y en cada una de

las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, hasta el punto de impedirle a la persona el levantarse de la cama. Lo cierto es que, aunque influye gravemente en la calidad de vida de la persona que lo sufre, la mayor influencia de la cefalea sobre la vida diaria la encontraríamos en las actividades de ocio y trabajo. (16) (17)

Centrándonos en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), podríamos hablar de la influencia del dolor crónico siempre y cuando la intensidad del dolor fuera tan intensa como para provocar una limitación en el paciente. En el caso de que este dolor fuera tan intenso, el usuario encontraría problemas en cualquier actividad que exigiera un movimiento significativo, y en el caso de las ABVD podríamos hablar principalmente de bañarse/ducharse, vestirse, alimentación, movilidad funcional, higiene personal y aseo y actividad sexual. Una cefalea crónica con considerable intensidad de dolor provocaría una apatía en el usuario que podría conllevar a la evitación de la actividad. De ahí la importancia

de la planificación y del establecimiento de rutinas.

De este modo, debido a la complejidad de las cefaleas crónicas, esta patología debe de ser tratada por equipos multidisciplinares especializados en dolor que cuenten con médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, entre otros profesionales de la salud.

En casos de cefalea, la ingestión de cafeína incrementa la eficacia de los analgésicos, por lo que los pacientes suelen tomar la pastilla con una taza de café. Por ello, se aconseja limitar el consumo de café a los días con cefalea. (18) Otros tratamientos no farmacológicos pueden ser las técnicas de relajación para controlar la tensión, la terapia cognitiva y conductual (convencer al paciente que participe de manera activa en el tratamiento, logrando un mayor autocontrol y obteniendo destrezas de adaptación para mitigar el

sufrimiento), cambios ergonómicos (algunos factores posturales contribuyen a la cefalea), ingestión regular de alimentos, patrones de sueño congruentes y el ejercicio, además de los analgésicos y una adecuada hidratación. (5)

Dolor crónico en tronco

Puede deberse a muy diferentes problemas, por lo que la ubicación, profundidad e irradiación del dolor proporcionan indicios útiles.

- Cervicoalgia crónica. La columna cervical es el segmento más móvil de la columna vertebral, y por tanto, uno de las zonas en las que más frecuentemente aparece dolor. En condiciones de trabajo, las grandes demandas cuantitativas y el escaso apoyo de compañeros suponen un factor de riesgo para padecer dolor de cuello. Otros ejemplos de desencadenantes de cervicoalgia podrían ser un accidente de

coche que produjera la lesión de latigazo o diferentes patologías como la espondilosis. Como precaución es importante la realización de ejercicio físico, y desde terapia ocupacional debemos incidir en la ergonomía postural. (15) También puede aparecer dolor crónico por la existencia de fibromialgia, que presenta puntos dolorosos en las inserciones del músculo suboccipital y en la cara anterior de los espacios intervertebrales C5-C7. (19)

Como ya dijimos con anterioridad, una cervicoalgia provocará una mayor limitación cuando el dolor sea más intenso. En los casos de baño/ducha e higiene personal y aseo, el dolor de cuello podría influir en los movimientos de transferencia y dificultar las tareas de enjabonado, enjuagado y secado siempre y cuando el usuario quisiera mirar hacia abajo o hacia los lados. El secado del pelo de la cabeza con la toalla también podría ser una dificultad. Si el baño se realiza de pié, aparecerán aún más dificultades

para el enjabonado, enjuagado y secado de miembros inferiores, debido a la necesidad de flexión de cuello para mirar hacia abajo, por lo que en principio, realizando el baño sentado se presentaría menos dolor y la actividad se encontraría menos afectada. Así, las tareas de higiene personal y aseo, como cepillar el pelo o los dientes, aparecerán afectadas en la medida en que la musculatura de la zona cervical produzca un mayor o menor esfuerzo. En cuanto al aseo e higiene en el inodoro, las cervicoalgias pueden influir en tareas determinadas siempre que se produzca una tensión mayor del cuello. Otra actividad que podría aparecer alterada sería la de vestido si es que el paciente tiene que obtener las prendas del área de almacenamiento y esta no está colocada a la altura de los ojos, favoreciendo el agacharse o estirarse. Durante la alimentación puede aparecer un dolor más intenso en la zona cervical debido a una posición incorrecta en sedestación y a nuestra tendencia a estirar el cuello para

acercarnos al cubierto durante la elevación y supinación del brazo para evitar así el derrame de la comida. Moverse de una posición o lugar a otro incluye la realización de tensión en la zona del cuello, tronco y extremidades, por lo que la movilidad funcional siempre será recurrente a producir dolor en casos de cervicoalgia, ya sea una trasferencia, movilidad en silla de ruedas, ambulación funcional o movilidad en la cama. Esta última se verá afectada e influirá muy negativamente en el sueño y descanso. En el caso de que además el paciente esté transportando objetos durante la deambulación, el dolor se verá amplificado debido al aumento de la tensión de la musculatura de miembros superiores, cuello y tronco. Por último, es indiscutible que la actividad sexual se verá limitada en casos de fuerte dolor de zona cervical, y será necesario enseñar al paciente estrategias y posiciones que disminuyan el dolor, o que al menos no lo intensifiquen. Por todas estas influencias del dolor crónico en las AVBD el paciente debe aprender a vivir

con él e incluso intentar olvidar que existe para que su vida no se vea deteriorada, realizando cada una de las tareas a pesar de las limitaciones del dolor e intentando ser más fuerte que éste.

- Lumbalgia crónica. La lumbalgia es una dolencia muy molesta que puede prevenirse o aminorarse si evitamos sus causas y los factores que la agravan. Si se acompaña de ciática, que se refiere a la inflamación dolorosa del nervio ciático que cursa con parestesias y sensibilidad dolorosa a lo largo del muslo y pierna, se habla de lumbociática. Cuando no se acompaña de ciática suele deberse a una hernia discal, a una estenosis del canal medular en la columna lumbar o raquiestenosis lumbar. La región lumbar está expuesta a muchísimos movimientos a lo largo del día que provocarán dolor a la persona que sufre de lumbalgia y como consecuencia influirá en muchas Actividades de la Vida

Diaria que disminuirán la calidad de vida, estableciendo el principal objetivo de tolerar una actividad física normal, mientras que el secundario sería el de alivio de la sintomatología dolorosa. Además, en casos seleccionados debe valorarse la posibilidad de tratamiento a largo plazo en unidades de dolor crónico. (14) Toda tarea que implique una flexión, extensión o rotación de tronco y cadera provocará dolor y por lo tanto dificultades a la hora de llevarla a cabo, como es el caso del baño o ducha. En esta actividad el paciente se verá muy limitado especialmente para agacharse, lo que dificulta seriamente el enjabonado, aclarado y secado de los miembros inferiores, aún más si la actividad se realiza en posición de bipedestación. Si la intensidad del dolor es alta dificultará incluso el mantenimiento de esta posición en el baño y la transferencia desde y hacia la bañera, por lo que puede ser eficaz realizar la actividad en sedestación para disminuir el dolor y para conseguir la aproximación a miembros inferiores. Así, el

baño/ducha debe abordarse incluyendo el estudio del entorno, las barreras arquitectónicas y las posibles ayudas técnicas que puedan facilitar la participación en una determinada actividad con la máxima seguridad.

Otra actividad que se verá muy influenciada es la del vestido, donde el afectado necesita de flexión de tronco y cadera para subirse los pantalones y para ponerse y amarrarse los zapatos, además de un buen control de tronco para mantener la sedestación, para lo que se necesitan tres requisitos: curvas fisiológicas, contracción armónica de los movimientos del tronco y contracción mantenida y automática de los músculos antigravitatorios que permiten las reacciones de enderezamiento. (20) Durante la alimentación la persona con lumbalgia crónica observará una limitación según la intensidad del dolor en toda tarea que conlleve estar de pié para preparar y organizar el alimento. En la actividad de higiene personal y aseo aparecerán afectadas tareas como el cuidado de las uñas de los pies

que requiere de una importante flexión de tronco. La movilidad funcional también se verá afectada tanto en el movimiento de una posición a otra como el moverse en la cama, las transferencias, la ambulación funcional y el transporte de objetos. Podríamos decir que esta actividad básica será una de las más afectadas debido a la obligatoriedad de contraer la musculatura de la zona lumbar, lo cual desencadena mucho dolor en una persona con este tipo de patología. Por último la actividad sexual, una vez más, se verá deteriorada debido al igual que en la movilidad funcional, de la necesidad de contracción de la musculatura lumbar para llevarla a cabo con éxito, siendo necesario informarle sobre posiciones correctas que disminuyan el dolor.

Así, en el tratamiento del dolor lumbar desde la TO, es importante ofrecer recomendaciones al paciente sobre higiene postural y recordar que debe intentar cambiar de postura tan frecuentemente como se pueda, que evite dormir en decúbito prono debido a que está contraindicado por el aumento de la lordosis lumbar y una torsión forzada del cuello, además de insistir en la evitación de la inactividad total. (14)

Dolor crónico en miembro superior

Las alteraciones de las extremidades superiores pueden tener muchas consecuencias negativas y afectan a un gran número de actividades del individuo. Los miembros superiores son de vital importancia para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria, por lo que el sufrimiento de dolor crónico en esta zona dificultará considerablemente su ejecución. En cuanto a patologías que produzcan dolor crónico en el miembro superior podríamos hablar por ejemplo del codo de tenista o del síndrome del túnel del carpo.

- Dolor crónico en hombro y brazo. La articulación del hombro está formada por la articulación escapulohumeral, una enartrosis que permite movimientos de flexión, extensión, rotación externa e interna, aproximación y separación, movimientos vitales para permitir que el brazo,

antebrazo, muñeca y dedos consigan su objetivo de movimiento y actividad. (21) Sufrir dolor crónico en este segmento, debido por ejemplo a padecer de hombro doloroso, puede acarrear importantes consecuencias negativas en cuanto al logro eficaz de actividades. Una vez más, veremos afectada la actividad básica de baño o ducha, donde la persona encontrará limitaciones para obtener y utilizar suministros debido a la necesidad de flexoextensión de hombro, que dependerán del lugar donde estos suministros se encuentren ubicados. También se verán influenciadas las tareas de enjabonado, enjuagado y secado de las partes del cuerpo que conllevan todo tipo de movimientos por parte del hombro, especialmente rotaciones internas, aproximación y flexoextensión, pudiendo verse limitado el cruce de la línea media de los miembros superiores. La actividad de vestido aparecerá limitada en cuanto a la obtención de prendas de vestir del área de almacenamiento si esta se encuentra en una altura

superior al hombro e implique una extensión importante. Del mismo modo, a la hora de vestirse y desvestirse, podría provocar un dolor intenso la tarea de ponerse o quitarse una camiseta o jersey, que implica de nuevo una importante extensión del hombro, por lo que el paciente tenderá a suplirlo sacando o metiendo primero la extremidad afectada. Por ello, debe usarse ropa ancha que pueda ponerse y quitarse fácilmente y que gradualmente durante la intervención iríamos cambiando por ropa más estrecha. También se debe recomendar el elegir ropa hecha con fibra natural para disminuir la electricidad estática, ya que este efecto puede llegar a dificultar el proceso de vestirse o desvestirse, siempre teniendo en cuenta las preferencias de vestido del paciente. (20) En mujeres, una tarea que se volverá complicada de realizar es el abrocharse o desabrocharse el sujetador, debido a la rotación interna a la vez que la separación de hombro necesarias. En ciertos

casos será imposible de realizar y podrá suplirse con un sujetador abrochado delante en lugar de en la espalda. A no ser que la intensidad del dolor sea muy alta, la actividad de alimentación debe poder realizarse correctamente, pero el paciente siempre tenderá a mantener el brazo pegado al tronco, realizando la mínima separación de hombro y produciendo el mínimo dolor, al igual que al beber de un vaso, tarea que podrá evitar bebiendo de una pajita. Por otro lado, el moverse de una posición o lugar a otro durante la ejecución de actividades cotidianas como en las trasferencias no estará afectado de forma significativa por el dolor crónico en cuanto a la bipedestación y la marcha. Asimismo, determinadas actividades pueden aparecer deterioradas o incluso limitadas, como puede ser el apoyo de los brazos en los bordes de la bañera para levantarse de esta, haciendo la tarea más fácil en bipedestación, o moverse de posición en la cama donde el movimiento hará que el peso recaiga sobre el hombro afecto o exigirá el

movimiento de este, causando dolor a mayor o menor intensidad. Por lo tanto, la actividad sexual también aparecerá influenciada y no solo en aspectos físicos y de dolor, sino también en cuanto al estado de ánimo y la atención en la actividad. Durante la higiene personal y el aseo, suele aparecer un problema en cuanto a la aplicación de desodorante debido a la necesidad de separación de la articulación del hombro. Una persona que presente este problema y vea la tarea imposible de realizar puede llegar a apoyar el codo del brazo afectado sobre una superficie para lograr así la separación sin la contracción de la musculatura de la zona que presenta el dolor. De la misma forma, realizarán cada tarea de aseo con la mínima separación y extensión de hombro, complicando las tareas de aplicar y eliminar cosméticos y lociones, afeitarse, lavar, secar, peinar, cepillar, dar estilo, recortar el pelo, cuidar los ojos, oídos y nariz, cepillar los dientes y usar hilo dental y colocar ortesis y prótesis dentales. No debemos olvidar que la limitación

existente en la actividad depende de la intensidad del dolor crónico y de la actitud de la persona que lo sufre.

- Dolor crónico en codo y antebrazo. Este segmento está, al igual que los demás, formado por músculos, tejido blando y una articulaciones, que en este caso son la humerocubital que permite la flexo-extensión, la humerorradial, que permite la flexo-extensión y rotación, y las articulaciones radiocubital proximal y distal, encargadas de la pronación y supinación del antebrazo. (21) En cuanto al dolor crónico en esta zona del miembro superior, es importante recordar dada su frecuencia patologías como la epicondilitis o codo de tenista, pero también el posible dolor crónico causado por artritis reumatoide, artrosis, osteoporosis o fibromialgia, la cual suele presentar un punto doloroso en torno al epicóndilo lateral. (19) Presentar dolor crónico en el codo o antebrazo tiene diferentes consecuencias como puede ser debilitamiento de la musculatura o limitación en el rango de movimiento, afectando tanto a las rotación interna/externa,

flexo-extensión y/o pronación/supinación, y deteriorando en mayor o menor medida las Actividades de la Vida Diaria, también según la intensidad del dolor en el momento de la ejecución de la actividad. Una de las actividades que se verá altamente influenciada por el dolor crónico en codo o antebrazo será el baño o ducha debido a la necesidad de flexo/extensión de codo para tareas pertenecientes a esta actividad como es el alcance de objetos desde una balda para proceder con el enjabonado, tarea la cual se verá afectada por la rotación externa/interna además de la flexo/extensión. La imposibilidad de pronación o supinación nos puede dificultar la tarea de abrir o cerrar grifos o botes de rosca. En cuanto a la posición y transferencia en la zona, esta tarea no debe verse afectada, a no ser que este dolor crónico curse en más segmentos del cuerpo o se dé al mismo tiempo alguna otra patología. Por el mismo motivo de presencia de dolor en movimientos de flexo/extensión y rotación, la actividad básica de higiene personal y aseo

estará limitada en cuanto a una variedad de tareas como obtener y usar suministros, eliminar el vello corporal, aplicar y eliminar cosméticos, cuidar la piel, aplicar el desodorante o cepillar los dientes. Por lo tanto, es importante trabajar con el paciente en este ámbito de su vida que afecta tan negativamente en su capacidad de autonomía y provoca tanto estrés y ansiedad. Los pacientes con dolor crónico suelen presentar problemas de memoria por culpa de la focalización en el dolor que conlleva una falta de atención. Por ello es posible que durante las actividades cometan errores de secuenciación o hagan las tareas más de una vez. Las tareas afectadas en la actividad de aseo e higiene en el inodoro serían las de obtener y utilizar suministros, la limpieza del cuerpo y cuidado de las necesidades de la menstruación y de la continencia. Con referencia al vestido, la selección de prendas de vestir y accesorios adecuados puede verse un poco alterada por el deterioro de la memoria, al igual que la habilidad de secuenciación. También se verá

afectada la obtención de prendas de un armario por la necesidad de flexoextensión de codo, amarrarse y ajustarse la ropa y zapatos y remover los dispositivos personales, prótesis y ortesis. Meterse un jersey por la cabeza y seguirlo con los brazos o viceversa puede volverse una tarea imposible, por lo que es aconsejable introducir primero el brazo afectado y después el no afectado en el caso de que el dolor crónico no sea bilateral. Si el dolor crónico es bilateral, puede ser aconsejable el uso de chaquetas con cierre delante en lugar de jerséis. El nivel de influencia en estas actividades dependerá, como en cada una de ellas, de la intensidad del dolor y de la importancia y atención que el usuario le preste durante la actividad. Una vez más, la actividad de alimentación estará negativamente influenciada por el dolor crónico presente en codo o antebrazo, debido a que para llevar el cubierto del plato a la boca es necesaria una flexoextensión de codo, al igual que para beber de un vaso. Los cuidados de dispositivos de atención personal

como lentes de contacto y prótesis se verán afectados en cuanto a uso, limpieza y mantenimiento. De nuevo la actividad sexual estará influenciada en mayor o menor grado por el dolor en sí, y secundariamente por la focalización en este, la falta de atención en la tarea y la consecuente apatía. Por último, la movilidad funcional no tiene que estar especialmente influenciada, exceptuando en el transporte de objetos y en aquellos pacientes que realicen la movilidad en silla de ruedas autopropulsada.

- Dolor crónico en muñeca, mano y falanges. La mano es una parte muy importante del cuerpo humano y hace de las extremidades superiores un componente fundamental, ya que permite adquirir información y ejecutar tareas, posibilitando la interacción del sujeto con el entorno. (22) En este apartado hablaremos de las dificultades que provienen del sufrimiento por dolor crónico en la muñeca, articulación

carpometacarpiana del pulgar, articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas y/o tejido blando de muñeca, mano y dedos, siendo importante por su frecuencia en este segmento el síndrome del túnel del carpo. El carpo consta de dos articulaciones, la articulación radiocarpiana y la mediocarpiana, que permiten movimientos de flexión, extensión, separación y aproximación. (21) La importancia e influencia del dolor crónico en muñeca, mano y dedos durante la actividad dependerá de forma importante en la lateralidad del usuario. Además, las limitaciones vendrán dadas por el agarre doloroso de objetos gruesos o finos dificultando cada tarea en la que el miembro superior esté implicado. Un ejemplo de estas limitaciones se encuentra en la actividad de alimentación, en la cual no solo el proceso de preparar y organizar el alimento puede estar deteriorado, si no el transporte del alimento desde el plato a la boca, en el que se hacen necesarias las habilidades motoras finas con la realización de la pinza lateral, pudiendo llegar a impedir la

autoalimentación. En cuanto al baño/ducha, la obtención y utilización de suministros se verían afectados por la debilidad del agarre grueso, al igual que el agarre de la esponja. La deficiencia de la motricidad fina dificultaría tareas de afeitado, cuidado las uñas y uso de hilo dental en las actividades de higiene personal y aseo, mientras que el deterioro de motricidad gruesa dificultaría el peinado, la aplicación de desodorante, cepillado de dientes y colocación de prótesis u ortesis. En el aseo e higiene en el inodoro una tarea complicada puede ser la de limpieza del cuerpo y cuidado de las necesidades de la menstruación por el uso de la motricidad fina y gruesa. La actividad de vestirse presentará dificultades a la hora de obtener prendas de vestir del área de almacenamiento, pero sobretodo en las tareas que conllevan el agarre de objetos más pequeños, como el ponerse un cinturón o el sujetador, amarrase los cordones de los zapatos o abrocharse botones, tareas que habitualmente se hacen imposibles y suelen sustituirse por pantalones de

gomilla, velcros y camisetas sin botones. Es de especial mención en cuanto a los cuidados de los dispositivos de atención personal la dificultad que puede surgir en cuanto al uso de lentes de contacto por el hecho de necesitar de la pinza subterminal para la extracción de estas. Como dijimos en cada apartado, la actividad sexual suele estar influenciada en mayor o menor grado por el dolor crónico por el simple hecho de la tendencia a focalizar la atención en él en lugar de en la actividad que se realiza y por la apatía presente en el paciente.

El dolor crónico no cumple ninguna función biológica y puede tener un efecto negativo considerable sobre la vida del sujeto, ya que afectará a muchas facetas de su vida. En el caso de dolor crónico en el miembro superior, el terapeuta ocupacional desempeñará una doble función: la de encargarse de la rehabilitación física con el objetivo de volver a realizar las actividades que realizaba antes de que apareciera el dolor, y la ayuda psicológica de motivar al paciente para adquirir la suficiente confianza en sí mismo para realizar actividades o buscar alternativas cuando éstas no puedan ser realizadas y ayudarlos a soportar la experiencia del dolor crónico y la discapacidad asociada a este. (22)

Dolor crónico en miembro inferior

En su mayoría, las articulaciones móviles del cuerpo humano no sólo están diseñadas para realizar determinados movimientos, sino que como en el caso de la cadera y el resto de las articulaciones que constituyen la extremidad inferior, su especial diseño facilita el soporte de las fuerzas mecánicas a las que son sometidas. Este tipo de articulaciones están sujetas a cargas prolongadas durante el mantenimiento estático de la posición de bipedestación y, durante toda la fase de apoyo de la marcha, lo que las convierte en articulaciones muy afectadas en caso de existencia de dolor.

- Dolor crónico en cadera y muslo. En este segmento la articulación que puede verse afectada es la coxofemoral, una articulación enartrodia que posee movimiento sobre los tres ejes del espacio, permitiendo la flexión y extensión,

separación y aproximación, además de la rotación medial y lateral en posición flexionada. (23) Por este motivo, diferentes Actividades Básicas de la Vida Diaria se verán afectadas si esta articulación o parte de ella presenta alguna patología que cause dolor crónico, como puede ser artritis reumatoide o artrosis. Debido a la fibromialgia, suele aparecer dolor en la zona cercana al trocánter mayor, provocando reacciones y posturas antiálgicas, que pueden concluir en diferentes problemáticas como atrofia muscular o dolor en la articulación de la cadera. También los pacientes que sufren de ciática encontrarán dolor en la zona del muslo, en concreto en la parte posterior a lo largo del recorrido del nervio ciático provocando dolor, y a veces también alteraciones de la sensibilidad de la piel, debilidad muscular y disminución de reflejos musculares, limitando los movimientos de la cadera y la rodilla. Si nos centramos en la AVBD de baño o ducha, el dolor crónico situado en la zona de la cadera provocará complicaciones durante cualquier

tarea realizada en bipedestación debido al peso que esta debe soportar y que aumentará el dolor. Además, si la patología llega a limitar el movimiento de cadera y miembro inferior sería aconsejable que el afectado de dolor crónico realizara esta actividad en posición de sedestación para reducir el riesgo de caída por posible suelo resbaladizo o pérdida de equilibrio. En la transferencia desde y hacia el plato de ducha la limitación será la que conlleve la marcha, teniendo siempre en cuenta la seguridad de utilizar agarraderas u otro tipo de sujeción para, como dijimos anteriormente, evitar caídas. Si la transferencia se realiza hacia y desde una bañera, la tarea implicará un movimiento importante de flexión de cadera, lo que aumentará considerablemente el dolor, y puede llegar al punto en que el dolor sea tan intenso que el paciente no pueda permitirse entrar o salir solo de esta. En ese caso, puede ser útil estudiar la posibilidad de realizar la actividad en una ducha o del uso de una tabla de bañera, que eliminaría la necesidad de realizar esa flexión importante de cadera. Durante el aseo

e higiene en el inodoro, mantener la posición durante la limpieza y el cuidado de las necesidades de la menstruación y de la continencia puede también estar limitado debido a un dolor aumentado por la posición adoptada. Otra actividad que probablemente encontraríamos deteriorada en caso de dolor crónico en zona de cadera y muslo sería la de vestirse, siempre que el movimiento implicara la contracción de los músculos implicados en los movimientos de cadera, como por ejemplo subirse los pantalones y amarrarse y ajustarse los zapatos. La cuarta actividad que vamos a nombrar en cuanto a la limitación de cadera será la actividad sexual, durante la cual el afectado encontrará una importante influencia del dolor crónico ya que estas actividades que buscan la satisfacción sexual pueden incluir movimientos de cadera en los tres ejes del espacio, por lo que será una tarea necesariamente adaptada por el usuario en cuanto a posición, duración e intensidad. Por último, no podemos obviar la AVBD de movilidad funcional, en la cual la marcha es esencial y será la que puede llegar a ser gravemente

limitante en la vida de una persona que presenta dolor crónico en cadera. Esto se debe a que moverse de una posición o lugar a otro, como por ejemplo moverse en la cama y las transferencias, incluyen inevitablemente una contracción de la musculatura presente en la zona de cadera y muslo, así como para la ambulación funcional y el transporte de objetos. Por ello, es posible que el paciente necesite del uso de algún producto de apoyo, como por ejemplo una muleta.

- Dolor crónico en rodilla y pierna. La articulación de rodilla se trata de una trocleartrosis que permite la flexoextensión y la rotación medial y lateral en posición flexionada. (23) Las grandes enfermedades causantes de dolor crónico en esta zona del cuerpo humano son la artrosis de rodilla, la fibromialgia (donde encuentra un punto doloroso) y la artritis reumatoide. Cuando hablamos de dolor crónico en el miembro inferior hablamos de una importante limitación en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, especialmente

la movilidad funcional, ya que dificulta considerablemente la bipedestación y la marcha. Por lo tanto, pueden verse afectadas por el dolor crónico de rodilla las tareas de moverse de un lugar a otro o en la cama, las transferencias que exigen de flexoextensión de rodilla como levantarse y sentarse en una silla o cama, la ambulación funcional e incluso el trasporte de objetos, llegando a provocar una cojera en la persona afectada o impidiendo la realización de esta actividad. Una de las tareas que puede volverse imposible será el subir y bajar escaleras. Bañarse será reemplazado dentro de lo posible por ducharse, debido a que la trasferencia al baño exige una flexión importante de rodilla y cadera, que puede provocar dolor de alta intensidad, si es que el rango de articulación no está limitado y el paciente puede realizar el movimiento. Por ello, la ducha será la manera recomendada de realizar esta tarea. La actividad de vestido estará más influenciada cuando la tarea implique el movimiento del miembro inferior afectado, como por ejemplo al flexionar la rodilla para levantar el pie del suelo y ponerte

unos pantalones, falda o vestido, o al apoyar el lado afectado para levantar el otro pie, poniendo todo el peso del cuerpo sobre esta rodilla y pudiendo provocar un dolor intenso. Debido a que las actividades de comer, alimentación y cuidado de los dispositivos de atención personal, implican en mayor medida los miembros superiores, no se verán tan limitadas por la presencia de dolor crónico en rodilla. En cuanto la actividad sexual, como dijimos anteriormente la presencia de dolor crónico en la rodilla afectará de manera física pero también psicológica y emocional, por lo que se hace necesario el conocimiento de posiciones menos dañinas que no le provoquen dolor durante la actividad y un estado de ánimo adecuado. En la higiene personal y aseo, se verá afectada la tarea de cuidado de las uñas de los pies, debido a que exige una flexión de rodilla importante, y es probable que la persona que sufre el dolor crónico no sea capaz de realizarla por la aparición de dolor insoportable. Por último, sobre el aseo e higiene en el inodoro, la mayor afectación

aparecerá a la hora de levantarse y sentarse en este.

- Dolor crónico en tobillo y pié. En este apartado se incluye el dolor en articulaciones, tejidos blandos y huesos del pié. La articulación del tobillo, científicamente llamada articulación talocrural, es una trocleartrosis que permite la flexión plantar y la dorsiflexión. También están implicadas la articulación subtalar, con movimientos de supinación y pronación, las articulaciones metatarsofalángicas, que permite movimientos de deslizamiento de los dedos contra los metatarsos y articulaciones interfalángicas del pie que permite la flexo-extensión. (23) El dolor crónico en el pie, al igual que en la zona de la rodilla, provocará mayor influencia y limitación en las actividades cuanta mayor participación del miembro inferior exijan. Así, la actividad altamente perjudicada por el sufrimiento de dolor crónico en la zona de tobillo y pie es, sin ninguna duda, la movilidad funcional. Esta aparecerá limitada en cuanto a resistencia y duración de las actividades. El

paciente encontrará mayor afectación en las tareas de moverse de un lugar a otro, transferencias y ambulación funcional, debido a que exigen la bipedestación y la marcha. Por lo tanto, el dolor crónico existente en esta zona no permitirá la marcha durante largos trayectos en casos de intensidad alta y provocará aumento de dolor en cuanto la persona apoye el miembro afectado en el suelo, descargando el peso del cuerpo sobre este. En estos casos también puede verse una cojera en el paciente y una limitación de las actividades que incluyan el caminar largos trayectos.

Una vez más debo repetir que siempre debe tenerse en cuenta que un problema determinado como un dolor crónico localizado en una parte del cuerpo humano, afectará irremediablemente a cada una de las áreas de cierto modo, provocando un grado mayor o menor de incapacidad de una determinada tarea o simplemente complicando el desempeño de esta por parte del usuario (ver anexo 2). Además, no solo influirá en el aspecto motor, sino que también lo hará en el cognitivo dificultando la habilidad de memorizar y en el emocional, afectando de manera importante al estado de ánimo y a la motivación.

Por último, recordar la existencia de cuestionarios sobre actividades de la vida diaria que podrían ser instrumentos útiles para detectar problemas concretos y establecer prioridades atendiendo a las áreas más importantes de intervención. (22)

CAPÍTULO 4. Intervención en las Actividades de la Vida Diaria desde la Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional aborda las estrategias de intervención desde cuatro grandes enfoques:

- Estrategias de recuperación y sustitución.
- Estrategias de compensación y adaptación.
- Estrategias de prevención.
- Estrategias para la promoción de la salud.

Las primeras tienen como objetivo producir cambios en los procesos biológicos, neurológicos fisiológicos o psicológicos, siempre que sea posible volver al grado previo de funcionalidad. Esta estrategia habitualmente requiere de la combinación de medidas terapéuticas a través de la enseñanza y el entrenamiento de habilidades.

En cambio, las estrategias de compensación y adaptación se refieren a la modificación de las tareas, la forma de realizar una tarea y/o el entorno para facilitar la independencia en el funcionamiento ocupacional. Podemos diferenciar los siguientes tipos: cambiar la tarea, alterar el método de hacerla, adaptación de los objetos, cambiar el contexto y educar a la familia y cuidadores. En el caso del dolor crónico y el desempeño de actividades de la vida diaria, esta estrategia será de gran importancia en cuanto a cambiar la tarea, alterar el método de hacerla, adaptación de los objetos o uso de productos de apoyo y educación en familiares. Esto se debe a que los criterios para elegir las estrategias de compensación y adaptación incluyen una necesidad de solución rápida para mantener la motivación, escasas expectativas para el cambio en los componentes de ejecución y la existencia de limitaciones en las actividades y restricción en la participación que interfieren con el desempeño ocupacional. (14)

Es importante establecer desde un principio cuál es el nivel del dolor experimentado, si es constante o intermitente, si hay factores que lo exacerban, su naturaleza, localización e intensidad, con el objetivo de evitar que durante el tratamiento el paciente sufra innecesariamente para no producir en él miedo y ansiedad. Si la intervención se realiza en un lugar tranquilo y agradable, el sujeto podrá realizar las actividades de manera eficaz a pesar de sentir algo de dolor. Además, el trabajar con otros pacientes al mismo tiempo en sesiones grupales, puede animarle y motivarle.

En la intervención se incluirán actividades de tipo rítmico dentro de los límites de tolerancia al dolor, además de la prescripción por parte del terapeuta ocupacional de actividades de interés, AVBD con productos de apoyo o sin ellos, entrenamiento en técnicas de relajación, afrontamiento y manejo del estrés. (22)

El rol del TO en la intervención sobre las ABVD en dolor crónico

Las funciones básicas del terapeuta ocupacional en cuanto a la intervención en las ABVD en dolor crónico son:

- Realizar una valoración con el fin de identificar cuáles son las dificultades que impiden la independencia del usuario en una determinada actividad y el desempeño de su rol. Marcar los objetivos y elegir enfoque de intervención.

- El terapeuta facilita el reentrenamiento, aprendizaje de nuevos métodos o empleo de productos de apoyo para conseguir la autonomía personal, reduciendo o eliminando las barreras físicas, psicológicas, cognitivas, emocionales y sociales que obstaculizan la consecución de la actividad.

- Enseñar al usuario a realizar las actividades afectadas, siempre y cuándo los demás aspectos influyentes sean adecuados, como son la motivación y el rol.

- Modificar y adaptar la tarea, el entorno o el método para promover la independencia en el funcionamiento ocupacional.

Durante el tratamiento, es importante marcar objetivos a corto, medio y largo plazo, basándonos en la valoración previa que hemos hecho del usuario y en sus prioridades. (20)

Propuesta de valoración ocupacional del dolor desde Terapia Ocupacional

El tratamiento ideal de dolor crónico se realiza en el seno de un equipo interdisciplinar. Para valorarlo se usan diferentes escalas del dolor, como el Cuestionario de Dolor McGill, además de diferentes autorregistros con el objetivo de evaluar el dolor en las distintas áreas corporales (intensidad del dolor en el momento presente, el peor dolor, el dolor como media) y la interferencia del dolor en las últimas semanas sobre las distintas actividades.

Un auto-registro nos permite hacernos una idea de cómo es la cotidianeidad del paciente, pudiendo observar cómo se desarrollan las actividades de la vida cotidiana y permitiendo la realización de un gráfico que nos muestre su evolución a partir de los datos obtenidos en el auto-registro.

Así, el diario del dolor es un instrumento de auto- registro ampliamente utilizado en la evolución del paciente con dolor que puede diseñarse de forma específica a las necesidades del paciente y de la información que se pretenda obtener. (4)

En este proyecto se propone un tipo de valoración ocupacional (ver anexo 1) diseñada para ser realizada como registro por el terapeuta ocupacional en la primera sesión con el paciente con el objetivo de conocer en qué tipo de AVDs influye su dolor, cuándo le duele más, dónde, con qué intensidad, cómo enfrenta sus Actividades Básicas de la Vida Diaria y cuantas horas las realiza, aportando unos conocimientos fundamentales al terapeuta ocupacional sobre como es su día a día con dolor crónico para comenzar la intervención de una forma más efectiva.

Intervención en las destrezas motoras

En general, las lesiones originadoras de dolor crónico necesitan reposo, al igual que ocurre en la lumbalgia. Sin embargo, un reposo prolongado produce pérdida del acondicionamiento y prolonga el tiempo de recuperación. Por lo tanto, cobra especial importancia la psicoeducación sobre los riesgos del descanso prolongado y la educación sobre la ergonomía postural para evitar futuras lesiones. (5)

Recientes estudios han demostrado que no solo la falta de actividad física, sino también en tiempos prolongados de comportamiento sedentario donde la mayoría de los músculos del aparato locomotor están inactivos, se incrementa significantemente el riesgo de padecer enfermedades crónicas. Esta asociación persiste incluso si la persona participa en actividades físicas moderadas o intensas en una proporción muy inferior al tiempo de sedentarismo.

Desde la transición de la inactividad total al ejercicio de intensidad vigorosa suceden diferentes acciones fisiológicas, pero probablemente es necesario cumplir con una cierta parte de este proceso de forma continua para alcanzar la salud y una forma física óptima. (24)

En cuanto a la fibromialgia, un tratamiento muy efectivo es el ejercicio físico. La respuesta hormonal al ejercicio es anormal en pacientes con fibromialgia (aumento en la concentración de hormona del crecimiento, lo opuesto de la respuesta normal), de manera que es necesario ajustar cuidadosamente la frecuencia e intensidad del ejercicio a la tolerancia del paciente (el mejor resultado al parecer se obtiene con el ejercicio de condicionamiento o aeróbico). (25) Los beneficios del ejercicio físico vienen dados por la necesidad de estos pacientes con dolor crónico de luchar contra la debilidad muscular, la limitación del rango articular y, por lo tanto, el aumento del dolor durante la realización de actividad

Tratamiento en las AVD y productos de apoyo que pueden facilitar la actividad

El papel del terapeuta ocupacional consiste en adaptar tareas e incorporar estrategias que permitan desarrollar las actividades diarias de un modo eficaz para ahorrar energía. Tras la evaluación es importante marcar los objetivos a largo, medio y corto plazo que guiarán la intervención de dolor crónico. En cuanto al orden de reentrenamiento, se sugiere la secuencia de alimentación, cuidado del intestino y vejiga, movilidad funcional, higiene personal y aseo, desvestido, vestido y baño, secuencia que se basa en el desarrollo del niño normal. En algunos casos, el tratamiento de terapia ocupacional incluirá, además de tratamientos posturales así como el mantenimiento de la funcionalidad, el uso de férulas.

En cualquier caso, no se debe empezar directamente con la actividad propiamente dicha, es necesario que se trabajen primero aquellos aspectos deficitarios que impidan la ejecución normal de las ABVD, como por ejemplo, limitación en el recorrido articular o déficit muscular. El terapeuta además trabaja sobre aspectos concretos para integrarlos en una actividad funcional y significativa teniendo que considerar siempre varios factores del paciente y su entorno: los recursos físicos, intelectuales y económicos. (20) La principal meta es que el usuario con dolor crónico realice una vida lo más normal posible.

- Bañarse, ducharse e higiene personal y aseo: desde un abordaje compensador puede ser necesaria la colocación de los objetos a una altura que maximice el ahorro de energía articular, por ejemplo es preferible colocarlos en el plano de trabajo (nivel de la bañera o grifería). En algunos casos se puede aconsejar el uso de aplicadores de pasta de dientes,

secadores de pared colocados a una altura accesible, máquinas de afeitar ligeras y/o con mango grueso, etc. En el caso de que el usuario tenga falta de fuerza o limitaciones para entrar y salir de la bañera o ducha, habrá que estudiar la posibilidad de instalar barras de pared, utilizar silla de ducha o tabla de bañera, o sustituir la bañera por un plato de ducha. Si el paciente tiene dificultades debido a una limitación en la movilidad, será necesario utilizar barras de apoyo fijas para salir y entrar de la bañera, colocar una alfombrilla o pegatinas antideslizantes, usar espray antideslizante, etc. de forma que se aumenten las condiciones de seguridad. Otro tipo de ayudas técnicas que facilitan el aseo son las esponjas con mango largo (tanto para la espalda cuando hay una limitación en la rotación interna del brazo, como para el lavado de piernas cuando tiene dificultades para agacharse), mangos largos para el peine, engrosar los mangos del cepillo de dientes, peine, etc.

También puede ser aconsejable el uso de albornoz en lugar de toalla y que los desodorantes o perfumes sean de tipo aerosol en casos de mayor destreza en las manos y con aplicador de bola, en el caso de necesitar facilitar el agarre del producto y su reparto por la zona, como suele ocurrir en la artritis reumatoide. (26) Los objetos que se usen en el caso de falta de fuerza deben ser pequeños y ligeros. Además, si el paciente presenta incoordinación es muy importante el uso de barras fijas para evitar caídas además de que el suelo esté siempre seco para evitar resbalones al salir o entrar de la bañera o ducha. (14)

- Cuidado del intestino y vejiga. Desvestirse, acceder y sentarse en el inodoro, trasladarse lo suficientemente rápido a este, alcanzar el perineo o utilizar papel higiénico son algunas dificultades que pueden surgir en pacientes aquejados de dolor crónico a la hora de usar el inodoro. En el caso de limitación en la movilidad, se dispone de ayudas técnicas como limpiadores largos que pueden plegarse y

sirven para sujetar el papel. Cuando la limitación se encuentra en los miembros inferiores se puede adaptar el asiento, elevándolo o colocando barras de apoyo lateral o equipos completos que elevan y llevan incorporados dos apoyabrazos. También son de ayuda los soportes móviles que se adaptan al inodoro, ya que su altura regulable y pueden adaptarse al bidé. (14)

- Vestirse: en los pacientes con limitación en la movilidad, como en la artritis reumatoide, se recomendará que si es necesario se vistan sentados, evitando usar ropa de gran peso y difícil de ponerse, además de evitar botones pequeños para emplear movimientos gruesos en lugar de pinzas finas. Algunas ayudas técnicas que pueden ayudar en el vestido son los calzadores de mango largo para zapatos y medias y uso de cordones elásticos o belcros en los zapatos, evitando hebillas y cordones tradicionales. Lo más importante es recomendar el uso de ropa amplia y cómoda para facilitar el vestido. (14)

- Comer y alimentación: cuando el paciente muestra debilidad para sostener el cubierto o incluso le resulta imposible realizar la pinza, esta acción se puede facilitar utilizando una ayuda técnica que permite rodear la palma de la mano y tiene un dispositivo para sostener distintos tipos de instrumentos, como la cuchara o el tenedor o también el lápiz y el cepillo de dientes. Además, puede ser útil que el mango sea antideslizante o utilizado para distintos instrumentos, que el cuchillo sea giratorio, que estos sean más ligeros o más pesados según la dificultad que nos encontremos. También pueden ser de ayuda otros productos de apoyo como las tablas inclinables antideslizantes para servir alimentos, las tazas con dos asas para disminuir la fuerza que debe aplicarse o una tapa o reborde para evitar que se derrame líquido. En casos de limitación en el rango de movimiento pueden usarse prolongadores de cubiertos. (14)

- Movilidad funcional: se entiende que la movilidad es una destreza básica para otras actividades del cuidado personal e instrumentales. Para realizarla correctamente es preciso mantener un buen control postural, por lo que si un paciente encuentra dificultades para ello, deberemos estimular las reacciones de enderezamiento y favorecer el mantenimiento de una posición adecuada para todas las actividades. Como productos de apoyo utilizables para permitir la movilidad podemos hablar de sillas de ruedas, andadores, grúas, muletas, bastones, etc. El dolor lumbar crónico es una patología que es la causa más frecuente de limitación de la actividad laboral en menores de 50 años. Nuestro principal objetivo en esta patología es que el paciente tolere una actividad física normal, para lo cual resulta muy eficaz la fisioterapia y la terapia ocupacional. Es importante ofrecer recomendaciones al paciente sobre la higiene postural. Es adecuado dormir de lado y con las piernas encogidas y

dormir en decúbito supino con las piernas flexionadas (en cambio no se debe dormir bocabajo como dijimos anteriormente), además debemos reparar en las características de la cama y del colchón, que debe ser firme y recto. La almohada además debe asegurar que la columna cervical forme el mismo ángulo con la dorsal que al estar de pie. Además, hay que evitar dormir en la misma posición más de 7 horas. Un aspecto importante en estos pacientes es insistir en que no interrumpa el régimen de ejercicios cuando se encuentra mejor, y educar y asesorar sobre el uso de corsés, ayudas técnicas y ortesis cuando se lo hayan prescrito. Siempre que esté sentado debe mantener apoyada la zona lumbar, con los pies apoyados en el suelo y respetando los ángulos de flexión de rodilla, tobillo y cadera. Mientras se está de pie es importante mantener un pie apoyado sobre un escalón en alto, y alternar los pies, aunque es preferible estar andando a estar de pie parado.

Para facilitar la movilidad deben evitarse los zapatos de tacón alto (más de 5 cm) y si hay que trabajar con los miembros superiores mientras se está de pie, hay que hacerlo a una altura adecuada, evitando agacharse, y si tiene que hacerlo hay que flexionar siempre las rodillas. (14)

- Actividad sexual: Algunos autores indican que la sexualidad y la sensualidad son aspectos importantes de todas las AVD y están directamente relacionadas con la calidad de vida de las personas. Los objetivos de un tratamiento sobre la actividad sexual incluirían el incremento de la autoestima y el asesoramiento sobre el tipo de ayudas y posiciones que faciliten una participación exitosa. El terapeuta siempre debe tener en cuenta el deber de crear un entorno que permita lo confidencialidad, comodidad y autoexpresión por parte del paciente. Así, el terapeuta ocupacional debería valorar diferentes factores como la calidad de vida, la definición del

rol, aspectos culturales que influirán en la vida sexual, la necesidad de utilizar técnicas de ahorro de energía o la presencia de distintas deficiencias. Algunos aspectos generales que debe conocer el paciente es que si tiene menor resistencia física debe esperar 3 horas después de las comidas e ingesta del alcohol, además de que algunos antidepresivos pueden provocar impotencia en hombres y menor lubricación en mujeres. (14)

Siempre y cuando sea posible, la intervención en las ABVD será realizada en el propio hogar del paciente, permitiéndole integrar todos los conocimientos en el medio en el que los volverá a poner en marcha por sí mismo sin ayuda del terapeuta.

Así, del equilibrio en las actividades que se realicen a lo largo del día dependerá el éxito del tratamiento y la recuperación del paciente. Por último, el terapeuta debe saber que el ritmo

de aprendizaje debe ponerlo el usuario para evitar fallos por ir demasiado deprisa, y de ahí la importancia de que el tratamiento sea individualizado. Es importante conocer que un programa bien estructurado debe comenzar a dar resultados entre 3 o 4 semanas tras su inicio. (20)

Técnicas de conservación de la energía

La conservación de la energía se refiere al uso sabio de la energía para completar las tareas que se deben realizar y que además, sobre capacidad para poder realizar actividades placenteras y significativas. Para ello es necesario simplificar el trabajo, es decir, completar la tarea del modo más efectivo, usando la menor cantidad de energía y en el menor tiempo posible.

Principios para la conservación de la energía

- Tomar frecuentes descansos.
- Priorizar actividades.
- Planificación anticipada.
- Establecer un ritmo más lento y constante para actividades pesadas.
- Utilizar el espacio eficientemente.
- Adoptar posturas correctas.
- Utilizar un equipo adaptado.

El dolor crónico conlleva en ocasiones a la pérdida de capacidad de desempeño. Si el dolor y el cansancio derivado de este le impiden al paciente realizar actividades cotidianas, es posible que pueda beneficiarse de las técnicas de conservación de la energía. Tras un análisis de la realización de las tareas cotidianas el terapeuta ocupacional podrá asesorarle sobre cómo reducir la cantidad de esfuerzo que necesita para llevarlas a cabo, la eliminación de algunas tareas, la configuración de periodos de actividad y reposo durante el día, etc. Es necesario el desarrollo de un plan adaptado y ajustado a sus características y preferencias para que obtenga el mayor beneficio de esta técnica.

Organización del entorno	Eliminar los esfuerzos innecesarios
Al planificar y organizar los espacios de trabajo se eliminan pasos innecesarios, ahorrando tiempo y energía y reduciendo el dolor. Recomendaciones: - Los objetos de uso frecuente sitúelos en un lugar de fácil acceso. - Utilice herramientas y utensilios ligeros y no pesados. - Alargue las palancas de los grifos y manillas de puertas. - Evite posiciones forzadas en la mesa y espacios reducidos. - Utilice un delantal con bolsillos en casa para trasladar los utensilios necesarios. - Valorar la opción de ubicar su habitación en la planta baja, y así eliminar el tener que subir y bajar escaleras.	Es importante aprender a eliminar pasos innecesarios en las tareas, e incluso eliminar aquellas que no son necesarias. Recomendaciones: - Realiza sentado las actividades que sea posible. - Utilice los beneficios de los productos de apoyo (abretarros, silla de ducha, pinza extensible de alcance, etc). - Deje un par de minutos la vajilla a remojo antes de fregarlos, y déjelos secar al aire. - Cuando realice la compra utilice un carro con ruedas e incluso tenga en cuenta el servicio a domicilio. - Puede serle útil un scooter eléctrico para realizar desplazamientos largos o ir de compras.
Planificar anticipadamente	**Prioriza**
Una correcta priorización y planificación de las actividades puede conllevar a una reducción del dolor y a la realización de la tarea de una manera más rápida y eficaz. Se debe alternar entre tareas más pesadas y ligeras e intercalar periodos de descanso. Recomendaciones: - Antes de comenzar alguna tarea coloque sobre la mesa todos aquellos materiales que vaya a necesitar, así evitará desplazamientos. - Cocine de manera abundante, guardando lo que sobre y así evitará cocinar a diario. - Realice descansos frecuentemente durante la actividad, y no sólo cuando ya esté agotado. - Realice una programación del tiempo que le supone cada actividad. - Anote la actividad que le ocasione mayor dolor y los periodos o momentos del día en los que el dolor es más fuerte.	Recomendaciones: - Elimina o reduce la frecuencia de realización de las tareas que son menos importantes para ti. - Si te ofrecen ayuda tus amigos y/o familiares, no la rechaces. - Si resulta necesario, piense en contratar a alguien para que realice la limpieza o aquellas tareas que menos le guste hacer y que más le agoten, reduciendo así también su carga de trabajo.

Por último, debemos recordar al paciente la importancia de la economía articular, sobre todo en pacientes con artritis reumatoide, ya que mantener una postura incorrecta durante la actividad influirá en el dolor que sentirá posteriormente y además así cuidará sus articulaciones. (28) De este modo, deberá mantener un postura correcta al sentarse y escribir o trabajar, evitar el cargar objetos que demanden más fuerza de la que pueda ejercer, deslizar los objetos en lugar de levantarlos, y en el caso de que tenga que levantarlos, deberá flexionar las rodillas para agacharse y mantener los objetos pegados al cuerpo, etc. (29)

Intervención en las destrezas de regulación emocional y cognitiva

Uno de los aspectos más importantes para conseguir éxito en el tratamiento y sobre el que debemos influir como terapeuta ocupacionales es en la existencia de motivación.

Un individuo puede ser considerado falto de motivación en el tratamiento, pero no debemos olvidar que el problema real puede hallarse en otro aspecto, como pueden ser barreras lingüísticas o culturales, otras limitaciones físicas, déficits cognitivos o poca formación cultural, afectando a la comprensión de instrucciones verbales o escritas que se le den al usuario. En otras ocasiones, son los problemas familiares o económicos los que pueden impedir que el paciente acuda a las citas con el terapeuta de forma regular. (22)

Estrategias de afrontamiento

Como estrategia de afrontamiento útil se plantean los ejercicios de relajación. Además de aliviar el dolor, las técnicas de relajación son un buen método para reducir el estrés y la ansiedad, repercutiendo positivamente en el estado de ánimo del paciente y por lo tanto, en su motivación y participación en actividades, aumentando así su calidad de vida.

El hecho de vernos en la situación de tener dolor crónico y focalizar la atención en ello puede llevarnos a una activación fisiológica (tensión muscular, sudor, temblor...), y si esta activación persiste o aumenta, iremos notando una sensación de tensión y/o ansiedad que irá en aumento, lo cual conlleva a un deterioro de la actuación. Si esta situación de ansiedad se mantiene en el tiempo, puede llevarnos a otros trastornos de la salud e incluso a sufrir depresión. De aquí la importancia de la relajación en este tipo de patologías. La terapia a través de la relajación puede dividirse en dos grandes grupos:

o Relajación Mente-Músculo. Reciben este nombre porque su objetivo es que a través de ellas, la persona pueda inducir mentalmente un estado en su organismo, en este caso un estado de relajación. Entre estas técnicas podemos encontrar:

- El entrenamiento autógeno, que actúa a través del uso de imágenes que se refieren directamente a las funciones del sistema vegetativo (el estómago, la respiración, el corazón...).

- Las técnicas de meditación.
- La técnica de la hipnosis.

o Relajación Músculo-Mente. La finalidad de este tipo de entrenamiento en relajación es provocar la tranquilidad mental y con ello el estado de relajación suprimiendo progresivamente todas las tensiones musculares, es decir, relajamos el cuerpo para conseguir relajar la mente.

- La relajación progresiva. Es un método de relajación que fue ideado por un fisioterapeuta llamado Jacobson para sus pacientes, basándose en ciclos de tensión- distensión muscular. A día de hoy diferentes versiones que nacieron a raíz de este son muy utilizadas debido a su fácil aplicación y efectividad.
- La técnica de la respiración. Un control adecuado de nuestra respiración es la estrategia más sencilla para

hacer frente a diferentes situaciones de ansiedad o estrés, además de que un hábito correcto de respiración garantiza el aporte necesario y suficiente de oxígeno para el funcionamiento del cerebro. Se ha comprobado que el entrenamiento en respiración, además de lo indicado hasta ahora, es útil para disminuir la ansiedad, disminuir la irritabilidad, disminución de algunos síntomas depresivos y la disminución de la tensión muscular y la fatiga, siendo así una buena técnica de relajación para aliviar el dolor crónico.

Es importante tener en cuenta en cada sesión de relajación el entorno en el que se realiza. El lugar propicio sería aquel en el que se pueda evitar en lo posible los estímulos visuales y auditivos, con una temperatura adecuada y una iluminación tenue. Además, la posición del paciente debe ser adecuada para permitir la relajación:

Tumbado sobre una cama, diván o colchoneta, con los brazos y piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo.

1. En un sillón cómodo, amplio y con brazos, usando los apoyos para nuca y pies, en caso de no tener apoyo para los pies estos deben estar apoyados en el suelo sin cruzar las piernas.

2. Lo que se conoce como “posición del cochero”, sentado en un taburete sin respaldo, sin forzar la espalda, con los antebrazos apoyados en las piernas, y los pies perfectamente apoyados en el suelo.

En cualquiera que sea la postura que adoptemos, es importante tener ropa cómoda, que no nos oprima, evitar llevar zapatos, gafas, lentillas, cinturón... el terapeuta debe controlar el manejo de la técnica que ha elegido utilizar, usar un tono de voz suave y monótona y hablar de forma sosegada y pausada. (30)

Técnicas de evasión

La importancia de las técnicas de evasión viene dada por el hecho de que la sensación de dolor aumenta siempre y cuando el paciente focaliza la atención en este. Mientras más presta atención más le duele, y mientras más le duele más presta atención. Por lo tanto, usar actividades significativas y placenteras para el paciente puede ser un medio perfecto para que traten de olvidar el dolor que sienten, o al menos disminuir esa sensación a través de la disminución de la atención en el dolor.

Para ofrecer actividades significativas podríamos empezar conociendo al paciente a través de cuestionarios como el Listado de intereses, que nos daría las pautas básicas para conocer sus gustos y poder proponerle actividades que le produzcan una motivación real y una satisfacción personal a través de su ejecución.

Cambio de estilo de vida

La adquisición o recuperación de una ABVD no sólo depende del nivel de complejidad de la actividad en relación con la discapacidad que presenta el individuo debido al dolor crónico que sufre, sino que también del nivel de motivación y el estilo de vida de la persona y sus roles.

El terapeuta ocupacional analiza cada actividad valorando los distintos componentes físicos, sensoriales, cognitivos, perceptivos, psicológicos, sociales y afectivos y cómo y en qué grado pueden modificarse. Por ello, uno de los primeros objetivos será analizar las interrelaciones entre las capacidades y habilidades individuales en la ejecución de las distintas actividades, centrándose el terapeuta principalmente en valorar las áreas y contextos ocupacionales. (20)

De este modo, el terapeuta ocupacional, utiliza los datos

sobre su estilo de vida en términos de patrones de actividad física, la calidad del sueño, y el gasto de energía. Así, el paciente compara sus percepciones de la actividad a los datos proporcionados por el terapeuta, para reconocer de este modo las relaciones entre la actividad, el descanso, el ritmo, y la fatiga y el dolor y por lo tanto, desarrollar rutinas de la vida diaria más saludables.

Como método se propone el uso de la tarta de la vida, que consiste en un círculo donde el paciente dibuja en forma de queso el tiempo que le dedica a cada actividad, para posteriormente pensar sobre ello y plantear posibles modificaciones en el estilo de vida que contribuirían a la calidad de vida de este. Rutinariamente y según sea necesario, el terapeuta consultará con el equipo interdisciplinario los resultados. El objetivo final consiste en aumentar la actividad física, el ritmo de actividad, y reducir el impacto subjetivo y objetivo del dolor crónico en las actividades cotidianas. (31)

Como Terapeutas Ocupacionales, daremos una gran importancia a la rehabilitación funcional, que incluirá si es necesario un programa de reinserción laboral. Además, es de gran importancia normalizar el sueño en estos pacientes que frecuentemente presentan alteraciones en, que causan un cansancio el cual provoca hábitos inadecuados en términos de sueño diurno (prolongación del sueño matutino y siestas), volviendo a fortalecer el complejo círculo vicioso del dolor crónico agravado por la habitual reducción del ejercicio físico. En estos casos se hace necesaria la puesta en práctica de programas de relajación, de aumento de la actividad física y de regularización de los ritmos vigilia/sueño.

Por último, otro objetivo importante para el cambio de estilo de vida, es conseguir la readaptación social en el paciente. Es por esto que debemos insistir en la importancia que tienen las relaciones sociales en nuestras vidas e incluso ingresar al paciente en un programa de

CONCLUSIÓN

El dolor es un grave problema de salud pública, y su inadecuado manejo puede tener graves y diversos efectos en el estado físico, psicológico y emocional de los pacientes, lo que repercute en las actividades de la vida diaria y condiciona pérdidas económicas, laborales y sociales con trascendencia en una proporción significativa de la población. (32)

El deterioro de habilidades para cubrir las necesidades del arreglo personal y manejo del entorno, suele traer consigo la pérdida de autoestima y una profunda sensación de dependencia, llegando incluso a producir sentimientos de infantilismo. El cómo las personas desarrollan sus habilidades es a través de la participación en actividades y su realización, aumentando su conocimiento personal y el de los individuos que le rodean, incrementándose al mismo tiempo el sentimiento de competencia y confianza sobre su determinada

capacidad y habilidad en la vida diaria. (20) Es por esta razón que la interferencia del dolor crónico en las Actividades Básicas de la Vida Diaria provocará un cambio substancial en el estilo de vida del usuario, haciéndose evidente la necesidad de adaptación y reentrenamiento de algunas tareas para conseguir la máxima independencia, que significará un aumento de su calidad de vida. Como terapeutas ocupacionales, es importante que conozcamos las dificultades que pueden surgir en este tipo de pacientes con el objetivo de llevar a cabo una intervención eficaz, ya sea a través de programas de Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria, técnicas de conservación de la energía, relajación o evasión, HHSS, Psicoeducación, etc.

El dolor crónico, a pesar de tener comienzo en el aspecto motor va más allá, influyendo de forma negativa en las emociones del usuario y habilidades cognitivas. La heterogeneidad existente entre los pacientes que presentan dolor crónico hace que las intervenciones diseñadas para esta

patología sean difíciles de protocolizar. Por lo tanto, el tratamiento debe ser individualizado para cada paciente y a menudo requiere más de un tipo de terapia, entre ellos la terapia ocupacional, cuya intervención focalizará la atención en mejorar la calidad de vida del usuario, incrementando su sentimiento de autonomía y su autoestima.

El proceso de aprender a convivir con el dolor puede ser resumido en toma de conciencia, aprender a vivir con la enfermedad y dominio, y por ello no olvidaremos durante el tratamiento terapéutico la importante afectación del dolor crónico en el aspecto psicológico y emocional, y la necesidad del paciente de comprenderlo y aceptarlo como parte de su vida. Y es que el dolor crónico no afecta exclusivamente a las actividades que el usuario realiza, sino que disminuye el estado de ánimo y la motivación, provocando estrés, ansiedad, apatía y/o depresión. Y es debido a su componente emocional que el dolor crónico pasa de considerarse como una simple patología de origen físico a una experiencia desagradable

perdurable en el tiempo, lo que la convierte en una enfermedad que precisa de un tratamiento por parte de un equipo multidisciplinar compuesto por diferentes profesionales de la salud y de una intervención holística, individualizada y centrada en el aumento de la calidad de vida.

Por todas estas razones, desde Terapia Ocupacional cobra especial importancia la realización de programas e intervenciones individuales que cubran las necesidades inmediatas de este grupo heterogéneo de pacientes que comparten la misma afectación a diario, el dolor crónico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hentschke C, Hofmann J, Pfeifer K. A bio-psycho-social exercise program (RÜCKGEWINN) for chronic low back pain in rehabilitation aftercare--study protocol for a randomised controlled trial. BMC Musculoskelet Disord. 2010;11:266.
2. Karla Soares Weiser, Iván Sola, Ed. Aromataris, Jesús Tornero, Concepción Pérez, César Margarit, Jos Kleijnen. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Spain. [Internet]. Fundación Grünenthal; 2010. Available from: http://www.changepain.org/cms/cda/file/Epidemiology+of+chronic+nonmalignant+pain+in+spain.pdf?fileID=175800251&cacheFix=1307606733000&__k=ff88b1ecd391002ece8bd0607e4cdf34
3. American Occupational Therapy Association, Inc. Occupational Therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). Bethesda; 2008.

4. Manuel J. Rodríguez López. Valoración y manejo del dolor. Madrid: Arán; 2006.
5. MD. Ronald Kanner. Secretos del tratamiento del dolor. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
6. J. Serra Catafau. Tratado de dolor neuropático. Madrid: Panamericana; 2007.
7. Dolores crónicos benignos más frecuentes [Internet]. Fundación Internacional del Dolor (FID); Available from: http://www.fundacioninternacionaldeldolor.org/
8. María Isabel Heraso Aragón. Saber vivir frente al dolor. 2003.
9. El dolor de cabeza, migraña y cefalea. Buenos Aires: Ediciones Lea; 2006.
10. Rosa Esteve Zaragaza, Carmen Ramírez Maestre. El desafío del dolor crónico. Málaga: Aljibe; 2003.
11. C. Muriel Villoria. Dolor crónico. Diagnóstico, clínica y tratamiento. Madrid: Arán; 2007.

12. Moix, Jenny. Cara a cara con tu dolor. Barcelona: Ediciones Paidós; 2006.
13. Wilma Penzo. Capítulo 7. El dolor crónico. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1989. p. 179–201.
14. Pedro Moruno, Dulce María Romero. Actividades de la Vida Diaria. Barcelona: Elsevier; 2006.
15. Houle TT, Butschek RA, Turner DP, Smitherman TA, Rains JC, Penzien DB. Stress and sleep duration predict headache severity in chronic headache sufferers. Pain. 2012 Dec;153(12):2432–40.
16. Stovner LJ, Andrée C, Eurolight Steering Committee. Impact of headache in Europe: a review for the Eurolight project. J Headache Pain. 2008 Jun;9(3):139–46.
17. Buse DC, Rupnow MFT, Lipton RB. Assessing and managing all aspects of migraine: migraine attacks, migraine-related functional impairment, common comorbidities, and quality of life. Mayo Clin Proc. 2009 May;84(5):422–35.

18. Hagen K, Thoresen K, Stovner LJ, Zwart J-A. High dietary caffeine consumption is associated with a modest increase in headache prevalence: results from the Head-HUNT Study. J Headache Pain. 2009 Jun;10(3):153–9.
19. Pérez CLA. Fibromialgia: Diagnóstico y estrategias para su rehabilitación. Ed. Médica Panamericana; 2011. 184 p.
20. Dulce Romero Ayuso, Pedro Moruno Millares. Actividades básicas de la vida diaria o cuidado personal. Terapia ocupacional Teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. p. 319–58.
21. R. Pabst, Renate Putz. Extremidad superior. Sobotta Atlas de anatomía humana. Ed. Médica Panamericana; 2006. p. 408.

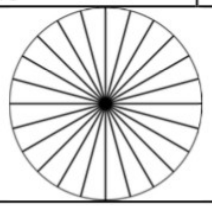
22. Annie Turner, Marg Foster, Sybil E. Johnson. Traumatismos de los miembros superiores. Terapia Ocupacional y disfunción física. 5a ed. Madrid: Elsevier Science; 2003. p. 441–54.
23. R. Pabst, Renate Putz. Extremidad inferior. Sobotta Atlas de anatomía humana. Ed. Médica Panamericana; 2006. p. 408.

24. Tikkanen O, Haakana P, Pesola AJ, Häkkinen K, Rantalainen T, Havu M, et al. Muscle activity and inactivity periods during normal daily life. PloS One. 2013;8(1):e52228.
25. Perraton L, Machotka Z, Kumar S. Components of effective randomized controlled trials of hydrotherapy programs for fibromyalgia syndrome: A systematic review. J Pain Res. 2009;2:165–73.
26. Margarita Sebastián Herranz, Isabel Valle Gallego, Ángela Vigara Cerrato. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Persona. Imserso; 2011.
27. Guía de Terapia Ocupacional para personas con artritis reumatoide. Madrid: Asociación Madrileña de Pacientes con Artritis Reumatoide, AMAPAR; 2007.
28. María Encarnación Roncal Marqueta. El día a día con artritis reumatoide: ergonomía articular. Madrid;

29. Melanie Pagán Rivera, Zahíra M. Colón López. Técnicas para conservación de energía y simplificación de tareas. Puerto Rico: Colegio de profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico;
30. Formación sin barreras (AFIM). Técnicas de relajación: curso de autoayuda.
31. Mallinson T, Fischer H, Rogers JC, Ehrlich-Jones L, Chang R. Human occupation for public health promotion: new directions for occupational therapy practice with persons with arthritis. Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc. 2009 Apr;63(2):220–6.
32. González-Rendón, C.; Moreno-Monsiváis, M. Guadalupe. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Rev Soc Esp Dolor. 2007;422–7.

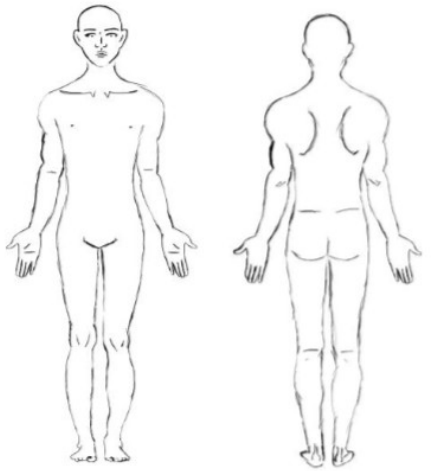
Anexo 1

Valoración ocupacional del dolor

Nombre y apellidos:			**Fecha:**	
Valoración del dolor (1-10)	En el día de hoy		En el día de más dolor	
	En la última semana		Ahora mismo	
Interferencia en las ABVDs (1-10)	Alimentación		Movilidad funcional	
	Baño, ducha		Cuidado de los dispositivos de atención personal	
	Cuidado de la vejiga y los intestinos		Higiene y arreglo personal	
	Vestido		Actividad sexual	
	Comer		Higiene del inodoro	
	Dormir, descanso		**Nº de horas en gráfico circular**	
Nº de horas	Sentado			
	Tumbado			
	Activo			
	Realizando ejercicio físico			

Cuando estabas activo…	¿Qué actividades realizaste?
	¿Cómo te sentiste?
	¿Usaste productos de apoyo? Si / No
	Estado de ánimo
	¿Cómo actuaron los demás durante tu actividad?
Cuando el dolor ha sido más fuerte…	Actividades que has evitado
	¿Cómo te sentiste?
	¿Usaste técnicas de relajación? Si / No
	Estado de ánimo
	¿Cómo actuaron los demás ante tu comportamiento?

Observaciones:



Anexo 2

Dolor crónico en…		ABVD que se encuentran significativamente limitadas	Movimientos/posiciones que pueden limitar la actividad o aumentar considerablemente el dolor
Zona cefálica	Cefalea	- Baño/ducha. - Vestido. - Alimentación. - Movilidad funcional. - Higiene personal y aseo. - Actividad sexual.	- Cualquier movimiento significativo.
Tronco	Cervicoalgia	- Baño/ducha. - Aseo e higiene en el inodoro. - Vestido. - Alimentación. - Movilidad funcional. - Actividad sexual.	- Flexión/extensión de cuello. - Incorrecta posición en sedestación.
	Lumbalgia	- Baño/ducha. - Vestido. - Alimentación. - Higiene personal y aseo. - Movilidad funcional. - Actividad sexual.	- Flexión/extensión de tronco y cadera. - Rotación externa o interna de cadera. - Posición de agachado. - Posición de bipedestación. - Transferencias y transporte de objetos.
Miembro superior	Hombro y brazo	- Baño/ducha. - Vestido. - Alimentación. - Higiene personal y aseo. - Actividad sexual.	- Flexión/extensión de hombro. - Rotación externa e interna de hombro. - Aproximación y separación de hombro. - Decúbito lateral sobre hombro afectado.
	Codo y antebrazo	- Baño/ducha. - Higiene personal y aseo. - Aseo e higiene en el inodoro. - Vestido. - Alimentación. - Cuidado de dispositivos de atención personal. - Actividad sexual.	- Flexión/extensión de codo. - Rotación externa e interna de codo. - Pronación y supinación de antebrazo. - Alcance de objetos. - Abrir/cerrar grifos o botes de rosca
	Muñeca, mano y falanges	- Alimentación. - Baño/ducha. - Aseo e higiene en el inodoro. - Vestido. - Cuidado de dispositivos de atención personal. - Actividad sexual.	- Flexión/extensión de muñeca y dedos. - Aproximación y separación de muñeca y dedos. - Oposición del primer dedo. - Agarre grueso o fino de objetos. - Realización de pinzas.
Miembro inferior	Cadera y muslo	- Baño/ducha. - Aseo e higiene en el inodoro. - Vestido. - Actividad sexual. - Movilidad funcional.	- Flexión/extensión de cadera. - Rotación externa e interna de cadera en posición flexionada. - Aproximación y separación de cadera. - Posición de agachado y transferencias.. - Posición de bipedestación y marcha.
	Rodilla y pierna	- Movilidad funcional. - Baño/ducha. - Vestido. - Actividad sexual. - Higiene personal y aseo.	- Flexión/extensión de rodilla. - Rotación externa e interna de rodilla. - Posición de bipedestación y marcha. - Transferencias. - Subir y bajar escaleras.
	Tobillo y pié	- Movilidad funcional.	- Flexión plantar y dorsiflexión. - Flexión/extensión de falanges del pié. - Posición de bipedestación y marcha.

TEMA 80. SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTE CON DEMENCIA.

MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ CHAVES
FERNANDO HINOJOSA FUENTES

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN DEL CASO
- EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y JUICIO CLÍNICO
- CONCLUSIÓN

INTRODUCCIÓN DEL CASO

Mujer de 83 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Hipertensa, diabética y con sobrepeso. Con Fibrilación auricular anticoagulada con Apixabán®. Hipertiroidismo. Úlcera gástrica actualmente controlada. Anemia de trastornos crónicos. Deterioro cognitivo de dos años de evolución no estudiado y sin tratamiento.
Vida basal: Dependiente para la mayoría de actividades básicas de la vida cotidiana. Ortopnea de dos almohadas. Principal cuidador: su hijo.

La familia de la paciente solicita valoración en domicilio de ésta debido a empeoramiento súbito de su situación neurológica de cinco días de evolución.

Paciente que sufre deterioro cognitivo progresivo desde hace aproximadamente dos años, sin medicación para ello en el momento de la visita, y que desde hacía cinco días presentaba aumento repentino de la desorientación tanto en esfera persona como lugar, con dificultad para el reconocimiento de familiares y cuestiones reiterativas relativas a su identidad, los que la rodean y al lugar en el que nos encontramos.

Sin fiebre, sin heridas, sin pérdidas hemáticas vía digestiva, sin sintomatología miccional, sin náuseas, vómitos ni diarreas, sin antecedentes de traumatismo craneoencefálico ni ninguna sintomatología somática.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Paciente senil. Consciente, desorientada en persona y espacio, no así en esfera temporal, colaboradora. Ligera palidez cutánea, con mucosas bien hidratadas.
Tensión arterial 170/85 mmHg, Frecuencia cardiaca 56 lpm, Saturación O2 99%. Afebril.
Auscultación cardiopulmonar sin ruidos patológicos. Exploración abdominal anodina. Exploración neurológica: Signos meníngeos negativos. No alteraciones de pares craneales, no alteraciones en fuerza y sensibilidad de miembros. Tampoco de la marcha y del equilibrio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y JUICIO CLÍNICO

El empeoramiento súbito de las funciones neurológicas de la paciente, independientemente del deterioro cognitivo previo de esta, lleva a plantearse un Síndrome Confusional Agudo del anciano (SCA). En este caso SCA del paciente anciano con deterioro cognitivo previo no estudiado, probablemente con enfermedad de Alzheimer de base.

En lo que respecta a las etiologías, en primer lugar pensar en un problema isquémico, como el accidente vasculocerebral agudo, así como hemorrágico, bien secundario a crisis hipertensiva, que podría ser una de las posibilidades o secundario a traumatismo craneoencefálico en paciente anticoagulada.

También tener presente la etiología infecciosa, lo más frecuente en el anciano, la infección de orina y/o la infección respiratoria, aunque habría que valorar también detenidamente la piel para descartar focos de infección que pueden pasar desapercibidos.

Descartar deshidratación y/o empeoramiento de la función renal secundario a vómitos y diarrea, disminución de la ingesta de líquidos. Alteraciones iónicas. Sangrado microscópico y/o macroscópico secundario a pérdidas digestivas en paciente con antecedentes de úlcera digestiva y anemia de trastornos crónicos, así como interacciones medicamentosas.

CONCLUSIÓN

La paciente finalmente es derivada al Servicio de Urgencias Hospitalarias del área sanitaria de referencia para valoración, ante las múltiples etiologías a descartar en un Síndrome Confusional Agudo, confirmándose tras analítica hiponatremia grave de 113 mmol/L, con estudio de TAC craneal normal. Tras permanecer ingresada varios días y corregir paulatinamente el estado carencial de sodio, la paciente no mejora de la sintomatología neurológica que causó la primera consulta, motivo por el que se hace interconsulta a Neurología que confirma el diagnóstico de Alzheimer de la paciente e inicia tratamiento a pesar de lo avanzado de su situación.

BIBLIOGRAFÍA

Antón Jiménez M, Giner Santeodoro A, Villalba Lancho E. Delirium o Síndrome Confusional Agudo. Tratado de Geriatría para residentes. 18; 189 – 198. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2018_II.pdf

Lázaro – del Nogal M, Ribera – Casado JM et al. Síndrome Confusional (delirium) en el anciano. Psicogeriatría 2009; 1 (4): 209 – 221. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0104/0104_209_221.pdf

TEMA 81. SINDROME DEMENCIAL.

SONIA RON PÉREZ

ÍNDICE

- 1. DEFINICIÓN
- 2. CLASIFICACION ETIOLÓGICA
- 3. FASES
- 4. DIAGNÓSTICO
- 5. ACTUACION GENERAL ANTE LAS DEMENCIAS
- 6. BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN

La Demencia es una enfermedad del Sistema Nervioso Central que conlleva pérdida de funciones superiores, deterioro mental progresivo e incurable y alteraciones en la memoria (inmediata y retrograda), lenguaje (afasia, disartria, anomia, dificultad de comprensión o lentitud), orientación, cálculo, capacidad de ejecución, pensamiento, etc., lo que conlleva pérdida de autonomía.

Es el tercer problema de salud en países desarrollados, el 40-60% se debe al Alzheimer, el 20-30% a demencias multiinfarto o vascular y el 15% a demencias secundarias o sintomáticas.

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA

1. **Demencias degenerativas o primarias**: Son demencias no tratables e irreversibles:
   - -Alzheimer
   - -Cuerpos de Lewy
   - -Fronto temporal (enfermedad de Pick)
   - -Parkinson
   - -Corea Huntigton
2. **Demencias vasculares**: Son demencias poco o nada reversibles:
   - -Multiinfarto e infarto estratégico.
   - -Enfermedad de Binswanger
   - -Arteriopatías
   - -Vasculopatías

3. <u>Demencias sintomáticas o secundarias</u>: Son demencias de origen metabólico, alguna tratable y reversible:

-Déficit de vitamina B12 y B9 (Acido Fólico)

-Esclerosis Múltiple

-Síndrome de Creutzfeldt-Jacob

-Síndrome de Wernicke-Korsakoff

FASES

1.- Fase Leve:

Aparecen los fallos en la memoria reciente (olvida citas, nombres de personas, fechas, etc.), continua razonando pero con dificultad para encontrar palabras adecuadas.
A nivel conductual suele aparecer irritabilidad y cambios de humor ya que la persona se da cuenta de que pierde el control de lo que le rodea.
A nivel funcional, las personas aún son independientes para las actividades de la vida diaria.

2.- Fase Moderada:

Se agravan los problemas de memoria episódica, aparece desorientación (temporal, espacial y personal), alteraciones de lenguaje (lenguaje repetitivo, circunloquios, anomia grave, disminución de la fluidez verbal, sobre todo la espontanea, alteraciones en la comprensión verbal).

A nivel conductual puede aparecer deambulación, alucinaciones y en algunas ocasiones agresividad sobre todo a nivel verbal.

A nivel funcional, la persona es dependiente para las actividades avanzadas e instrumentales de la vida diaria y precisa supervisión y/o ayuda en las actividades básicas (como la vestimenta, la higiene).

3.- Fase Grave o Avanzada:

Se produce una pérdida total de la capacidad intelectual, con deterioro absoluto de todas las funciones cognitivas (memoria, atención, comprensión, orientación, juicio, pensamiento, etc.).

A nivel conductual, la persona está más agitada, grita, llora.

A nivel funcional, es totalmente dependiente para todas las actividades de la vida diaria, incluso las más básicas (alimentación y control de esfínteres).

DIAGNÓSTICO

Anamnesis

En un sujeto en el que sospechamos la presencia de una demencia se deben recoger los datos habituales en cualquier historia clínica (antecedentes, hábitos tóxicos, estilo de vida…).

Exploración neuropsicológica

Se recomienda evaluar al paciente con sospecha de deterioro cognitivo, la prueba de elección es el Miniexamen Cognoscitivo de Lobo28, 29 (MEC) , aunque pueden utilizarse, o complementarse, con otras como el Test del Reloj30, Test del Informador abreviado31, 32, 33, Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer34, 35, etc.

Exploración física completa:

Informe sobre los estados de consciencia, hidratación y nutrición, pupilas, pares craneales, presencia o ausencia de bocio, adenopatías, soplos en cuello y reflejos primitivos como el de succión, el de prensión palmar y el de hociqueo entre otros, examen del tórax y auscultación cardiorrespiratoria, exploración abdominal, presencia o ausencia de edemas en miembros y pulsos periféricos, tono, fuerza muscular, reflejos de estiramiento muscular y cutáneo-plantares, Romberg y marcha.

Exploración complementaria:

Determinaciones analíticas en sangre y orina

Se debe realizar una bioquímica sérica completa que incluya glucosa, función renal y hepática, función tiroidea y vitamina B12.

Deben realizarse también un hemograma completo, serología de lúes si el paciente tiene factores de riesgo específicos (la Sociedad Española de Neurología recomienda su realización rutinaria) y un análisis elemental de orina.

Pruebas de imagen y trazados gráficos

Debe realizarse una Tomografía Axial Computarizada (TAC) o una Resonancia Nuclear Magnética (RNM) de cráneo.

Punción lumbar, solamente se realizará en casos de sospecha de infección del Sistema Nervioso Central (SNC).

ACTUACION GENERAL ANTE LAS DEMENCIAS

Para tratar adecuadamente a una persona que padece demencia, han de seguirse una serie de pautas de comportamiento:

- Evitar interrupciones o distorsiones de palabras y gestos.
- Si no encuentra la palabra, sugerirle que lo señale.
- Ofrecerle ideas escuetas, aisladas y completas para que entienda el significado.

- No corregirle continuamente, asegurarnos que entiende lo que le decimos.
- Expresarnos con palabras cortas y sencillas.
- Hablar lento, vocalizar y repetir si no entiende.
- Acompañar las frases con gestos directos y expresivos.
- Evitar irritabilidad, responder con amabilidad y empatía.
- Estimular conversaciones sobre el pasado reciente.
- Ofrecerle siempre una sonrisa si nos mira.
- No hacer preguntas cuando le supongan un dilema, pero si cuando la respuesta sea si o no.

BIBLIOGRAFÍA

- Myron F.Weiner, Anne M.Lipton: **Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias**. Editorial Medica Panamericana, ES 2010.

- Felix Bemejo Pareja, Teo Del Ser: **Demencias conceptos actuales**. Editorial Diaz de Santos, ES 1993.

- Gerencia Regional de Castilla y León, **Guía de atención a pacientes con demencia en Atención Primaria**, D.L. VA 916-2007 [citado 19 Septiembre 2019] disponible en: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/castillayleon-guiademencia-01.pdf

TEMA 82. ABORDAJE DEL ALCOHOLISMO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA .

MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA
BEATRIZ GARCÍA SERRANO
MARTA ATIENZA CORREAS

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. DESARROLLO
3. ABORDAJE DESDE LA ENFERMERÍA
4. CONCLUSIÓN
5. BILIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El alcoholismo se considera como la incapacidad para controlar el consumo de bebidas alcohólicas que se caracteriza por episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol.

El alcohol es una sustancia adictiva que se ha socializado en muchos países como por ejemplo en España, lo que permite disimular la ingesta abusiva o catalogarse como algo común. Como consecuencia de todo ello, la prevención , diagnóstico y tratamiento del alcoholismo no es de fácil abordaje, ya que no es habitual que se solicite ayuda médica salvo en casos graves o muy evidentes. (1)

Es por ello que desde el equipo de Atención Primaria se deben tratar también este tipo de problemas, incidiendo en la promoción de la salud, previniendo la enfermedad, así como ayudar a realizar su tratamiento y rehabilitación. (2)

Es importante que sepamos diferencias dos conceptos:

- El **síndrome de dependencia**: consiste en un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo. Dos de los síntomas más característicos son la sensación de deseo o necesidad de beber alcohol y la disminución de la capacidad para controlar la ingesta de alcohol. (3)

- Síndrome de Abstinencia: conjunto de síntomas que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida durante un periodo prolongado y/o en dosis altas. Se caracteriza por la presencia de hiperactividad vegetativa (temblor, sudoración, HTA, náuseas, vómitos…), síntomas relacionados con la ansiedad, irritabilidad, inquietud y deseo imperioso de consumir alcohol. Aparece de 6 a 48 horas después de consumir dicha sustancia, si no existe ninguna complicación suele remitir al cabo de 2 a 5 días. (4)

2. DESARROLLO

- 2.1 FACTORES DE RIESGO (5)

- Disponibilidad y accesibilidad al alcohol.
- Apoyo social y cultural del alcohol asociado al ocio.
- Publicidad.
- Falta de conocimientos o información errónea.
- Influencia del entorno o presión de grupo.
- Inmadurez emocional.
- Necesidad de llamar la atención.
- Problemas sexuales, como por ejemplo, inseguridad sexual.
- Soledad y/o incapacidad para integrarse.
- Incapacidad de tolerancia a la frustración o sufrimiento.

- 2.2 CONSECUENCIAS DE CONSUMIR ALCOHOL (6)

- A nivel **físico**:

→ Aumento de probabilidades de : sangrado de estómago y esófago, inflamación y daños en el páncreas, daño hepático.

→ Repercusiones a nivel cardiovascular.

→ A nivel inmunológico: tuberculosis, neumonías…

→ A nivel neurológico: daño de las neuronas que pueden causar alteraciones en la memoria y capacidad de razonamiento.

- A nivel **social**:

Con frecuencia las personas beben por motivos como el sentirse mejor o bloquear determinados sentimientos ‘’negativos’’ como la tristeza o la ansiedad. Sin embargo el alcohol puede llegar a empeorar estos problemas o incluso provocar otros distintos como por ejemplo caídas, ahogamientos, violencia, relaciones sexuales de riesgo, accidentes automovilísticos, entre otros.

- 2.3 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS (7)(8)

Las muertes causadas por el alcohol representan el 3,8 % de la mortalidad mundial, especialmente en jóvenes.

- Se calcula que hay entre 200.000 y 300.000 personas adictas al alcohol, y que únicamente entre el 8-10% acude a profesionales sanitarios para tratarse.
- En España se calcula que la media de edad en la que se empieza a consumir alcohol se sitúa en los 13,7 años.
- El 33% de muertes causadas por accidentes de tráfico están relacionadas con el consumo excesivo de alcohol.
- Un 40% de las personas con dependencia alcohólica intentan suicidarse al menos en una ocasión y un 7% finalmente lo consiguen.

3. **ABORDAJE DESDE ENFERMERÍA**

Los profesionales sanitarios debemos educar a la población sobre el daño potencial del consumo excesivo de alcohol. El enfermero/a desde todos sus ámbitos tiene un papel relevante en la educación para la salud y en la promoción y prevención, desde la atención primaria.

Es cierto que para abordar este tipo de problemas existe una gran dificultad, debido a la ausencia de motivación, carencia de tiempo y de formación. Es por ello que debemos plantearnos algunos objetivos, como pueden ser:

- Proporcionar al paciente información, motivación y recursos sanitarios para favorecer que los usuarios avancen en sus procesos de cambio.
- Informar y dar visibilidad a los riesgos que existen asociados al consumo y abuso del alcohol.
- Desarrollar la capacidad de resistencia a la presión de grupo.
- Fomentar estilos de vida saludables desde la educación para la salud, sobre todo enfocada a los jóvenes.

3.1 ACTIVIDADES PARA LA DETECCIÓN Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ENTORNO SOCIAL Y FAMILIAR

- Actividades de prevención individualizada: se realizan en consulta mediante un diálogo de escucha activa y consejo. Están dirigidas principalmente al adolescente y orientadas a entender las conductas de salud y prácticas de riesgo que realiza.
- Actividades de prevención comunitarias: dirigidas a la infancia y adolescencia, ya que son desarrolladas generalmente en colaboración con centros escolares, asociaciones, ONGs… Son las más eficaces en cuanto a prevención relacionada con el consumo de alcohol y drogas..

4. CONCLUSIÓN

El alcohol es una droga socialmente aceptada y legalizada en nuestro país.

Sin embargo la enfermedad a la que lleva, el alcoholismo, está estigmatizada pero a la vez es frecuente en muchas edades y sectores de la población.

Por todo esto, el trabajo de enfermería junto con el resto del equipo de atención primaria, es fundamental para el abordaje, detección y prevención de esta enfermedad.

La labor de Atención Primaria en el alcoholismo está basada en la educación a la población informando de los riesgos que pueden llevar a esta patología.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Recio Hernández S, Álvarez Gallar EM, Enríquez Calatrava V, González Alegre P, Mera Pérez R, Cánovas S. Rol de Enfermería en relación al uso y abuso del alcohol en pacientes ingresados en una UHB. Disponible en: http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/9a302b21-f70e-411e-b561-fbdfed19d4bd/a20a8f45-105c-4786-b8c3-dd91a43bcdbe/Rol_enfermeria_alchol_uhb.pdf
2. Arbesu JA, Armenteros del Olmo L, Casquero R, Gonçalves F, Guardia Serecigni J, López Santiago A, et al. Manual de Consenso sobre Alcohol en A.P. Sociedad científica Española de Estadística sobre Alcohol, Alcoholismo y otras toxicomanías.2016. Disponible en: http://www.semg.es/images/stories/recursos/2016/documentos/Manual-de-consenso-sobre-alcohol-en-atencion-primaria.pdf

3. Guardia Serecigni J, Jiménez-Arriero MA, Pascual P, Flórez G, Contel M. Alcoholismo, Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica 2ª ed. Sociedad Científica Española de Estadística sobre el Alcohol. Alcoholismo y otras toxicomanías. 2008. Disponible en: http://ajarjaen.org/Fotos%20AJAR/guia_alcoholismo_08.pdf

4. Organización Mundial de la Salud. ‘’Lexicon of Alcohol and Drugs’’.1994. Traducción y adaptación por Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España. Director Genereal. Idelfonso Hernández Aguado. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

5. Lic. Yusi Cervantes Leyzaola. Personalidad del alcohólico. 2002. Edición 17.

6. MedlinePlus. MD,MPH,ABIM Board Certified in Internal Medicine and Hospice and Paliative Medicine: Laura J. Martín, 2 de Junio de 2016. Riesgos del consumo de alcohol para la salud. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000494.htm

7. Informe de resultados del Estudio Sociológico ‘’Juventud y Alcohol[Internet]. 1st ed.2016. Disponible en: http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.com/uploads/PrevEsp_PDF/OD_ResultadosEstudio_Juventudyalcohol_Pfizer.pdf

8. Ministerio de sanidad política social e igualdad-Alcohol en menores no es normal. Magnitud del problema. Mssi.gob.es.2016. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/campannas/campanas11/alcoholenmenoresnoesnormal/magnitud.html

TEMA 83. CUIDADOS PALIATIVOS: LA VÍA SUBCUTÁNEA.

CARLOTA ACOSTA BERNARDO
VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ
TAMARA GARCÍA ORDOÑEZ
AIDA GARCÍA ARDURA

ÍNDICE

- Índice
- Resumen
- Palabras clave
- Abstract
- Key words
- Introducción
- Objetivos
- Metodología
- Desarrollo
- Conclusiones
- Bibliografía

RESUMEN

La esperanza de vida ha ido en aumento en los últimos años y por ello ha aumentado considerablemente el número de pacientes que reciben cuidados paliativos. Esto justifica la necesidad de conocer por parte de los equipos de enfermería la utilización de la vía subcutánea para administrar medicamentos ya que es la principal alternativa cuando la vía oral no es viable.

El principal objetivo de éste trabajo es elaborar una guía con los medicamentos más utilizados en los cuidados paliativos por vía subcutánea, así como conocer la correcta colocación, manejo y mantenimiento de dicha vía.

Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica mediante la búsqueda de artículos científicos e información en las siguientes bases de datos: Google académico, scielo, cocharne, pubmed.

PALABRAS CLAVE

Vía subcutánea. Cuidados Paliativos. Enfermo terminal. Hipodermoclisis.

ABSTRACT

Life expectancy has been increasing in recent years because the number of patients receiving palliative care has increased considerably. This justifies the need to know by the nursing teams the use of the subcutaneous route to administer medications since it is the main alternative when the oral route is not viable.

The main objective of this work is to elaborate a guide with the most used drugs in palliative care by subcutaneous route, as well as to know the correct placement, management and maintenance of said route.

To this end, a bibliographic review has been carried out by searching for scientific articles and information in the following databases: Google academic, dialnet, scielo, chrochane, pubmed.

KEY WORDS

Subcutaneous use. Palliative Care. Terminal patient. Hypodermoclysis.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente la esperanza de vida en los mayores aumenta y por lo tanto también las enfermedades crónicas y degenerativas, con lo que aumenta la demanda de cuidados paliativos. Debido a este envejecimiento de la población surge la necesidad de desarrollar nuevas técnicas de tratamiento que sean eficientes teniendo en cuenta el costo.

La vía oral es siempre la de elección para la hidratación y la administración de medicamentos en los cuidados paliativos, pero según avanza la enfermedad se requiere de una vía alternativa a la oral, y está será la vía subcutánea. La mayoría de pacientes en fase terminal conservan la vía oral hasta los últimos días y por lo tanto no es necesario plantearse alternativas a las mismas.

La vía subcutánea es por tanto la alternativa a la oral (en caso de pérdida) en este tipo de pacientes debido a su eficacia y simplicidad, a que presenta pocas complicaciones permitiendo la autonomía del paciente y siendo bien tolerada por él y sus familiares.

1.1 DEFINICIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) los define como “enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados a enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y la impecable y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”.

Características:

- Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
- Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
- Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.
- Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta la muerte.
- Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
- Mejoran la calidad de vida del paciente.
- Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a proteger la vida.

- Incluyen también la investigación necesaria para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

1.2 DEFINICIÓN DE PACIENTE TERMINAL

Según la OMS se define al paciente terminal como “la enfermedad en fase terminal que no tiene tratamiento específico curativo y por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a 6 meses); es progresiva, provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente.

1.3 VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS

Para elegir una determinada vía de administración hay que tener en cuenta una serie de recomendaciones: que de autonomía al paciente, que sea de fácil utilización, que sea aceptada por el paciente, que sea la menos agresiva y que tenga pocos efectos secundarios.

La primera vía de elección para administrar medicamentos en cuidados paliativos es la vía oral, pero cuando esta ya no es viable se recurre a la administración por vía subcutánea. Existen diversos motivos de la pérdida de la vía oral, como son: imposibilidad en la deglución, náuseas y vómitos persistentes, necesidad de dosis más altas de medicamento, malabsorción, obstrucción intestinal, estados confusionales, disminución del nivel de conciencia y agonía.

Tipos de vías:

1. Vía digestiva

- Vía oral: El medicamento se toma por la boca pasando posteriormente al torrente sanguíneo.
- Vía rectal: Introducción del fármaco por el ano. Se utiliza para conseguir efectos locales, pero también se emplea cuando hay dificultades en la administración por otras vías. Puede ser una buena alternativa ante la pérdida de la vía oral en los pacientes paliativos, pero el inconveniente es que existen pocos fármacos de administración rectal.
- Vía sublingual: El fármaco se coloca debajo de la lengua hasta su disolución, rápida absorción. ***Se emplean para administrar algunos medicamentos como el lorazepam o el diazepam, pero no es recomendable administrar morfina sublingual ya que tiene poca capacidad absortiva por esta vía***.

2. Vía parenteral:

- Vía intramuscular: Inyección profunda del fármaco, con ángulo de 90º. Zonas de punción: vasto externo, cuadrante superior externo del glúteo, cara externa del deltoides***. Resulta muy dolorosa dolorosa y provoca incomodidades al paciente terminal.***
- Vía intravenosa: se introduce el fármaco mediante una aguja directamente en vena. ***No está recomendada en el paciente terminal, ya que requiere de control hospitalario y no da autonomía al paciente. Además es un procedimiento de alto coste, en que a veces hay difícil acceso debido a las características de caquexia del paciente***.
- Vía intradérmica: Inyección en la piel con aguja en ángulo de 15º. Zona de punción cara anterior y externa del brazo y cara interna del antebrazo.
- Vía subcutánea: inyección del fármaco mediante una aguja en ángulo de 45º.

3. Vía tópica:

Utiliza la piel y las mucosas para la administración del fármaco. Normalmente se busca un efecto a nivel local.

Nos encontramos aquí: con la vía oftálmica, ótica, vaginal y tránsdérmica.

La vía transdérmica se utiliza también como alternativa a la vía oral en cuidados paliativos. Se emplea sobre todo como analgesia para controlar el dolor.

4. Vía respiratoria:

Se utiliza para aplicar un fármaco diluido a nivel de la mucosa de la tráquea, normalmente se utiliza en situaciones de urgencia clínica.

Dependiendo del estado en el que se encuentre el paciente emplearemos una u otra vía. Es importante saber que durante las fases finales se prescindirá de muchos medicamentos, manteniendo principalmente: analgésicos, antiémeticos, sedantes y anticonvulsionantes.

1.4 LA VÍA SUBCUTÁNEA

Se utiliza para administrar fármacos y líquidos en el tejido celular subcutáneo.
El tejido subcutáneo o hipodermis es la tercera capa de la piel, situada por debajo de la epidermis y de la dermis. Tiene una serie de funciones: actúa de aislante térmico, de reserva energética y de protección frente a traumatismos externos.
Por esta vía de administración se elimina el primer paso metabólico hepático al obtener una biodisponibilidad del 90%. Un ejemplo de ello, sería que al administrar morfina por vía subcutánea continua se obtienen niveles plasmáticos similares al administrarla por vía intravenosa.
Es la vía de elección en los enfermos terminales cuando no se puede emplear la vía oral, especialmente cuando estos enfermos están en su domicilio.

Está indicada en pacientes que no toleren la vía oral como son casos de disfagia, malabsorción, obstrucción intestinal, incumplimiento del régimen terapéutico, intolerancia gástrica, estados confusionales, náuseas y vómitos persistentes para control de la deshidratación (hipodermoclísis) y situación agónica lo que implica la necesidad de sedar al paciente.

Como contraindicaciones de la vía subcutánea tenemos, edema agudo generalizado o localizado en la zona de punción, coagulopatías severas, estados de shock, infecciones de repetición en la zona de inserción.

Las desventajas son escasas, principalmente nos encontramos con problemas mecánicos (acodadura del tubo, salida accidental), reacciones cutáneas en la zona de punción (eritema, induración, hematoma), limitación de fármacos y tipo de fluidos, admite poca cantidad de volumen, riesgo de infección local por manipulación excesiva y/o inadecuada.

Tenemos dos formas de administración subcutánea:

1. Infusión continua intermitente (en bolos): administración de pequeños volúmenes (1.5-2ml máximo). Se puede realizar mediante la punción reiterada o con la colocación de una palomilla en el tejido subcutáneo.

2. Infusión subcutánea continua: administración mediante bombas electrónicas externas e infusores elastoméricos. Es la forma más adecuada para la administración ya que se libera medicación constantemente obteniéndose concentraciones plasmáticas sin picos. Mayor comodidad.

1.5 HIPODERMOCLÍSIS

Es la técnica mediante la cual se infunden fluidos en el espacio subcutáneo a través de agujas de pequeño calibre para la hidratación del paciente. Los volúmenes a infundir irán de los 500ml a los 1500ml al día. Para esta hidratación se utilizarán fluidos isotónicos.

Es importante tener en cuenta que la región torácica y la abdominal poseen mayor capacidad de absorción.

La deshidratación e hidratación al final de la vida es un tema de controversia, ya que en cuidados paliativos el principal objetivo es el alivio del sufrimiento. A partir de este momento la hidratación sólo debe realizarse para alcanzar un efecto beneficioso claramente identificado.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es realizar un repaso de los aspectos más importantes del uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos, así como establecer una guía con los principales medicamentos utilizados.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ver la correcta forma de administración de los fármacos más utilizados en cuidados paliativos por vía subcutánea.
- Explicar los principales cuidados de enfermería que se llevan a cabo en la técnica tanto de colocación como de mantenimiento de la vía subcutánea.

3. METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica acerca de la administración de medicamentos por vía subcutánea aplicada a los cuidados paliativos.

Para ello se revisaron una serie de artículos de origen científico en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Cochrane y Google académico; seleccionando de entre ellos, artículos tanto en inglés como en español.

Además se utilizaron palabras clave para la búsqueda: Vía subcutánea, Cuidados Paliativos, Paciente terminal, Hipodermoclisis.

Se realiza una guía con los medicamentos más utilizados en cuidados paliativos por vía subcutánea, así como una guía con los materiales a utilizar para la correcta colocación de la vía subcutánea y su manejo y mantenimiento.

4. DESARROLLO

4.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LA VÍA SUBCUTÁNEA

Los profesionales de enfermería serán los encargados de la colocación y el mantenimiento de la vía subcutánea. Tendrán que encargarse de explicar los procedimientos que vayan a ser llevados a cabo al paciente y a la familia, así como reconocer los primeros signos y síntomas de infecciones o problemas en el punto de inyección.

Tendrán que comprobar siempre que la medicación pautada sea la correcta y serán los encargados de elegir la zona de punción donde se colocará la palomilla subcutánea, valorando el grado de movilidad del paciente.

1. Material necesario

Para la colocación de la palomilla subcutánea necesitaremos:
- Guantes no estériles.
- Gasas estériles
- Solución antiséptica
- Aguja tipo palomilla 23-25G de calibre.
- Jeringas de diversos tipos.
- Tiras adhesivas y apósitos transparentes para su fijación.
- Suero fisiológico o agua para inyección para purgar la palomilla.
- En caso de que fuera necesario bomba de infusión o infusor elastomérico, correctamente preparado y purgado.

2,Lugar de punción

Es importante valorar la comodidad del paciente para elegir la zona de punción donde se va a colocar la vía subcutánea. Se tendrá en cuenta la movilidad que tenga el paciente.
Zonas de punción: zona infraclavicular, tercio medio de la cara externa del brazo, abdomen y cara anterolateral del muslo.
Se evitarán aquellas zonas en las que haya mucho vello, con presencia de edemas, zonas próximas a tumores, zonas que hayan estado sometidas a radioterapia, prominencias óseas, pliegues cutáneos y zonas con poco tejido subcutáneo.
En caso de que el paciente se encuentre agitado el lugar para la colocación será la región escapular, y cuando se administren grandes cantidades de volumen como en casos de deshidratación el lugar adecuado será el abdomen.

3, Técnica

Antes de comenzar con la técnica, es importante explicar el procedimiento que se va a realizar al paciente. Posteriormente realizaremos un lavado rutinario de las manos y nos colocaremos los guates no estériles.

La palomilla se colocará en el tejido subcutáneo en cualquiera de las zonas de punción citadas anteriormente. Se fijará con tiras adhesivas y apósito transparente para poder tener visión del lugar de punción.

1º Seleccionar el sitio para la punción. 2º Purgar la palomilla con la medicación que se vaya a administrar (previa comprobación) o con suero fisiológico.

3º Desinfección de la piel con antiséptico.

4º Pellizcar un área extensa de la piel en tejido celular subcutáneo.

5º Insertar la palomilla con el bisel hacia arriba en ángulo de 45º, si el paciente está caquéxico el bisel se insertará hacia abajo.
6º Fijar la palomilla con tiras adhesivas y apósito transparente para ver la zona de inserción.

Es importante registrar el lugar de punción, calibre de la palomilla, fecha y hora de la colocación.
El cambio de la palomilla se realizará cada 7 días o antes si hubiera alguna complicación.
Es conveniente revisar la palomilla a diario en su zona de inserción para detectar problemas como son: induración, edema, enrojecimiento, hematoma. Ante estos problemas se procederá También es muy importante no administrar más de 2 ml de contenido en la administración en bolos, puesto que al administrar cantidades más grandes se favorece a que aparezca induración y eritema cambio de la zona de punción.

4.2 MEDICAMENTOS MÁS USADOS POR VÍA SUBCUTÁNEA

Analgésicos opioides

Estos fármacos son muy útiles en el control del dolor en cuidados paliativos. Son de uso frecuente, tanto en bolos, como en infusión continua. Se podrán utilizar dosis de rescate según las necesidades de cada paciente.

- ***Cloruro mórfico***: Indicado en el tratamiento del dolor, la disnea, la tos, la diarrea y en situaciones de agonía. Tiene una vida media de 4 horas. Es un fármaco fotosensible que necesita ser protegido de la luz. Equivalencia oral: SC 2:1. Concentraciones plasmáticas similares a la vía endovenosa en 15 min. Se puede administrar en bolo y e infusión continua. Es un fármaco que no tiene techo terapéutico. Presentación: Morfina 1% amp.10mg/1ml; Morfina 2% Vial 400mg/20ml.

- ***Fentanilo:*** Indicado en el tratamiento del dolor. Tiene una vida media de 7 horas. Fármaco fotosensible que necesita ser protegido de la luz. Equivalencia respecto a la morfina subcutánea 100:1. Produce menos estreñimiento que el uso de morfina y ante el fallo renal es el opioide más seguro. Se puede administrar en bolo y en infusión continua. Presentación: Fentanest ® amp. 0.15mg/3ml.
- ***Tramadol***: indicado en el tratamiento del dolor moderado-severo. Se administra en bolo y en infusión continua. En infusión continua subcutánea produce menos dolor y menos sedación. Presentación: Adolonta ® amp.100mg/2ml.
- ***Meperidina/Petidina:*** indicado en el tratamiento del dolor (también en el dolor agudo post-quirúrgico y severo). No precisa de dilución. Se administra en bolo, ya que se recomienda no mezclar con otros medicamentos. Presentación: Dolantina © amp.50mg/ml.

Antiinflamotorios no esteroideos

- ***Diclofenaco***: Indicado en el tratamiento del dolor, se emplea como coadyuvante. Se recomienda su dilución con SF 0.9% ya que es muy irritante. Tiene una vida media de 8horas. Se administra en bolo y en infusión continua. No se debe de mezclar con otros fármacos, ni en la infusión continua. Presentación: Voltaren ® amp. 30mg/ml.

Corticoides

- ***Dexametasona***: Indicada en el dolor, la disena, astenia-anorexia, los vómitos, compresión medular, obstrucción intestinal, sudoración intensa. Es un fármaco fotosensible que hay que proteger de la luz. No mezclar con otros fármacos, excepto con la morfina. Se debe usar la vía exclusivamente para su administración y es recomendable cambiarla a los 7 días, ya que es un fármaco altamente irritante y puede cristalizarse al mezclarla con otros fármacos. Se administra en bolos y en infusión continua (administración lenta). Presentación: Fortecortin ® amp. 4 mg/ml.

Benzodiazepinas

- ***Midazolam:*** Indicado en estados confusionales (agitación, ansiedad, delirio), anticonvulsionante, disnea, adyuvante junto con la morfina en la disnea severa. Es un ansiolítico e hipnótico. Puede desarrollar tolerancia tras varios días de administración. Su administración por vía subcutánea presenta ventajas frente a la vía intravenosa ya que no produce hipoensión ni depresión respiratoria. Se administra en bolo y en infusión continua. Presentación: Dormicum ® Midazolam amp. 5mg/5ml; Midazolam amp. 15mg/3ml.

- ***Clonazepam***: Indicado en las convulsiones y mioclonías. Es un ansiolítico e hipnótico. Se admnistra en bolo y en infusión continua. Presentación: Rivotril ® amp. 1mg/m.

Antiespasmódicos

- ***Bromuro de butiescopolamina***: Indicado en la obstrucción intestinal, disnea, secreciones respiratorias, cólicos (actúa como antiespasmódico) vómitos, estertores agónicos premortem. Puede producir sequedad bucal,. Es importarte no confundirla con la presentación que contiene metamizol (Buscapina Compositum ®) ya que está contraindicado su uso por la vía subcutánea. Se administra en bolo directo sin diluir, y en infusión continua diluido. Presentación: Buscapina® amp.20mg/ml.

Antieméticos

- ***Metoclopramida***: Indicada en las náuseas y los vómitos, en el estásis gástrico por compresión tumora, hipo. En casos de insuficiencia renal es necesario reducir la dosis la mitad. Existe un alto riesgo de precipitación en su administración por lo que es recomendable administrarlo por otra vía. Misma dosis para vía oral, subcutánea e intravenosa. Se administra en bolo, en infusión continua (es necesario diluirlo bastante dado al riesgo de precipitación). Presentación: Primperam ® amp.10mg/2ml.

- ***Ondansetron***: Indicado en las náuseas y vómitos, en el hipo. Se puede utilizar solo o en el infusor. No se puede mezclar con el tramadol. Se administra en bolo y en infusión continua. Presentación: Yatrox® amp.4mg/2ml.

Inhibidores de la bomba de protones

- **Omeprazol:** Indicado para la dispepsia. No mezclar con más fármacos. Administrar diluido con y lentamente. Se administra en infusión continua diluido en 100cc de SF 0.9%a pasar en perfusión SC en 3-4horas en una dosis única diaria. Presentación: Omeprazol vial 40mg.

Diuréticos

- ***Furosemida***: Indicado en el hipo, la insuficiencia cardíaca terminal, y edema generalizado por inmovilidad. Es un fármaco fotosensible que hay que proteger de la luz. Es irritante, por lo que los efectos en la administración por vía subcutánea continua son menores. Es importante vigilar la piel de alrededor de la zona de inyección. El efecto diurético es menor que por la vía oral y similar a la administración IM. La zona pectoral es la mejor para la administración de este fármaco. Se administra en bolo (administración única dado que la ampolla es de 2ml y por lo tanto es el mayor volumen que se puede administrar por vía subcutánea; aunque se podría administrar más de una ampolla a la vez cambiando el punto de inserción) y en infusión continua. Presentación: Seguril ® Furosemida Amp. 20mg/2ml Seguril amp.250mg/25ml.

5. CONCLUSIONES

La vía subcutánea debe ser un recurso más en la práctica diaria por parte de enfermería ya que presenta muchos beneficios aplicados a los cuidados paliativos. Principalmente porque es bien aceptada por el paciente y su familia y porque se puede utilizar en los domicilios evitando las hospitalizaciones y dando autonomía al paciente.

A pesar de que en esta revisión bibliográfica se centra en el uso de la vía subcutánea aplicada en los cuidados paliativos, cuando la vía oral se ha perdido, se llega a la conclusión de que se debe comenzar a utilizar está vía en otros contextos dado a los beneficios que tiene. Además cabe destacar que podría ser una buena alternativa, ante pacientes con mal acceso venoso

Como conclusiones:

- La vía subcutánea es muy utilizada en cuidados paliativos cuando se ha perdido la vía oral.
- Aunque existen múltiples medicamentos para la administración subcutánea, existen pocas guías clínicas para tratar las infecciones en el paciente terminal, ya que no hay ningún tratamiento antibiótico que actualmente se pueda administrar por vía subcutánea.
- Son muchos los medicamentos que se pueden utilizar por vía subcutánea y que no suponen ningún tipo de riesgo como son el haloperidol, la escopolamina o el cloruro mórfico.
- Sobre todo se utilizan medicamentos para paliar el dolor en la fase terminal.

- También se utiliza como forma de hidratación en pacientes que no toleran la vía oral (náuseas y vómitos), aunque aplicado a los cuidados paliativos existe una gran controversia sobre este tema, debido a que el objetivo principal de los cuidados paliativos es aliviar el dolor, y la hidratación de este tipo de pacientes debe tener un efecto claro beneficioso.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Bautista-Eugenio V, Salinas-Cruz J. La vía subcutánea opción para el paciente terminal cuando se pierde la vía oral [Internet]. Medigraphic. 2009 Disponible en:

http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim093g.pdf

- Fernández Tejedor Pérez Álvarez A. Estudio de la utilización de la vía subcutánea en los pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos [Internet]. Revista enfermería CYL. 2010 Disponible en:

http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/35/26

.

- Frisoli Junior A. Subcutaneus hydration by hypodermoclysis. A practical and low cost treatment for elderly patients. – Pubmed – NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov.2000. Disponible en:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10874526

- Pascual López L, González Candelas R, Ballester Donet, A, Altarriba Cano M, Zarate de Manuel M, García Royo A. Vías alternativas a la vía oral en cuidados paliativos. La vía subcutánea [Internet]. Revista valenciana. 2000. Disponible en:

http://www.esanitas.edu.co/Diplomados/paliativos/Modulo%204/imagenes/Via%20SC.pdf

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, Plan Nacional para el SNS del MSC, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos en SNS [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf

- Bigues Mengual F, Torres Pérez J, Mas Sesé G, Femenía Pérez M, Baydal Cardona R. Paciente terminal [Internet]. Guía de actuación clínica en AP. 2010. Disponible en:

http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pd

- Botella Dorta C. Administración parenteral de medicamentos: la vía subcutánea [Internet]. Técnicas en Atención Primaria. 2004. Disponible en:
https://www.fisterra.com/material/tecnicas/parenteral/viasubcutanea.pdf

- Gallardo Avilés R, Gamboa Antiñolo F. Uso de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos [Internet]. Monografías SECPAL. 2013. Disponible en:
http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Cmonografia_secpal_04.pdf

- Pessini L, Bertachini L. NUEVAS PERSPECTIVAS EN CUIDADOS PALIATIVOS. Acta bioeth [Internet]. 2006. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S172569X2006000200012&script=sci_arttext

- Matoses Chirivella C, Rodríguez Lucena F, Sanz Tamargo G, Murcia López A, Morante Hernández M, Navarro Ruiz A. Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos [Internet]. Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Elche. Alicante. España. 2015. Disponible en: http://www.sefh.es/fh/146_fhpdf002.pdf

- Anderson B, Kralik D. Palliative care at home: carers and medication management. - PubMed NCBI [Internet]. PubMed PMID: 19006589. 2008. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19006589

- Hernández Pérez B, López López C, García Rodríguez M. Vía subcutánea: Utilidad en el control de síntomas del paciente terminal. Medifam [Internet]. 2002;12(2):44-54 Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131576820020002000003

- Jiménez Gutiérrez F. Catéteres de implantación subcutánea en cuidados paliativos [Internet]. Hospital Regional de Málaga 2009. Disponible en:

http://www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=ottmIBgw9Lk%3D&tabid=45

- Millet Sampedro M, García Montés R. Guía clínica de Utilización de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos [Internet]. Fisterra. 2013. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias-clinicas/utilizacion-via-subcutanea-cuidados-paliativos

- Walsh D, Perin M,Mclver B. Parenteral morphine prescribing patterns among inpatients with pain from advanced cancer: a prospective survey of intravenous and subcutaneous use. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi nlm nih gov. 2006. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17060302

- Soriano Fernández H, Rodenas García L, Moreno Escribano D, Roldán Castillo B, Castaño Moreno E, Palazón García E. Utilización de la Vía Subcutánea en Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia [Internet]. 2009;2(8):426-433. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000300008

TEMA 84. AGUDIZACIÓN ASMÁTICA TRATAMIENTO AMBULATORIO.

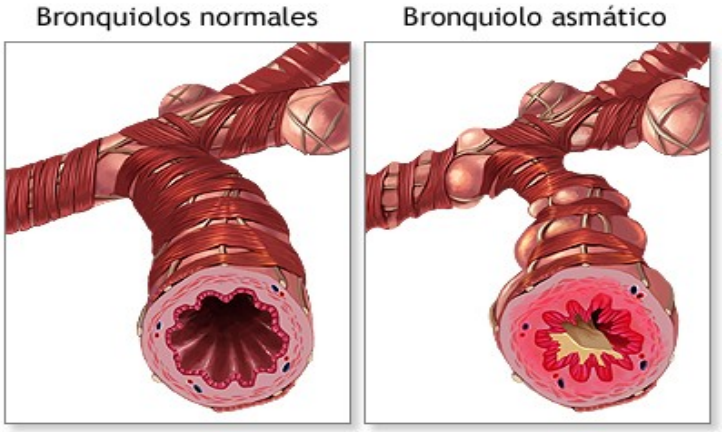
JÉSSICA LÓPEZ CERNUDA

ÍNDICE

- DEFINICIÓN DE ASMA
- CUANDO SE PRODUCE UNA AGUDIZACIÓN
- OBJETIVOS EN AP FRENTE AL PACIENTE ASMÁTICO
- AGUDIZACIÓN LEVE
- AGUDIZACIÓN MODERADA-GRAVE
- BIBLIOGRAFÍA

¿Qué es el asma?

Es una enfermedad que provoca que las vías respiratorias se hinchen y se estrechen.



Se caracteriza por la presencia de sibilancias, disnea, opresión torácica y/o tos persistente. Esta sintomatología puede darse de manera crónica o intermitente en el tiempo o bien aparecer de forma mas o menos súbita en forma de exacerbaciones o agudizaciones.

CUANDO SE PRODUCE UNA AGUDIZACIÓN

Una agudización se caracteriza por un aumento progresivo en la dificultad para respirar, sensación de falta de aire, sibilancias, tos y opresión torácica ocasionada por la obstrucción intensa del flujo aéreo.

OBJETIVOS EN AP FRENTE AL PACIENTE ASMÁTICO

Se pretende conseguir que el paciente se mantenga asintomático la mayor parte del tiempo. Esto se consigue con un buen control y seguimiento en la consulta de AP, controlando los síntomas diarios y evitando así la agudización. La forma de proceder con cada paciente depende del estado de gravedad que presente a su llegada al centro de salud y del tratamiento adecuado para seguir en su domicilio.

Lo clasificamos así en:
- Agudización leve
- Agudización moderada-grave
- Parada respiratoria

AGUDIZACIÓN LEVE

Estas agudizaciones son causa de muchas consultas en AP y resulta importante tratarlas en ese momento para evitar el empeoramiento del paciente.

Se caracteriza por:

- Leve disnea
- Sibilancias frecuentes
- El paciente se encuentra consciente y habla en párrafos
- FR<20

AGUDIZACIÓN LEVE

Fármacos utilizados:

SABA : son los más eficaces y rápidos.
Los más utilizados son el salbutamos y la terbutalina.
Dosis de 200-400 µg.
Es importante utilizar la cámara de inhalación (de 2 a 4 inhalaciones) cada 20 minutos durante la primera hora.
Si la respuesta es buena se continua con salbutamol dosis de 2 inhalaciones cada 3-4 horas hasta la remisión de la crisis.
No será necesaria la derivación hospitalaria si existe una mejoría con el tratamiento broncodiatador inhalado.
Se valorará la preescripcón de un corticoide oral durante 5-10 dias.

AGUDIZACIÓN MODERADA-GRAVE

El paciente con este tipo de agudización presenta:

- Disnea moderada
- Sibilancias
- Sólo habla frases o palabras
- FR>20-30 rpm
- FC >100-120
- Sat O 90-95%
- PEF<70%

AGUDIZACIÓN MODERADA-GRAVE

Tratamiento utilizado:

Oxígeno: Se administra oxígeno hasta mantener una saturación al 90% (95% en embarazadas o patología cardiaca)

SABA: Tratamiento de primera línea. Misma pauta que en agudización leve.

Bromuro de ipratropio: Se asocia con el SABA en la fase inicial produciendo un incremento de la función pulmonar y se asocia a un descenso de las hospitalizaciones.

AGUDIZACIÓN MODERADA-GRAVE

Glucocorticoides sistémicos: evitan las recidivas y aceleran la resolución de la agudización. Su efecto comienza a las 4-6 horas de su administración. Están indicados si no hay mejoria tras la primera dosis con SABA. La administración es oral. La vía intravenosa de resrva para cuando el paciente presenta una disnea grave.

Glucocorticoides inhalados: su utilización debe ser rápida y a altas dosis durante la primera hora. Se emplea junto a los anteriores, lo que muestra una reducción mayor del número de ingresos.

AGUDIZACIÓN MODERADA-GRAVE

Otros tratamientos: *teofilinas* (no se emplean en las agudizaciones), *sulfato de magnesio* (sólo se utiliza en las agudizaciones que no han respondido al tratamiento inicial, no está indicado en pacientes con obstrucción grave) y *heliox* (no se utiliza en agudizaciones)

BIBLIOGRAFÍA

- GEMA 4.2. Guía española para el manejo del Asma 2017. http//www.gemasma.com

- Guía de Actuación en Atención Primaria. 4ª Edición. Abril 2011. ISBN: 978-84-15037-04-0

- Https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-manejo-del-asma-atencion-primaria-15121

TEMA 85. ATENCIÓN COMUNITARIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA TRAS TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA.

JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ÍNDICE

- QUÉ ES EL CÁNCER DE MAMA.
- PASOS A SEGUIR TRAS EL TRATAMIENTO.
- EFECTOS SECUNDARIOS.
- ASISTENCIA EN ATENCIÓN COMUNITARIA.

¿QUÉ ES EL CÁNCER DE MAMA?

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres Y, generalmente, es necesario de un tratamiento multidisciplinar que abarca a la cirugía, la quimioterapia, la hormonoterapia y la radioterapia.

Entre los factores de riesgo que nos encontramos están:

- Sexo: las mujeres predominan sobre el hombre.
- Edad: aumenta con la edad, hasta los 75 años que disminuye.
- Raza: mujeres blancas tienen más riesgo.
- Factores genéticos y familiares.
- Cáncer de mama previo.
- Descendencia: disminuye el riesgo al tener un hijo en edad temprana, y aumenta si es tras los 35 años.
- Anticonceptivos orales: disminuye la probabilidad.

Y, ¿AHORA QUÉ?

Tras el paso por Atención Primaria y diagnóstico por el Especialista, si el paciente es derivado a Radioterapia para su tratamiento, éste llega a la unidad Oncología Radioterápica.

Una vez finalizado su tratamiento, deberá pasar las revisiones indicadas por el médico especialista, entre las que se encuentra la realización de un PET-TAC para la comprobación del resultado en el tejido tratado.

Posteriormente a la finalización de esta etapa, el paciente deberá asistir a su Centro de Salud para las posibles curas y revisiones de los efectos secundarios generados.

EFECTOS SECUNDARIOS

El paciente que está expuesto a radioterapia puede tener los siguientes efectos secundarios:

- Dermitis.
- Alopecia en la zona irradiada.
- Edema cutáneo (“piel de naranja”).
- Astenia.
- Esofagitis.
- Vómitos.

ASISTENCIA EN ATENCIÓN COMUNITARIA

La asistencia que se le podrá prestar en Atención Primaria al paciente es la siguiente:

- Dermitis: crema de sucralfato y ácido hialurónico.
- Alopecia en la zona irradiada: el pelo puede reaparecer tras el tratamiento.

La piel irradiada suele irritarse y enrojecerse: trate su piel con delicadeza, evite el calor y frío excesivo. No emplee jabones irritantes, perfumes, cosméticos, linimentos. Evite ropas apretadas, cremalleras, collares sobre la zona de tratamiento. No use esparadrapo sobre la piel irradiada. Cuando se lave utilice sólo jabones recomendados, no se frote, no restriegue ni se rasque. Protéjase del sol. No utilice hojas de afeitar sino maquinas eléctricas.

BIBLIOGRAFÍA

- Libros: Alonso Fernández, C. and Murillo González, M. (2012). Guía básica de oncología radioterápica para atención primaria. Madrid: Arán.

- Artículo de revistas: Atención a los efectos secundarios de la radioterapia. J. M. VERDÚ ROTELLAR, M. ALGARA LÓPEZ*, P. FORO ARNALOT**, M. DOMÍNGUEZ TARRAGONA, A. BLANCH MON CAP San Martí 10H. Barcelona. *Instituto de Oncología Radioterápica. IMAS y Universidad de Pompeu Fabra. Barcelona. **Instituto de Oncología Radioterápica. IMAS. Barcelona.

- Página WEB : Radiation therapy and you. Disponible: http//www.cancer.gov

TEMA 86. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.

PATRICIA MARTINEZ GARCÍA
ELIZABET GARCÍA GRANDA
MARTA MARÍA MORENO FERNÁNDEZ
RAQUEL RUIZ TORRADO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- PREPARACION DEL PACIENTE
- EN QUÉ CONSISTE
- ESTUDIO
- VENTAJAS E INCONVENIENTES
- MINIMIZACIÓN DE LA EXPOSICIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Los rayos x, o radiografía, del tórax utilizan una dosis muy pequeña de radiación ionizante. Se utiliza para evaluar los pulmones, el corazón y la pared del pecho, se puede utilizar para diagnosticar la falta de aliento, una tos persistente, fiebre, dolor de pecho o lesiones.

También se puede utilizar para el diagnostico y tratamiento de la neumonía, enfisema y el cáncer.

Ya que este estudio es rápido y fácil resulta muy útil para el diagnostico y tratamientos de emergencia.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Hable con su doctor y con el técnico si existe alguna posibilidad de que este embarazada. Deje las joyas en casa y vista ropa suelta y cómoda. Se le puede pedir que se ponga bata.

EN QUÉ CONSISTE:

Es el examen de diagnóstico mas común realizado. Produce imágenes del corazón, pulmones, vías respiratorias, vasos sanguíneos, huesos de la columna y el tórax.
Esto supone la exposición de una parte del cuerpo a una pequeña dosis de radiación ionizante. Son la forma más antigua y de uso mas frecuente para producir imágenes medicas.

ESTUDIO:

Los rayos x pasan atreves de la mayoría de los objetos, incluso el cuerpo. Una vez que se encuentra dirigido a la parte del cuerpo a examinar genera una pequeña cantidad de radiación que atraviesa el cuerpo, produciendo una imagen en película fotográfica o en detector especial.

Dependiendo de la parte del cuerpo absorben diferente radiación, huesos, tejidos blando, órganos, grasa y músculos.

En una radiografía de tórax las costillas y la columna absorberán gran parte de la radiación, se visualizaran en blanco o gris claro en la imagen.

VENTAJAS E INCONVENIENTES

VENTAJAS:

- No queda radiación en el cuerpo del paciente.
- No tiene efectos secundarios.
- El equipo de rayos x es económico y se encuentra disponible en salas se emergencia, centros de atención primaria y otras instituciones.
- Teniendo en cuenta la rapidez y facilidad, las imágenes de rayos x es de especial utilidad en los casos de diagnostico y tratamiento de emergencia.

INCONVENIENTES:

- Existe una leve probabilidad de tener cáncer como consecuencia de la exposición a la radiación, pero el beneficio es mayor que el riesgo.

- La dosis efectiva de radiación puede variar.
- Las mujeres siempre deberán informar si hay riesgo de embarazo.

MINIMIZACIÓN DE LA EXPOSICIÓN A LA RADIACIÓN

Se debe tener especial cuidado en utilizar la mínima dosis posible y a la vez generar imágenes de calidad.
Los sistemas modernos tienen haces de rayos x muy controlados de filtración para minimizar la dispersión de la radiación. Esto garantiza que aquellas partes del cuerpo de las que no se toman imágenes reciban la mínima exposición posible a la radiación.

BIBLIOGRAFÍA

- DA. Riquelme Miralles, J. Simo Miñana. Variabilidad en la interpretación de la radiografía de tórax entre una comunidad medica de atención primaria y sus radiólogos de referencia. Elservier.es
- Pérez, F. Guillen radiología innecesaria en la atención primaria. Enero-abril 2007
- S, Peña. Constantino. Radiologyinfo.org

TEMA 87. ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO I.

MERCEDES ÁLVAREZ ANIA
NURIA HUERTA GONZÁLEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGÍA
4. RESULTADOS
    1. Características y diagnóstico de la diabetes mellitus tipo I.
    2. Complicaciones de la diabetes mellitus tipo I
    3. Educación diabetológica.
    4. Efectividad de la educación diabetológica
    5. Implicaciones para la práctica.
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

En Europa, 129.000 niños, padecen Diabetes Mellitus tipo 1, diagnosticándose 20.000 casos al año y en España, según la Fundación para la Diabetes, 29.000 menores de 15 años poseen esta enfermedad, incrementándose a 1.100 nuevos casos cada año. A la importancia sanitaria que ello conlleva hay que sumarle la socioeconómica, pues entre un 4% y un 14% del gasto sanitario en los países.

Es evidente, que por los datos numéricos aportados sobre la prevalencia de esta enfermedad y la actualidad de los mismos, nos encontramos ante un problema de salud crónico de gran importancia que además comienza y de forma creciente, en la población infantil.

1. INTRODUCCIÓN

Impartir educación para la salud es función propia de los profesionales de enfermería. Educar para el autocuidado y autocontrol de la enfermedad es la base para una evolución favorable y exenta de complicaciones, ya que se trata de una enfermedad que condiciona la calidad de vida del que la padece de forma considerable. Además, la educación facilita la aceptación y comprensión de los cambios a realizar por parte del enfermo para la implicación activa en su tratamiento.

Al estar al frente de una población infantojuvenil, ofrecer educación y que ésta sea captada y entendida de forma correcta se hace más complicado, debiendo por tanto ser una enseñanza adaptada al paciente y en consecuencia, dirigida también a los familiares o responsables, principalmente para controlar, ofrecer cuidados, y a su vez, participar en dicho proceso.

2. OBJETIVOS

Objetivo Principal

- Realizar una revisión bibliográfica sobre la educación diabetológica en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1.

Objetivos Secundarios

- Conocer la metodología y los puntos importantes de la educación diabetológica.

- Describir la efectividad de la educación diabetológica en la evolución y control de la enfermedad de los diferentes estudios realizados.

3. METODOLOGÍA

La realización de este trabajo de revisión bibliográfica, se basó en la búsqueda sistemática de información para conocer el estado actual del tema a estudio.

Inicialmente se seleccionaron las fuentes de información, primarias y secundarias cumpliendo los requisitos de calidad contrastada, actualizadas y de rigor científico. Algunas de estas fuentes fueron libros, revistas científicas, bases de datos, guías clínicas y páginas web de entidades como la *American Diabetes Association (ADA)* y la *Federación Internacional de Diabetes (FID).*

r

3. METODOLOGÍA

La revisión de artículos de revista tanto de enfermería, medicina como de otros campos sanitarios constituyeron la principal fuente de información. Como bases de datos bibliográficas consultadas, tanto nacionales como internacionales se utilizaron *PubMed, Web Of Science, Cochrane Plus, Cuiden y Cuidatge* (ambas son bases de datos específicas de enfermería), *Medes y Medline*. Además, se optó por el buscador *Google Academic* en algunas ocasiones para la búsqueda de artículos científicos.

Otro tipo de documentación que aportó suficiente información fueron las Guías Clínicas de diferentes comunidades e instituciones como la *Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Tipo 1* del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del gobierno vasco y el *Atlas de la Diabetes de la FID,* disponible en su página web.

3. METODOLOGÍA

Los artículos seleccionados para realizar la revisión bibliográfica fueron en su mayoría en español, aunque también se incluyeron varios en inglés, seleccionándose un rango de 10 años debido a la necesidad de ampliar el número de documentación, no obstante, siempre optando por los más actuales.

4. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS Y DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO I

La Diabetes Mellitus tipo 1 es una enfermedad multifactorial causada por la destrucción de las células beta pancreáticas por parte del sistema inmunitario, convirtiéndose en una enfermedad crónica. Presenta una tendencia familiar pero no con un tipo específico de herencia. También se cree que un proceso inflamatorio debido a una infección viral puede desencadenar la creación de anticuerpos frente a las células de los islotes de Langerhans. Algunos factores ambientales (enterovirus y toxinas) condicionan la destrucción autoimune de las células pancreáticas, como puede ser la rubeola, y tóxicos como nitrosaminas o asparginasa.

4. RESULTADOS

La exposición temprana a la leche de vaca también se ha relacionado como desencadenante en los niños predispuestos genéticamente. La insulinitis o afectación del páncreas de origen vírico, provoca la infiltración por macrófagos y linfocitos T activados que lesionan los islotes de Langerhans en los niños predispuestos.

La destrucción de las células de los islotes de Langerhans disminuye la secreción de insulina empezando a manifestarse cuando dicha secreción queda reducida al 20%, provocando un aumento de glucosa en sangre (hiperglucemia) y una disminución de la glucosa intracelular..

4. RESULTADOS

Al superar el umbral renal de glucosa (180 mg/dl) se produce la acumulación anormal de ésta en orina (glucosuria), lo que provoca un aumento de excreción de líquidos debido a la presión osmótica que genera la presencia de glucosa en las nefronas (poliuria) y el organismo incrementará las necesidades de líquidos para intentar recuperar esa pérdida de agua y disminuir la osmolaridad (polidipsia).

A su vez, la incapacidad de utilización de glucosa como energía lleva al organismo a utilizar sus reservas proteicas y grasas, en el metabolismo de estas últimas se producirán cuerpos cetónicos cuya acumulación dará lugar a una complicación aguda conocida como cetoacidosis diabética, este estado catabólico unido al déficit de glucosa en las células hace que el paciente coma más para saciarse pero perdiendo peso al tener que utilizar sus reservas (polifagia).

4. RESULTADOS

Otros síntomas son la eneuresis nocturna, letargia, debilitamiento muscular, fatiga, cefalea, dolor de estómago… de inicio insidioso y gradual.

Según la American Diabetes Association (ADA), esta enfermedad se diagnostica en base a las manifestaciones clínicas y síntomas mencionados anteriormente junto con la medición de los niveles plasmáticos de glucosa:

- Hemoglobina glicosilada (HbA1c): heteroproteína formada a partir de la unión de la glucosa en sangre con la hemoglobina que se encuentra en los glóbulos rojos. El análisis de ésta permite realizar una medición del promedio de glucosa en sangre de las 24h en los últimos 2 o 3 meses.

4. RESULTADOS

Cuando HbA1c ≥ 6.5% se diagnostica diabetes y una vez instaurada la enfermedad, la ADA considera como valor ideal el 7%, también puede expresarse mediante una unidad similar denominada eAG en mg/dl, en este caso la cifra ideal sería de 154 mg/dl.

- Glucosa plasmática en ayunas: a primera hora de la mañana y en ayunas (8h sin ingerir alimentos), se mide la glucemia plasmática, si su valor ≥126 mg/dl se diagnostica diabetes.
- Prueba de tolerancia de glucosa oral: examen que mide el nivel de glucosa en sangre antes y después de tomar una solución de glucosa por vía oral, diagnosticándose diabetes si la glucemia es ≥ 200mg/dl a las 2 horas posteriores a la toma.
- Prueba aleatoria de glucosa plasmática: medida de la glucosa en sangre en cualquier momento del día cuando aparecen síntomas de diabetes. Si la glucemia es ≥ 200 mg/dl, se diagnostica diabetes.

4. RESULTADOS

COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO I

COMPLICACIONES AGUDAS

- Hipoglucemia

Se habla de hipoglucemia en el paciente diabético cuando las cifras de glucemia están por debajo de 70 mg/dl. Los niños tienen mayor riesgo de sufrir hipoglucemias en el debut de la enfermedad hasta controlarla adecuadamente, debido a la rapidez de crecimiento, los hábitos alimenticios, ejercicio físico, errores en la administración de insulina, en el control glucémico, por la noche, etc.

4. RESULTADOS

Las manifestaciones clínicas pueden ser expresadas por: palidez, temblor, sudoración fría, desorientación, irritabilidad, hambre, cefalea, mareo, visión doble o borrosa, taquicardia, entre otras. Pudiendo llegar, en su forma más grave a la pérdida de conciencia, convulsiones y muerte.

Cuando la hipoglucemia llega a ser tan grave que afecta al nivel de conciencia, se debe administrar glucagón por vía intramuscular o subcutánea, y una vez recuperada la conciencia, como esta hormona tiene un efecto temporal se pasará a la administración de carbohidratos vía oral.

4. RESULTADOS

Cetoacidosis diabética

La cetoacidosis diabética (CAD), es una complicación muy grave que puede llegar a provocar la muerte del paciente. Suele aparecer en el 20-40 % de los niños que debutan con diabetes tipo 1 y es el principal motivo de hospitalización.

Sus signos característicos son: poliuria, polidipsia, polifagia con pérdida de peso, signos de deshidratación, nauseas, vómitos, taquicardia, respiración de Kussmaul, hipotensión y alteración del nivel de conciencia pudiendo llegar a shock, arritmias, alteraciones electrolíticas graves e incluso la muerte si no se trata.

4. RESULTADOS

Ciertos estudios demuestran que niveles de hemoglobina glicosilada alta aumentan el riesgo de sufrir esta complicación. Un estudio transversal realizado en Arabia Saudí por Ayman y col. encontró diferencias significativas entre los pacientes con una HbA1c < 9% y los que la tenían superior al 9%, siendo más frecuentes los episodios de CAD en estos últimos.

COMPLICACIONES CRÓNICAS

Las principales complicaciones crónicas que aparecen en los diabéticos tipo 1 y causantes de la morbimortalidad de los mismos son de origen macrovascular, como las enfermedades cardiovasculares coronarias, cerebrales y arteriopatías periféricas, aunque predominan las de origen microvascular, debido a que la hiperglucemia afecta a los vasos sanguíneos de ojos, riñones y nervios

4. RESULTADOS

- Nefropatía, albuminuria, hipertensión arterial, insuficiencia renal
- Retinopatía, cataratas, glaucoma y ceguera.
- Neuropatía periférica o autonómica

Ahora bien, una correcta educación sanitaria destinada al aprendizaje del paciente sobre su enfermedad y a los cambios hacia un estilo de vida saludable previenen estas complicaciones, pues así lo demuestra un estudio transversal realizado por profesionales de enfermería tras la intervención de un programa de educación terapéutica durante un año, en el que observaron que la hemoglobina glicosilada de los pacientes disminuyó significativamente su valor de 8% a 7% reduciéndose así en un 17-21% el riesgo de retinopatía y un 24-33% el riesgo de nefropatía, cuando el valor de la misma bajó de 8% a 9% el riesgo cardiovascular disminuyó en un 35 %.

4. RESULTADOS

Todas las complicaciones, tanto agudas como crónicas y el mal control glucémico se asocia además a la edad, a la transición de la atención sanitaria pediátrica a la atención de adultos, por lo que los adultos jóvenes requieren más apoyo para afrontar los cambios que se producen a esta edad tanto en los comportamientos relacionados con la salud como en la maduración física y relaciones sociales. Además, se demostró una deficiencia en la adquisición de conocimientos tras la realización de un estudio transversal que utilizando como instrumento de evaluación la Escala de Conocimientos en Diabetes (ECODI) concluyó en la necesidad de insistir en temas como el autocuidado (alimentación, ejercicio y estilo de vida) y en aspectos prácticos y técnicos como la administración de insulina.

,

4. RESULTADOS

Para eliminar este déficit de conocimientos sobre la diabetes que puede llegar a ser causante de la aparición de complicaciones, es esencial la educación diabetológica, siendo los profesionales de enfermería encargados de impartirla y de que ésta sea de calidad, por lo que es necesario que el educador conozca la metodología y las bases de la educación diabetológica.

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

La educación diabetológica consiste en implicar al paciente en la adquisición de conocimientos, técnicas y habilidades para modificar hábitos y actitudes, con el fin de mejorar el control metabólico, la calidad de vida y prevenir complicaciones agudas y sobre todo crónicas. Todo esto se consigue mediante la aplicación de un programa educativo estructurado, realizado por educadores capacitados, con unos objetivos alcanzables por parte del paciente y/o familiares, con estrategias para facilitar el aprendizaje y además, continuado, evaluado y modificado en el tiempo con el fin de asegurar la calidad.

4. RESULTADOS

Para planificar la intervención educativa con el paciente y familiares, primero se deben analizar sus necesidades teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Capacidad de aprendizaje y disposición para aprender: la edad, el nivel escolar y sociocultural del enfermo y los cuidadores, el conocimiento existente… Las fases de este proceso de aprendizaje se pueden dividir en:

    1. Inmediata: adquisición de conocimientos.
    2. Intermedia: desarrollo de aptitudes y actitudes con el fin de un cambio de comportamiento.
    3. Post-intermedia: mejora clínica y metabólica.
    4. A largo plazo: mejora del estado de salud y calidad de vida debido a la prevención o reducción de complicaciones crónicas.

4. RESULTADOS

- Estado emocional: aparición de la enfermedad, sentimientos de culpa, creencias sobre la diabetes, temores…

Situación familiar: existencia de responsables de los cuidados del paciente, relaciones interfamiliares, apoyo…

- Entorno social: hábitos, costumbres, estatus social...
- Actividad: realización de deporte, quien prepara la comida al paciente, sus aficiones…

A continuación se plantean los objetivos que se quieren conseguir con la educación diabetológica. El objetivo principal será la formación del portador de la diabetes y/o cuidadores para tomar decisiones efectivas en el autocuidado, con el fin de mantener los niveles de glucemia dentro de la normalidad, evitar hipoglucemias y otras complicaciones, favorecer el desarrollo físico y psicológico del paciente, la integración en su entorno y participación activa. Los objetivos específicos serán los que de forma realista pueda conseguir el paciente y la familia, según las necesidades y los factores que influyen, citados anteriormente.

4. RESULTADOS

Para la consecución de los objetivos, se realizará un programa formado por los temas básicos en la educación diabetológica, comenzando por una introducción centrada en la explicación de concepto y fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 1 y continuando con todos los aspectos que contempla esta enfermedad; siendo todos ellos los pilares básicos de los programas de educación para la salud y puntos clave en el tratamiento de la diabetes, ya que los cambios en alguno de ellos producen modificaciones en los demás:

4. RESULTADOS

3.1. Tratamiento con Insulina

El tratamiento principal de esta enfermedad se basa especialmente en la administración de insulina, siendo imprescindible una educación diabetológica debido a la dificultad que supone la administración del tratamiento, el control de la glucosa en sangre, la alimentación, la prevención de complicaciones, la actuación ante ellas y sobre todo, la adaptación a una nueva situación que modifica de forma permanente el estilo y calidad de vida del paciente y los familiares. A todo esto se debe sumar la edad de los pacientes y los cambios físicos, psicológicos y sociales que acompañan a su desarrollo, modificando las capacidades y necesidades del enfermo.

4. RESULTADOS

La administración se realiza mediante inyecciones subcutáneas, por lo que deberá ser controlada la glucemia capilar varias veces al día y a media noche, controlando la cantidad de hidratos de carbono que se consuman, e incluir el ejercicio en la rutina diaria, anticipándolo a la administración de insulina. Se necesita una continuidad de controles glucémicos para el ajuste de la dosis siendo este ajuste más complicado en niños por el crecimiento y cambios hormonales. También es en este momento cuando aparece la conocida fase de “Luna de miel” en la que el páncreas se recupera temporalmente y disminuye la cantidad de insulina a administrar durante unos meses.

Otra opción para su administración es la infusión continua subcutánea de insulina (ICSI) mediante una bomba conectada al paciente a través de un catéter subcutáneo. Su uso es cada vez más frecuente ya que consigue niveles plasmáticos normales de insulina simulando un páncreas sano.

4. RESULTADOS

En este punto, algunos de los objetivos de la educación son:

- Conocer el concepto de insulina, los tipos, el modo de actuación y el tiempo de duración.
- Saber cuáles son las zonas de punción (cambiando diariamente la zona para evitar atrofia de la grasa, explicando que la absorción es diferente en unas zonas y otras).
- Aprender a realizar la técnica de administración en los diferentes sistemas que se pueden encontrar (bolígrafos, jeringas y bombas de infusión continua).
- Relacionar las pautas del tratamiento con el control glucémico, la alimentación y la actividad física.
- Describir los factores que modifican la acción de la insulina adelantándola o atrasándola como el calor o frio en la zona de punción, la profundidad de la punción, etc.

4. RESULTADOS

3.2. Autocontrol

Se considera una herramienta educativa imprescindible para el ajuste del plan terapéutico.

Los controles de glucosa en sangre son la forma más utilizada y exacta de que el paciente controle su enfermedad. En base al resultado medido en mg/dl el paciente actuará administrando insulina, realizando ejercicio físico o modificando su alimentación, siempre con el fin de evitar las complicaciones, siendo la más frecuente la hipoglucemia.

4. RESULTADOS

La educación se centra en enseñar al paciente y cuidadores a:

-Realización de la técnica de punción y uso e interpretación del glucómetro; al ser prácticamente sencillo puede ser realizada desde edades tempranas, además es aconsejable para promocionar la autonomía del paciente diabético. El fin de este autocontrol es saber actuar en consecuencia a los valores de glucemia capilar.

-Cuándo realizar el control glucémico: en ayunas, antes y después de las comidas, al acostarse, entre la noche…el número de controles varía según la estabilidad glucémica de cada paciente. Para conocer la evolución de la misma es aconsejable, sobre todo en el debut, realizar un perfil glucémico basado en un diario que completa el paciente con los valores de glucemia de todos los días.

4. RESULTADOS

- Control de cuerpos cetónicos: es determinante para la prevención de cetoacidosis, sobre todo en niños. Se pueden medir en orina (cetonuria) mediante tiras reactivas o en sangre capilar (cetonemia) de la misma forma que se realiza la medición de glucemia.

3.3. Alimentación

La alimentación es un factor controlable que influye directamente en la cantidad de glucosa en la sangre. El equipo de enfermería tiene una gran labor educativa dentro de este punto, ya que supone un desafío por la dificultad de los pacientes en el cumplimiento del plan nutricional, de ahí la necesidad de la enseñanza basada en una alimentación saludable y controlada, implementando nuevas estrategias y métodos participativos con el fin de estimular la adquisición de conocimientos, insistiendo en:

4. RESULTADOS

- Tipos de alimentos y cantidad de nutrientes que poseen, lectura de etiquetas para conocer la composición de los mismos, prestando especial atención a los carbohidratos simples y complejos, y su índice glucémico.

- Calcular y repartir las calorías de hidratos de carbono (50-60%), proteínas (10-15%) y grasas (30-35%), incluyendo además el aporte de fibra, vitaminas y minerales.

- Transformación a raciones de los alimentos con más del 5% de carbohidratos, 1 ración equivale a 10 gramos de hidratos de carbono.

- Controlar la ratio de insulina/ración de hidratos de carbono: unidades de insulina que se necesitan para metabolizar cada ración de hidratos de carbono.

4. RESULTADOS

Los objetivos que debe conseguir el educador sobre el paciente en cuanto a este tema son:

Conseguir un equilibrio nutricional correcto
Evitar hipoglucemia e hiperglucemia
Mantener la dimensión sociocultural, educativa y placentera de la comida
Corregir los errores dietéticos

3.4. Ejercicio físico

La realización de forma regular de ejercicio físico mejora el control glucémico y las necesidades de insulina, al producirse un aumento del consumo glucosa por parte del músculo y disminuir ésta en sangre.

Algunas de las recomendaciones sobre el ejercicio físico son:

4. RESULTADOS

-Realización de actividades aeróbicas, de intensidad moderada o baja en periodos de tiempo prolongados para que la glucemia disminuya (al menos 30 minutos de ejercicios como correr, nadar, patinar, montar en bicicleta, fútbol, tenis…).

- Controlar siempre el azúcar en sangre antes de realizar actividades físicas por el hecho de que aumenta el riesgo de hipoglucemia, siendo posible evitarlo con la administración de una comida extra y teniendo siempre al alcance un alimento con hidratos de carbono de absorción rápida.

- El ejercicio está contraindicado cuando las glucemias superan los 250 mg/dl. Se debe controlar la intensidad y el tiempo para poder hacer modificaciones ajustándose a la variación de los niveles de azúcar en sangre.

4. RESULTADOS

Después de la aplicación de un programa de educación diabetológica, se debe realizar una evaluación del mismo, para comprobar su eficacia y poder mejorar en aquello que sea necesario. Los ítems que propone la AADE (American Association of Diabetes Education) para la evaluación de la eficacia de un programa de educación una vez impartido a los pacientes son:

- Práctica de actividad física regular
- Cambios en los hábitos alimentarios
- Buena adaptación psicosocial
- Adherencia al tratamiento
- Reducción de las complicaciones crónicas (mejora del control glucémico)
- Capacidad del individuo para autocorregir correctamente las hipo e hiperglucemias

4. RESULTADOS

A la hora de plantear los programas de educación para la salud surgen conflictos para determinar si el momento de impartirlo sería al inicio de la enfermedad cuando el paciente debuta y permanece hospitalizado, o a partir del alta médica fuera del entorno hospitalario, ya que se considera que los pacientes hospitalizados no retienen bien la información ni habilidades debido al impacto de la noticia o a que el personal de enfermería del hospital no siempre está capacitado para educar, entre otras razones.

Sin embargo, la American Diabetes Association propone iniciar la educación diabetológica en pacientes recién diagnosticados, siendo necesaria posteriormente de forma ambulatoria, pero garantizando que el paciente y/o familiares a su alta se vayan con unos conocimientos e instrucciones mínimas para el control de su enfermedad, evitando así episodios de hospitalización posteriores.

4. RESULTADOS

Esta terapia educativa intrahospitalaria es denominada “Educación a la supervivencia”.

Todos los estudios mencionan la necesidad de una educación continuada, por lo que tras el diagnóstico de la enfermedad y esta educación de supervivencia hay que seguir formando al paciente con un programa educativo estructurado, realizado por un equipo multidisciplinar (a ser posible formado por médicos endocrinológicos, enfermeras educadoras, nutricionistas, psicólogos y asistentes sociales).

4. RESULTADOS

4. EFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

Los estudios sobre educación para la salud en diabéticos tipo1 poseen como objetivo general evaluar la efectividad de las terapias educativas que se imparten y como objetivos específicos la adquisición de conocimientos para el autocontrol y autocuidado, la disminución de las complicaciones agudas y crónicas, la reducción del número de visitas a urgencias y estancia hospitalaria relacionada con la enfermedad, además del mantenimiento ideal de los niveles de hemoglobina glicosilada.

De hecho, diferentes estudios científicos realizados correlacionan la efectividad de los programas educativos con los niveles de HbA1c. Está demostrado que este parámetro es un buen índice para el control metabólico a lo largo del tiempo, ya que su valor refleja el correcto funcionamiento del plan terapéutico seguido por el paciente. Un ejemplo de ello es un estudio cuasiexperimental realizado sobre pacientes y familias en la consulta de enfermería de Atención Primaria por Moreno Ortega y col.

4. RESULTADOS

En él se evaluaron los conocimientos con la realización de un test previo y posterior a las sesiones de educación diabetológica. También se realizaron análisis sanguíneos antes y después para obtener el valor de hemoglobina glicosilada. Los resultados fueron un aumento de los conocimientos sobre su enfermedad y una disminución de los valores de HbA1c en el 78% de los pacientes

.

La evidencia científica revela como la enseñanza sobre los temas esenciales que conforman la educación diabetológica suscita a que lo aprendido se lleve a cabo de forma correcta dando lugar a una buena evolución de la enfermedad manifestada por unos niveles ideales de hemoglobina glicosilada y por una disminución de las complicaciones.

4. RESULTADOS

No sólo se evalúa la eficacia de una intervención educativa por los niveles de HbA1c, sino que también se pueden utilizar otros métodos y asociar los resultados. Muestra de ello son las encuestas para valorar el control de la diabetes mediante la alimentación como la Nutrition Knowledge Survey (NKS) que se basa en asociar las puntuaciones con los niveles de HbA1c y la calidad de la dieta, y el cuestionario PedCarbQuiz (PCQ) diseñado para evaluar el ajuste de dosis de insulina según la ingesta de hidratos de carbono y el nivel de glucosa en sangre. En ambos, las puntuaciones más altas indican un mayor grado de conocimientos acerca de los carbohidratos y la dosificación de insulina.

4. RESULTADOS

A su vez, esta relación entre hidratos de carbono y dosis de insulina también forma parte de un programa estructurado de aprendizaje denominado DAFNE (Dosis Adjustment for Normal Eating), que se centra en una educación grupal cuyos temas principales son el ajuste y conteo de hidratos de carbono, el manejo de la hipoglucemia y la enfermedad. Fue llevado a cabo en varios lugares, uno de ellos en Irlanda, donde fue aplicado de forma ambulatoria por enfermeras especialistas en diabetes junto a otros profesionales de la salud, indicando los resultados a largo plazo un cambio positivo de los niveles de HbA1c y una disminución del riesgo de hipoglucemia severa, además de una mejora de la calidad de vida del paciente.

4. RESULTADOS

Por otra parte, el ejercicio físico, principalmente el de tipo aeróbico, es otro pilar básico de la educación diabetológica. La diferencia entre el ejercicio aeróbico y anaeróbico sobre los niveles de glucosa radica en la posibilidad de que este último, pueda provocar un aumento de glucosa por la liberación de noradrenalina y adrenalina en sangre que genera, induciendo al hígado a liberar glucosa más rápido de lo normal, seguido de una posible hipoglucemia al finalizar el ejercicio, en cambio la actividad aeróbica disminuye la glucemia tras realizar el ejercicio y durante el mismo.

4. RESULTADOS

Como referencia, un estudio de revisión bibliográfica de artículos de 9 países diferentes en los que se sometió a los pacientes a la realización de ejercicios aeróbicos, anaeróbicos y combinados durante 12 meses, demostró un mejora significativa en los niveles de HbA1c en aquellos que realizaron ejercicio aeróbico, al contrario de los que realizaron ejercicio anaeróbico, pues aumentaban a las 12 semanas, y no siendo muy claros los resultados de los que realizaron ejercicios combinados pues en varios mejoraban estos niveles pero no hubo cambios en otros tantos pacientes.

4. RESULTADOS

Estos resultados son reafirmados por un análisis transversal realizado en Alemania y Austria, aunque en este caso también se determinó el riesgo de hipoglucemia que conlleva la realización de ejercicio aeróbico, desencadenado por una mala relación del mismo con el autocontrol de la glucemia, dosificación de insulina e ingesta de hidratos de carbono, considerando necesario educar al paciente con estrategias de manejo de estos aspectos.

Cabe destacar que para lograr una buena adherencia al plan terapéutico, es también fundamental la colaboración entre el paciente, la familia y el equipo multidisciplinar, sobre todo si hablamos de niños o jóvenes. La participación de los padres en el manejo de la enfermedad está asociada con un buen control glucémico, debido a la efectividad de las intervenciones que incluyen a la familia.

4. RESULTADOS

En un ensayo aleatorizado se evaluó la diferencia entre los programas educativos que incorporaron a la familia y en los que no, siendo medida la participación de los padres en la gestión de la diabetes mediante el cuestionario DFRQ (Diabetes Family Responsability Questionnaire), demostrando ser un factor de protección y promoción en la adhesión al tratamiento y al control glucémico.

A pesar de estos buenos resultados, no siempre los padres o responsables están capacitados para hacer frente a esta enfermedad, cuyo tratamiento es complejo por la influencia y correlación de los diferentes factores previamente explicados.

4. RESULTADOS

Por este motivo, también hay estudios que analizan la alfabetización de los padres respecto a las habilidades en lectura y aritmética junto al control de la glucemia. De hecho, hay dos buenos estudios transversales donde se determina la relación entre las habilidades descritas. Como instrumento de medida se utiliza la escala TOFHLA (Test of Functional Health Literacy Assessment, Alfabetización Funcional en Adultos) para evaluar el nivel de conocimiento en comprensión lectora y aritmética relacionándolo con la salud del paciente. De los resultados de estos estudios se dedujo la relación que tiene la capacidad intelectual de los padres en campos como la aritmética (cálculo, habilidades numéricas…) con una buena gestión de la enfermedad, obteniendo así mejoras en el control glucémico y en los niveles de HbA1c.

4. RESULTADOS

5. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La eficacia comprobada que posee la educación para la salud hace de ésta una de las partes más relevantes en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 debiéndose promocionar y promover su realización ya que hoy en día se dispone de gran cantidad de estudios sobre la educación diabetológica destinada a personas con diabetes mellitus tipo 2, pero no tantos sobre la dirigida a los pacientes infantojuveniles con la tipo 1 considerándose necesario profundizar en este aspecto para garantizar a estos enfermos una educación de calidad en la que se aborden unos temas estandarizados aunque modificándose según las necesidades de cada paciente.

4. RESULTADOS

Después de la adquisición de una base educativa establecida, un programa de educación debe ser mantenido de forma longitudinal, proporcionado por un equipo de profesionales de salud, entre los que la enfermería desempeña una gran labor educativa ya sea desde Atención Primaria o desde una consulta de enfermería especializada en diabetes. De esta forma se asegura el cumplimiento de los planes de nutrición, ejercicio, construcción de un perfil glucémico, etc. A pesar de esto, son pocos los estudios que demuestran la continuidad en el tiempo y el refuerzo de los conocimientos adquiridos en programas de educación para la salud, por lo que un aspecto a mejorar sería garantizar esta continuidad actuando desde Atención Primaria.

4. RESULTADOS

Iniciándose la búsqueda bibliográfica con el objetivo de encontrar estudios sobre la educación en el debut diabético pediátrico se comprobó que la mayoría de éstos se realizan en un periodo de tiempo una vez establecida la enfermedad, aplicar los programas de educación en el momento del debut y comprobar su eficacia es algo que se puede realizar en un futuro y así asegurar el momento ideal para iniciar la educación.

Puesto que la mayoría de los estudios sobre la efectividad de la educación diabetológica están realizados fuera de España, sería conveniente promover y realizar investigación en esta línea para conocer la realidad en nuestro país y poder comparar los resultados con los obtenidos en otros.

5. CONCLUSIONES

- La diabetes mellitus tipo 1 es una enfermedad de elevada prevalencia sobre la que los profesionales de enfermería pueden actuar a partir de la educación sanitaria para el mejor control de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

- Está demostrado por diferentes estudios que la hemoglobina glicosilada, valor de referencia para conocer el mantenimiento y control de la enfermedad, disminuye tras las intervenciones de una correcta educación diabetológica y con ello las complicaciones de la enfermedad.

- Los pilares básicos del tratamiento de la diabetes sobre los que se debe incidir con la educación diabetológica son: administración de insulina, autocontrol glucémico, alimentación y ejercicio físico.

5. CONCLUSIONES

- Los programas de educación deben ser individualizados, estructurados, continuados, evaluados y modificados en el tiempo, además de poseer unos objetivos realistas adaptados a las necesidades de los pacientes.

- La implicación del paciente y los familiares o responsables en la terapia educativa es necesaria para conseguir un cambio en la obtención de conocimientos, el aprendizaje de técnicas y los cambios en los hábitos de vida.

- Este trabajo puede servir como base inicial para la creación de un proyecto de educación para la salud en pacientes diabéticos tipo 1, ya que además de proporcionar información sobre esta enfermedad, da las pautas básicas para la creación de un programa educativo basándose en la eficacia comprobada de los mismos.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Lange K, Swift P, Pankowska E, Danne T. Diabetes education in children and adolescents. 2014. ISPAD Clinical Consensus Guidelines 2014 Compendium.

- Chillarón JJ, Sales MP, Segarra E, Castells I, Benaiges D, Flores Le-Roux JA, et al. Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus tipo 1. Análisis de una cohorte de 291 pacientes con un tiempo medio de evolución de 15 años. Revista Clínica Española. 2012 Julio.

- Moreno Ortega JA, Chanca Franco MdC, Martín Rendon MdC. Educación para la salud en diabéticos juveniles. Paraninfo digital. Monográficos de investigación en salud. 2014.

6. BIBLIOGRAFÍA

-S. Lotstein D, Seid M, Klingensmith G, Case D, M. Lawrence J, Pihoker C, et al. Transition From Pediatric to Adult Care for Youth Diagnosed With Type 1 Diabetes in Adolescence. Pediatrics. 2013 Marzo; 131(4).

- De los Santos Roig M, Fernández Alcántara M, Gurdia Archilla T, Rodriguez Morales S, Molina A, Casares D. Efectos diferenciales de los programas de educacion en diabetes según los niveles de HbA1c y la presencia de complicaciones crónicas en el paciente tipo 1. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2014 Mayo-Agosto; 37(2): p. 235-240.

- Armengol, Losada M. Desarrollo de un programa educativo estructurado en diabetes para pacientes pediátricos. Avances en Diabetología. 2010 Mayo-Junio; 26(6): p. 203-207.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Alves das Chagas I, Camilo J, Dos Santos MA, Luchetti Rodrigues F, Miyar Otero CL, de Souza Teixeira , et al. Patients' knowledge of Diabetes five years after the end of an educational program. Revista da Escola de Enfermagem. 2013 Marzo; 47(5): p. 1137-1142.

- Cooke D, Bond R. Structured Type 1 Diabetes Education Delivered Within Routine Care. Diabetes Care. 2013 Febrero; 36(2): p. 270-272.

- L. Katz M, K. Volkening L, M. Laffel L. Family-based Psychoeducation and Care Ambassador Intervention to Improve Glycemic Control in Youth with Type 1 Diabetes: A Randomized Trial. Pediatric diabetes. 2014 Marzo; 15(2): p. 142-150.

6. BIBLIOGRAFÍA

- R. Pulgarón E, M. Sanders L, Delamater A. Glycemic Control in Young Children with Diabetes: The Role of Parental Health Literacy. Patient education and consueling. 2014 Enero; 94(1): p. 67-70.

TEMA 88. BRONQUIOLITIS EN EL NIÑO.

LEYRE MARTINEZ GOÑI
LUCIA LABORRA FAGOAGA
MARIA IBARROLA ELIZAGARAY
OLATZ NAIARA ESLAVA ABAURREA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- ETIOLOGÍA
- EPIDEMIOLOGÍA
- CLÍNICA
- DIAGNÓSTICO
- FACTORES DE RIESGO
- TRATAMIENTO
- MEDIDAS HIGIÉNICAS PARA LA PREVENCIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

- Definición: La bronquiolitis es una inflamación difusa y aguda de las vías aéreas inferiores, de naturaleza infecciosa, creando un episodio agudo de dificultad respiratoria con sibilancias y/o crepitantes, precedido por un cuadro catarral de vías altas, que afecta a niños menores de 2 años y que tiene un comportamiento estacional.
- Es una enfermedad frecuente en la infancia, siendo la principal causa de ingreso hospitalario en los menores de 2 años.

ETIOLOGÍA

- El principal agente causal es el virus respiratorio sincitial (VRS), responsable de epidemias anuales, con posibilidad de reinfección posterior.

- Otros agentes etiológicos son: *Adenovirus, Rinovirus, Influenza, Parainfluenza, Metapneumovirus, Enterovirus* y excepcionalmente *M. Pneumoniae*.

EPIDEMILOGÍA

- La Bronquiolitis se presenta en epidemia durante el invierno y principio de primavera, generalmente durante los meses de noviembre a marzo, aunque pueden aparecer casos esporádicos a los largo de todo el año

- Afecta sobre todo a lactantes menores de 12 meses, con una incidencia máxima entre 3 y 6 meses

CLÍNICA

Tras un breve periodo de incubación, el cuadro clínico se inicia con síntomas de vías respiratorias altas como rinorrea, estornudos y tos. Con o sin fiebre.

En un periodo de 2 o 3 días la tos se hace más persistente, apareciendo irritabilidad, rechazo a la alimentación, taquipnea, disnea espiratoria, sibilancias y/o crepitantes y dificultad respiratoria. Es cuando aparece la dificultad respiratoria el momento en que se producen la mayoría de los ingresos hospitalarios.

Afortunadamente, la mayoría son formas leves, y los síntomas desaparecen en menos de 1 semana, aunque la tos, que es el último síntoma en desaparecer, puede persistir hasta 3-4 semanas.

ESCALA WOOD DOWNES MODIFICADA POR FERRÉS PARA VALORAR GRAVEDAD DE BRONQUIOLITIS

	SIBILANCIAS	TIRAJE	FRECUENCIA RESPIRATORIA	FRECUENCIA CARDIACA	VENTILACION	CIANOSIS
0	No	No	<30	<120	Buena y simétrica	No
1	Final de espiración	Subcostal + intercostal inferior	31-45	>120	Regular y simétrica	Si
2	Toda espiración	Previo + supraclavicular+ aleteo nasal	46-60		Muy disminuida	
3	Inspiración y espiración	Previo + intercostal superior + supraesternal	>60		Tórax silente	

Crisis leve: 1-3 puntos; Crisis moderada: 4-7 puntos; Crisis grave: 8-14 puntos

DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico de la Bronquiolitis es fundamentalmente clínico. Se basa en una buena anamnesis y en pruebas complementarias, tales como:
  - Pruebas de laboratorio.
  - Radiografía de tórax (en caso de sospecha de neumonía o mala evolución).
  - Diagnóstico etiológico (cultivo de virus).

FACTORES DE RIESGO

- Edad < de 6 semanas.
- Antecedentes de prematuridad o bajo peso al nacimiento (<2500g).
- Enfermedades de base: Cardiopatías congénitas, enfermedad pulmonar crónica, inmunodeficiencias…
- Tabaquismo en el entorno.
- Ausencia de lactancia materna.
- Hacinamiento y pobreza.
- Contacto con muchos niños, hermanos mayores.
- Sexo masculino.

TRATAMIENTO

- El tratamiento de la Bronquiolitis se basa fundamentalmente en medidas de soporte o apoyo:
  - Oxigenoterapia. Indicado sólo si la saturación de oxihemoglobina es inferior a 92% en pacientes previamente sanos. Éste es el pilar más importante del tratamiento, y se administra de forma humidificada y caliente.
  - Lavado nasal. Permite asegurar la vía aérea superior y mantener una buena ventilación.
  - Terapia postural. Postura semiincorporada, elevando cabecera de la cama.

- Ingesta fraccionada. Realizar tomas escasas y frecuentes. Si el paciente tiene un distrés moderado–severo, se utilizará la vía intravenosa.
- Uso de medicación: Broncodilatadores, corticoides (sólo para casos severos), antibióticos (cuando haya sobreinfección bacteriana), rivabirina (en niños de riesgo).

MEDIDAS HIGIÉNICAS PARA LA PREVENCIÓN

- Educar a padres/cuidadores sobre el correcto lavado de manos.
- Limitar número de visitas, sobre todo en casos de niños prematuros o muy pequeños.
- Evitar contacto con personas afectas de infección respiratoria.
- Evitar exposición al humo del tabaco y ambientes cargados.
- Educar a padres/cuidadores sobre signos y síntomas de la bronquiolitis.
- Evitar si es posible guarderías y escolarización temprana de prematuros y niños con factores de riesgo.
- Promover lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA

- Paginas web: https://www.aeped.es/protocolos/infectología/index.htm https://www.pediatriaintegral.es
- Benito FJ ,Sánchez J, Mintegi S. Enfermedades y síntomas respiratorios. En Benito J, Mintegi S. Diagnóstico y tratamiento de urgencias pediátricas.3ª ed. Ergón.Madrid.2002:154-160
- Crespo M. Bronquiolitis del lactante. En Cruz M. Tratado de pediatría. 8ªed. Ergón. Madrid.2001:1231-1237

TEMA 89. CAMPAÑA ANUAL DE VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE.

FERNANDO CARBALLO COYA
MARTA DE LA VEGA MARTINEZ
SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA

ÍNDICE

- DEFINICIÓN DE GRIPE
- QUÉ ES UNA VACUNA
- GRUPOS DE RIESGO
- PERÍODO DE VACUNACIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICÓN DE GRIPE

La gripe es una infección vírica que afecta principalmente a la nariz, garganta, bronquios y ocasionalmente, a los pulmones.

Dura generalmente una semana y se caracteriza por la aparición de fiebre alta, dolores musculares, cefalea, malestar general importante, tos seca, dolor de garganta y rinitis.

Hay tres tipos de virus que producen la gripe:

- Tipo A: Infecta a humanos y animales varios
- Tipo B: Sólo circula entre las personas y causa epidemias estacionales.
- Tipo C: Puede infectar tanto a personas como a porcinos, pero la infección es leve y no suele notificarse.

QUÉ ES UNA VACUNA

Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos.

Hay diferentes clasificaciones de las vacunas en función de su fabricación, de su contenido, de su composición y de su vía de administración.

La vacuna de la gripe es de Contenido Vírico. En el pasado se empleaban virus vivos atenuados y en la actualidad dicha vacuna está compuesta por fracciones víricas (proteínas de superficie, etc.).

La vía de administración es intramuscular.

GRUPOS DE RIESGO

La vacunación es una de las medidas de salud pública más eficaces para prevenir la aparición de enfermedades e incluso la muerte en algunos casos.

El Sistema Nacional de Salud (S.N.S) proporcionará las vacunas de manera gratuita las personas incluidas en los grupos de riesgo, que son los siguientes:

- Personas mayores de 65 años, con especial énfasis en los que viven en instituciones cerradas.
- Embarazadas en cualquier fase de gestación.
- Niños de 6 meses a 5 años.
- Pacientes con enfermedades crónicas.
- Profesionales sanitarios, cuidadores y convivientes.

PERÍODO DE VACUNACIÓN

Las cepas de virus de la gripe cambian continuamente por eso la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) actualiza la composición de la vacuna dos veces al año.
El pasado veintiuno de febrero dio a conocer la composición recomendada para las vacunas antigripales de la temporada 2019-2020 en el hemisferio norte: virus H3N2, similar a A/Kansas/14/2017.
LA campaña dará comienzo en el mes de Octubre y se prolongará hasta comienzos del período invernal.

El Sistema Nacional de Salud dispondrá de toda la información necesaria a los centros de atención primaria para los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

www.vacunasaep.org (Asociación Española de pediatría. Comité Asesor de Vacunas)
www.isanidad.com
www.who.int (Organización Mundial de la Salud)
www.fabis.org (Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Huelva)
www.español.cdc.gov (Centers for Disease Control and Prevention)

TEMA 90. EDULCORANTES Y SALUD.

OLGA CAAMAÑO SELMA
JESÚS MARTÍN ROMERO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- METODOLOGÍA
- OBJETIVOS
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

El uso de aditivos alimentario empezó a regularse legalmente a principios del siglo XX.

En la cadena de producción alimentaria se controla la cantidad de aditivos que se le añade a los alimentos.

La legislación de la Unión Europea define 26 grupos de aditivos entre ellos los edulcorantes.

Los aditivos autorizados en España quedan reflejados en la “lista positiva de aditivos”.

CLASIFICACIÓN

SEGÚN SU ORIGEN Y SU NATURALEZA QUIMICA

EDULCORANTES NATURALES:
Monosacaridos y disacárido entre otros
edulcorante sintético : sacarina, Aspartamo….

SEGÚN SU APORTE CALÓRICO

EDULCORANTES NUTRITIVOS:
Jarabe de glucosa, azúcar, manitol

EDULCORANTES INTENSIVO:
Aspartamo

METODOLOGÍA

TIPO:
Revisión de la bibliografía científica

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA
“Additives” AND “Sweeteners” AND “Health” OR “Food Consumption ”

BASES DE DATOS:
Cinahl , Pubmed, Scopus, Web of Science, Cochrane

Se revisaron un total de 22 artículos científicos Se revisaron un total de 20 artículos científicos entre las fechas del 02 de mayo del 2019 al 02 septiembre del 2019

OBETIVOS

Objetivo general: recopilar con la evidencia científica aquellos aspectos mas relevantes acerca de los edulcorantes en la alimentación

Objetivo específico:
Clasificación de los edulcorantes
Valoración sobre el conocimiento de los edulcorantes
Indagar en el estudio de los edulcorantes

RESULTADOS

Dentro de los edulcorantes autorizados en Europa, y de los mas utilizados en la industria alimentaria es la estevia (glucósidos de esteviol) uno de los edulcorantes naturales con mayor importancia hoy día entre las personas.

Dentro de los conocimientos de los consumidores acerca de los etiquetados de los productos alimentarios (57,6%) no se leen las etiquetas de los productos a la hora de comprarlos.

No se ha demostrado que ni la sacarina ni la Estevia tenga problemas toxicológicos para el consumidor.

El origen de la Estevia es natural y además no tiene que ser mezclada con sales cálcicas para disminuir el sabor amargo como ocurre en el caso de la sacarina

CONCLUSIONES

Dentro de los edulcorantes alimentario también se encuentras los aditivos , donde el poder edulcorante es una de las propiedades más conocida de los azucares

Los edulcorantes esta relacionados con potenciadores del sabor así mismo estos con el sabor dulce.

Hay ciertos estudios que han tenido como resultados que el aspartamo causa efectos adversos, estos estudios fueron desestimados por limitaciones.

BIBLIOGRAFIA

1-aditivos alimentarios (EUFIC)
http://www.eufic.org/article/es/seguridad-alimentaria-calidad/aditivosalimenticios/
expid/basics-aditivos-alimentarios

2-edulcorantes artificiales (EUFIC: European food information council)
http://www.eufic.org/article/es/page/RARCHIVE/expid/Ventajas_seguridad_edulcorantes_bajos_calorias/

3-Aspartamo (EUFIC: European food information council)
http://www.eufic.org/article/es/page/FTARCHIVE/artid/aspartamo/

BIBLIOGRAFIA

4-edulcorantes artificiales (EUFIC: European food information council)
http://www.eufic.org/article/es/page/RARCHIVE/expid/Ventajas_seguridad_edulcorantes_bajos_calorias/

TEMA 91. MUSICOTERAPIA EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTAS.

OLGA CAAMAÑO SELMA

JESÚS MARTÍN ROMERO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- METODOLOGÍA
- OBJETIVOS
- RESULTADOS
- CONCLUCIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

La musicoterapia es una herramienta muy eficaz en niños con Trastorno del Espectro Autista.
Esta contemplada como una intervención propia de la enfermería donde se aumentan las habilidades de interacción social y emocional, aprendizaje entre padres /madres e hijos/as.

Hay dos tipos de terapias con música:

La activa: es cuando la persona interactúa con la música utilizando instrumentales, objetos o simplemente bailando

La receptiva: Es cuando la personan escucha la música de forma pasiva llegándole todo tipo de señales a través del lenguaje y el sonido.

Clasificación del TEA

Siguiendo la clasificación diagnóstica del DSM-V

Trastorno autista, autismo infantil o Síndrome de Kanner

Trastorno o Síndrome de Asperger

Trastorno de Rett o Síndrome de Rett

Trastorno desintegrativo infantil o Síndrome de Heller

Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

METODOLOGÍA

TIPO:
Revisión de la bibliografía científica

ESTRATEGIA DE BUSQUEDA
“ Autistc Disorder” AND “Music Therapy ” OR “”Child “”

BASES DE DATOS:
Cinahl , Pubmed, Scopus, Web of Science, Cochrane.

Se revisaron un total 19 de artículos científicos Se revisaron un total de 20 artículos científicos entre las fechas del 02 de mayo del 2019 al 02 septiembre del 2019

OBETIVOS

Objetivo general:

-Mejorar las habilidades de los niños/as con Trastorno del Espectro Autista, a través de la Musicoterapia.

Objetivo específico:

-Desarrollar la comunicación, lenguaje e interacción social.
-Disminuir la hiperactividad e hipersensibilidad a través de la relajación, al atención y concentración.

RESULTADOS

En la actualidad los profesionales sanitarios emplean la técnica de musicoterapia para disminuir el dolor, distracción a los pacientes ante cualquier intervención o cura.

Los estudios encontrados mostraron que los niños mejoraban en el aprendizaje, cantando más que hablando, gracias al uso de elementos musicales.

En la relación de la escucha de música en niños con trastornos del espectro autista leve o severo , se ha demostrado que mejora la atención con esta terapia.

COCLUCIONES

La música es una buena herramienta para niños con trastornos del espectro autista , por el poder de la música acerca de estimular las emociones y amplifica las relaciones entre ambas personas.

La musicoterapia esta potenciada por la organización mundial de la salud, como una de las estrategias para alcanzar un objetivo en “SALUD”.

Las terapias alternativas entre ella la musicoterapias están diseñadas para que estos niños a través de la música puedan conseguir una vida plena.

BIBLIOGRAFIA

1-Francesc Cuxart. El autismo. Aspectos descriptivos y terapéuticos. Málaga: Aljibe; 2003.

2-Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.

3-Brownell. What is music therapy? Silver Spring. Journal of Music Therapy, 39:(2); 117-144.

BIBLIOGRAFIA

4-FAQ Music Therapy. EEUU: World Federation of Music therapy; 2008- 2012.Disponible en: http://www.musictherapyworld.net/WFMT/home.html

5-Kern P, Wolery M, Aldridge D. Use of songs to promote independence in morning greeting routines for young children with autism. J Autism Dev Disord. 2007 Aug;37(7):1264-71.

TEMA 92. INCONTINENCIA URINARIA Y EMBARAZO.

SARA BERMEJO SANDÍN

ANAÏS NAVARRO ALONSO

ÍNDICE

- DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN
- FACTORES DE RIESGO
- PREVENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO
- TRABAJO DURANTE EL POSTPARTO
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina que puede demostrarse de una forma objetiva y que genera problemas sociales y/ higiénicos a las personas que la padecen.

Se pueden distinguir distintas incontinencias urinarias:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo que hace referencia a las pérdidas que se producen al realizar algún esfuerzo o ejercicio que genera un aumento de presión intraabdominal, como puede ser toser o reír.
- Incontinencia urinaria de urgencia, que son las pérdidas no relacionadas con esfuerzos, y que o bien vienen precedidas por un deseo miccional agudo o son pérdidas de orina repentinas sin deseo miccional previo.

- Incontinencia urinaria mixta, en la cual existe una combinación de las dos incontinencias detalladas anteriormente.
- Incontinencia urinaria de rebosamiento, en la cual lo que se produce es una gran retención de orina después de que el paciente orine, por lo cual la vejiga aunque no lo perciba está siempre llena y los pacientes van sufriendo pequeñas pérdidas en forma de goteo.

FACTORES DE RIESGO

La incontinencia urinaria afecta principalmente al sexo femenino.

Existen factores de riesgo claramente identificados:

- Los embarazos y los partos.
- La obesidad.
- La edad.
- Los deportes de alto impacto.
- La menopausia.
- Prostatectomías en el caso de los hombres.

PREVENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

La incontinencia urinaria guarda una estrecha relación con el estado de la musculatura del suelo pélvico. Ante un aumento de la presión intraabdominal si la musculatura se encuentra hipotónica y no realiza correctamente su función la vejiga y la uretra descienden, pudiendo propiciar una pérdida de orina.

Por eso es importante comenzar a trabajar el estado de la musculatura ya en el embarazo, incluyéndose este tipo de trabajo en los programas de preparación al parto, y por supuesto durante el postparto aunque aparentemente no se haya producido ningún tipo de traumatismo perineal durante el parto.

En primer lugar el trabajo que se debe realizar será de información y educación. Muchas de las pacientes no han oído hablar nunca del suelo pélvico, no saben identificarlo, localizarlo o contraerlo de manera voluntaria. Tras lograr esto el objetivo final será conseguir un buen control muscular con buenas contracciones perineales, claramente perceptibles, sin realizar contracciones musculares parásitas ni apneas. Posteriormente se realizará un refuerzo muscular activo a través de ejercicios, y por último se buscará una integración de esto en las actividades de la vida diaria.

TRABAJO DURANTE EL POSTPARTO

Al haber comenzado a trabajar ya en el embarazo el trabajo durante el postparto es más sencillo.

En el postparto inmediato es frecuente que la mujer presente incontinencia urinaria. Existe un tiempo de recuperación fisiológico en el que la mayor parte de los síntomas que experimenta la mujer evolucionan favorablemente de un modo espontáneo. Trascurrido este tiempo conviene hacer una valoración del suelo pélvico y empezar a realizar una reeducación muscular a través de ejercicios de una manera suave y progresiva.

Si trascurridas las seis primeras semanas la mujer continúa con incontinencia será preciso un tratamiento más específico de rehabilitación en el que se emplean técnicas como son la electroestimulación o el biofeedback entre otras.

La electroestimulación se emplea para conseguir una toma de conciencia de la región y de la contracción muscular, para realizar un trabajo de fuerza, para trabajar la resistencia o para inhibir al músculo detrusor en caso de que fuese necesario. Por otro lado el biofeedback es una técnica activa que permite una rápida toma de conciencia del suelo pélvico a través de un programa de cinesiterapia personalizado.

BIBLIOGRAFÍA

- Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. 2ª ed. España: Masson Elservier; 2006.

- Delancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. Am J Obstet Gynecol. 1994; 170 (6): 1713-20.

- Howard D, Miller JM, Delancey JO, Ashton – Miller JA. Differential effects of cough, valsalva and continence status on vesical neck movement. Obstet Gynecol. 2000; 95 (4): 535-40.

- Amarenco G, Ismael SS, Lagauche D et al. Cough anal reflex: strict relantionship between intravesical pressure and pelvic floor muscleelectromyographic activity during cough. Urodynamic and electrophysiological study. J Urol. 2005; 173: 149-52.

- Heidler H, Wolk H, Jonas U. Urethral closure mechanism under stress conditions. Eur Urol. 1979; 5: 110-2.

- Rud T. Urethral pressure profile in continent women from childhood to old age. Acta Obstet Gynecol Scand. 1980; 59: 331-5.

TEMA 93. ABORDAJE ENFERMERO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

LYDIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ
RICARD CONDE TORRES
CLARA GIL TORRAS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- EPIDEMIOLOGÍA
- DIAGNÓSTICO
- ABORDAJE ENFERMERO
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es la elevación de los niveles de presión arterial persistente. La presión máxima es la resultante de la contracción del corazón y la mínima de su relajación. Dado que esta enfermedad no produce síntomas suele pasar inadvertida.

Aunque puede aparecer a cualquier edad es más frecuente a partir de los 40 años.

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia en España:

- El 42,6% de los mayores de 18 años han sido diagnosticados de HTA
- El 79,4% de los diabéticos mellitus son hipertensos
- Existe un infradiagnóstico del 37,4%
- Del 88% de los usuarios en tratamiento únicamente un 30% tiene la tensión controlada

DIAGNÓSTICO

- Para realizar un diagnóstico correcto de HTA, se debe determinar en primer lugar el brazo control (BC) de la persona. Para ello, se deben realizar 3 tomas en cada brazo y extraer la media de ambos, escogiendo como BC el correspondiente con la cifra más elevada.

- Se deben realizar 3 determinaciones en el BC durante 3 días no consecutivos y extraer la media de cada día así como la media de los 3 días.

DIAGNÓSTICO

- Se considera HTA la persistencia de cifras de presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg.

ABORDAJE ENFERMERO

MODIFICACIÓN DE ESTILOS DE VIDA:

- Seguimiento de una alimentación mediterránea correctamente.
- No superar el consumo de 6 gramos de sal diarios
- Realizar actividad física al menos 3 veces en semana durante unos 45 – 60 minutos.
- Cese del hábito tabáquico
- Reducir 4 kg de peso en caso de IMC superior a 27

ABORDAJE ENFERMERO

MODIFICACIÓN DE ESTILOS DE VIDA:

- Mantener perímetro abdominal inferior a 88 cm en la mujer y a 102 cm en el hombre.
- No superar el consumo de 1 Unidad Bebida Estándar (UBE) en la mujer y 2 UBE en el hombre.

La modificación de los estilos de vida complementa al tratamiento farmacológico pautado por el médico.

ABORDAJE ENFERMERO

Se debe realizar la toma de la tensión arterial (TA) de la siguiente manera:

- Cada 4 años entre los 14 – 40 años
- Bianualmente en edades superiores a 40 años

En caso de TA previas de 130- 139 y 85- 89 mmHg se realizará un control anual

BIBLIOGRAFÍA

- Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. Rev Esp Cardiol. 2016;69:572-8.
- Catalá F, Sanfélix G, García C, Ridao M, Peiró S. Control of arterial hypertension in Spain: a systematic review and meta-analysis of 76 epidemiological studies on 341 632 participants. J Hypertens., 30 (2012), pp. 168-176
- Fundación Española del Corazón. [sede web] [consultado el 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html

TEMA 94. EL BURNOUT EN FISIOTERAPEUTAS.

GONZALO PRIETO CRISTOBAL

ÍNDICE

- DEFINICIÓN DE BURNOUT
- EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DEL BURNOUT
- EL BURNOUT EN FISIOTERAPEUTAS
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN DE BURNOUT

El síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT) o *burnout* se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de estas.

El burnout tiene repercusiones fisiológicas, psicológicas y conductuales sobre el profesional.

Hay muchas definiciones e interpretaciones acerca del SQT y también diversas formas de corregirlo. Pero, a pesar de esa gran variedad, todos los investigadores están de acuerdo en que es muy importante tanto el diagnóstico como la promoción de programas de actuación. También se ha concluido que no hay diferencia entre hombres y mujeres pero que sí es importante la edad del profesional, pues es más frecuente entre los 30 y los 50 años.

EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DEL BURNOUT

El *burnout* o Síndrome de Desgaste Profesional fue definido por primera vez en 1974, por el psicoanalista Herbert Freudenberg al observar a voluntarios que trabajaban con toxicómanos en la Free Clinic de Nueva York. Estos voluntarios, tras un tiempo desarrollando su trabajo, sentían un agotamiento, desmotivación y pérdida de energía. Freudenberg lo conceptualizó como la suma de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral de los profesionales cuyo trabajo estaba dedicado a dar un servicio a los demás. Pero fue en 1982 cuando la psicóloga Cristina Maslach empleó este concepto públicamente para referirse a una situación cada vez más frecuente entre los profesionales que, por su trabajo, mantenían un contacto directo y continuado con las personas y, después de un periodo

variable de tiempo, acababan por estar desgastados emocionalmente. Maslach eligió el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre sus compañeros, *burnout* era un término con gran aceptación social y no estigmatizaba tanto como los diagnósticos psiquiátricos.

EL BURNOUT EN FISIOTERAPEUTAS

El síndrome de *burnout* ha sido ampliamente estudiado en profesionales de la salud, aunque en su mayoría se trata de estudios en profesionales de enfermería y/o medicina.
Sin embargo, hay pocos artículos que estudian este síndrome en los fisioterapeutas, en comparación con las otras profesiones sanitarias.
Dentro de las profesiones sanitarias, la fisioterapia representa un grupo de alto riesgo frente al estrés y desgaste profesional, debido a la cantidad de estresores diarios que son inherentes al tipo de trabajo que debemos afrontar. El síndrome de Burnout o SQT que es una respuesta crónica al estrés laboral, se caracteriza por un agotamiento emocional que no tiene por

qué producirse en todos los trabajadores, aunque estén sometidos al mismo nivel de estrés, ya que depende de varios factores como la personalidad, la educación, el nivel cultural, la capacidad de responder a las demandas emocionales, etc. Está relacionado significativamente con la sobrecarga de trabajo objetiva, el tiempo total de contacto directo con los pacientes y con la conducta del trabajador en su hogar.

BIBLIOGRAFÍA

Gil Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista Psicología Científica. 2001;3(5):77.

Capilla PR. El síndrome del burnout o de desgaste profesional. Revista Fundación (Facultad de Medicina). 2000;58:1334.

Martínez Pérez A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Revista de Comunicación Vivat Academia. 2010;13(112):42-80.

Alchieri J C, Araujo Silva T. Socioeconomic and demographic aspects related to stress and the burnout syndrome among Brazilian physiotherapists. Salud Mental. 2014;37:233-38.

TEMA 95. PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE LA GESTACIÓN.

RAQUEL SANTALIESTRA ELVIRA

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **MATERIAL Y MÉTODO**
- **RESULTADOS**
- **DISCUSIÓN**

INTRODUCCIÓN

Son conocidas las múltiples ventajas que aporta a la salud la práctica de una actividad física de forma continuada. Aunque es importante en todas las etapas de la vida, cuando llega la gestación aparecen dudas sobre la conveniencia de realizar ejercicio físico, así como del tipo de actividad, de su frecuencia, intensidad y duración. Este incierto criterio da lugar, según reporta la literatura, a que se incrementen las tasas de inactividad durante el embarazo;

oscilan entre el 64,5% y el 91,5% y tienden a ser mayor en el tercer trimestre del embarazo.

INTRODUCCIÓN

Es preciso garantizar que los conocimientos en que se sustente la atención y consejo profesional durante la gestación procedan de la mejor evidencia científica disponible en ese momento, proporcionando cuidados de excelencia durante todo el proceso, lo que repercutirá en la salud de la madre y del bebé. Conocer la evidencia científica al respecto y las consideraciones de las principales guías de salud por parte de los profesionales que están en contacto con la mujer embaraza puede incrementar la promoción de la actividad física en la consulta gestacional.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las principales organizaciones de salud, asociaciones de profesionales y las principales bases de datos científicas, delimitando la búsqueda a los últimos 10 años y a publicaciones en español e inglés.

RESULTADOS

El ejercicio físico es considerado beneficioso para el embarazo, aunque tal y como recomienda el Ministerio de Sanidad en la GPC, se deben individualizar las pautas ofrecidas a cada gestante. Es recomendable informar de aquellas actividades que pueden suponer un potencial peligro durante el embarazo; especialmente se hace referencia a deportes de contacto, de alto impacto, de raqueta y el buceo.

La guía NICE establece pautas específicas sobre cómo abordar el ejercicio físico en una mujer gestante:

- Una actividad moderada diaria de 30 minutos de duración no solo no supone daños en el feto, sino que es beneficiosa para el mismo.

RESULTADOS

¬ La natación, caminar a intensidad moderada y los ejercicios aeróbicos son seguros y muy positivos en el embarazo.

¬ Si la mujer realiza ejercicio físico habitualmente, y previo ala gestación, debería poder continuar con el mismo al no ser que se evidencie un riesgo claro para el embarazo.

¬ Si la gestante no realizaba ninguna rutina de actividad física, se podría aconsejar iniciarse con 15 minutos de ejercicio físico a elección, tres veces por semana, incrementándose posteriormente a 30 minutos diarios.

RESULTADOS

La ACOG Committe supone como signos de alarma de cara a la gestación respecto al ejercicio físico los siguientes:

- Sangrado vaginal
- Disnea antes del ejercicio
- Mareos y vértigos
- Dolor en el pecho
- Debilidad muscular
- Parto pretérmino
- Descenso de los movimientos fetales
- Sospecha y diagnóstico de ruptura prematura de membranas

BIBLIOGRAFÍA

. Márquez J, García V, Ardila R. Ejercicio y prevención de obesidad y diabetes mellitus gestacional. REV CHIL OBSTET GINECOL 2012; 77(5): 401 – 406.

. Barakat Carballo R, Cordero Rodríguez Y, Rodríguez-Romo G, Stirling J, Zakynthinaki M. Actividad física durante embarazo,su relación con la edad gestacional materna y el peso de nacimiento. (Physical activity during pregnancy, its relationship to gestational age y birth weight). RICYDE. *Revista Internacional De Ciencias Del Deporte.* 2011; 6 (20): 205-217.

. Claros JAV, Álvarez CV, Cuellar CS, Mora ML. Actividad física: estrategias de promoción de la salud. Revista Hacia la promoción de la salud 16 (1), 202-218

. Ferraro Z, Boehm K, Gaudet L, Adamo K. Counseling about gestational weight gain and healthy lifestyle during pregnancy: Canadian maternity care providers' self-evaluation. *Internacional Journal of Womens Health* 2013: 5 629-636.

TEMA 96. FIEBRE RECURRENTE ENDÉMICA. ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

BORJA MERELO NICOLÁS

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. ETIOLOGÍA
3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS
4. DIAGNÓSTICO
5. TRATAMIENTO
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Las garrapatas son **artrópodos hematófagos**, parásitos de diferentes especies de mamíferos (incluido el hombre), aves y reptiles y están ampliamente distribuidas por todo el planeta.

Mecanismos patogénicos:

- Huéspedes intermediarios de diferentes procesos infecciosos (bacterias, virus, protozoos…)
- Hipersensibilidad de la picadura, incluso Anafilaxia
- Inoculación de toxinas
- Sobreinfección piógena
- Anemia severa (en parasitación masiva)

1. INTRODUCCIÓN

Las garrapatas son **artrópodos hematófagos**, parásitos de diferentes especies de mamíferos (incluido el hombre), aves y reptiles y están ampliamente distribuidas por todo el planeta.

Mecanismos patogénicos:

- Huéspedes intermediarios de diferentes procesos infecciosos (bacterias, virus, protozoos…)
- Hipersensibilidad de la picadura, incluso Anafilaxia
- Inoculación de toxinas
- Sobreinfección piógena
- Anemia severa (en parasitación masiva)

1. INTRODUCCIÓN

FAMILIAS

BLANDAS

- Vectores de la fiebre recurrente endémica (*Borrelia hipanica, etc*)
- Zonas rurales, sur y oeste peninsular
- Ornithodorus erraticus

DURAS

- Principal vector de enfermedades infecciosas en mundo industrializado.
- Larva, ninfa y adulto
- Zona con animales silvestres o explotación ganadera (ciclo).

FIEBRE RECURRENTE ENDÉMICA

2. ETIOLOGÍA

	FRTG	FRTP
Vector	Ornithodorus	Pediculus humanus
Agente	Borrelias *	Borrelia recurrentis

La **incidencia** de FRTG es <0,2 casos por 100.000 habitantes y año. Probablemente infravalorado.
Zonas de Andalucá, Castilla y León y Extremadura.
Reservorio: Roedores (ratas y ardillas), pequeños animales y garrapatas.

*En España, se conoce la asociación con Borrelia hispánica.

FIEBRE RECURRENTE ENDÉMICA

3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- **FRTP** cuadros más grave y recidivantes.
- **Incubación** de 7-8 días.
- Episodios **febriles** súbitos (2-9 días) acompañados de escalofríos, mialgias, fotofobia, tos o vómitos +/- HEmegalias
- **Analítico**: Leucopenia/leucocitosis, trombopenia, alteración bq hepatorenal
- 1/3 **neurolóficos**: Meningoencefalitis, coma, afectación de pares. LCR aumento de presión, células y proteínas, glucosa normal.

FIEBRE RECURRENTE ENDÉMICA

4. DIAGNÓSTICO

- Detección **directa** de espiroquetas en sangre periférica (70% en picos febriles)
- Microscopio de campo oscuro, Giemsa, Wright, inmunofluorescencia…
- PCR
- **NO** es útil aglutinación ni fijación de complemento

FIEBRE RECURRENTE ENDÉMICA

5. TRATAMIENTO

- FRTG en adultos es **doxiciclina oral** (100 mg cada 12 horas) durante un periodo de 10 días.
- La **alternativa** es eritromicina oral 12,5 mg/kg (max 500mg) cada 6 horas durante 10 días.
- Afectación del **sistema nervioso** central, el tratamiento debería ser intravenoso con penicilina G o ceftriaxona durante 10-14 días

6. BIBLIOGRAFÍA

- Parola P., Raoult D. Ticks and tickborne bacterial diseases in humans: an emerging infectious threat. Clin Infect Dis 2001; 32: 897-928.
- Escudero R, Guerrero A. Enfermedades producidas por Borrelia. Enfem Infecc Microbiol Clin. 2005;23:232-40.
- Herrero JA , García-VázquezE,HernándezA, GómezJ. Infecciones producidas por borrelias: enfermedad de Lyme y fiebre recurrente. Medicine. 2010; 57: 3903-09.
- Anda P, Sánchez-Yebra W, Vitutia MM. A new Borrelia species isolated from patients with relapsing fever in Spain. The Lancet. 1996; 348: 162-5

TEMA 97. ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA (EHGNA). A PROPÓSITO DE UN CASO.

ISABEL LLAMAS BELLIDO

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **DESCRIPCIÓN DEL CASO: ANTECEDENTES PERSONALES. ENFERMEDAD ACTUAL. EXPLORACIÓN FÍSICA. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.**
- **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

INTRODUCCIÓN

La hipertransaminasemia es una circunstancia frecuentemente hallada en las consultas de atención primaria. Ocasionalmente es detectada tras solicitud de analítica por distintas indicaciones.

Se ha estimado una frecuencia de hipertransaminasemia cercana al 15%, pudiendo ésta obedecer a diversas etiologías. Ante un paciente adulto asintomático con esta alteración analítica deberemos comprobar si es transitoria o mantenida. Igualmente deberemos investigar consumo enólico y de hepatotóxicos, infección o sobreesfuerzo previos y descartar causas frecuentes como infección crónica viral, alteraciones tiroideas o autoinmunidad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

1. Antecedentes personales

Mujer de 47 años sin antecedentes familiares de interés ni hábitos tóxicos.

Entre sus antecedentes personales destaca trastorno mixto ansioso-depresivo además de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y obesidad.

Intervenida de ooforectomía derecha e histerectomía abdominal total con salpinguectomía bilateral por hallazgo de teratoma ovárico y útero miomatoso.

En tratamiento con metformina 1g/12 horas, enalapril 20mg, simvastatina 20mg así como omeprazol 20mg y alprazolam 1mg diarios.

2. Enfermedad actual

Paciente en estudio tras hallazgo de hipertransaminasemia de bajo rango sostenida. La paciente se encuentra asintomática, sin síndrome constitucional ni febril así como ausencia de semiología colestásica y datos de alarma.

3. Exploración física

Sin hallazgos patológicos a la exploración física. Peso 83 kg, talla 153cm. IMC 35kg/m2.

4. Pruebas complementarias

Analíticamente presenta GOT/GPT 79/173 U/L, GGT/FA 74/85 U/L, CPK normal. HbSAg, AcVHC, inmunoglobulinas y autoinmunidad (ANA, AMA, Anti Transglutaminasa, Anti LKM, anti citosol hepático, anti actina-F y anti Sla) negativos. TSH, alfa1 antitripsina, ceruloplasmina, ferritina e índice de saturación de la transferrina normal.

Hba1c 11%, colesterol total 256mg/dl (colesterol LDL 135mg/dl), triglicéridos 316mg/dl.

Hemograma y coagulación sin alteraciones.

En la ecografía abdominal se objetiva hígado de tamaño normal, bordes lisos, ecoestructura hiperecogénica sin lesiones focales. Vesícula biliar alitiásica. Vías biliares no dilatadas. Bazo y páncreas de tamaño y morfología conservada. Ambos riñones de tamaño y morfología normal con buena diferenciación cortico-medular. Aorta abdominal de calibre normal. Ausencia de líquido libre en cavidad abdominal.

Se procede a cálculo de FIB4 como parámetro de fibrosis hepática con valores de 0.86, excluyéndose así fibrosis avanzada.

5. Diagnóstico principal

Nos encontramos ante un caso de hipertransaminasemia asintomática mantenida en una paciente con ausencia de consumo de hepatotóxicos y con síndrome metabólico y esteatosis ecográfica. Ante la negatividad del perfil hepático solicitado podríamos establecer el diagnóstico de enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA).

6. Tratamiento y evolución

Tras la comunicación del juicio diagnóstico y de las posibles implicaciones, se procede a recomendar modificación en los hábitos de vida con realización de ejercicio diario y dieta saludable hipocalórica de composición Mediterránea.

Dos meses más tarde acude a cita programada constatándose una reducción de 8kg de peso así como de los valores de transaminasas además de mejoría del perfil lipídico y glucémico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La causa más frecuente de hipertransaminasemia asintomática del adulto así como de hepatopatía crónica en el mundo occidental es la EHGNA, asociada a la obesidad y síndrome metabólico.

Incluye un amplio espectro de entidades, figurando entre ellas la fibrosis avanzada. Para detectarla se utilizan una serie de índices o scores, como FIB4 o NAFLD fibrosis score, que con alto valor predictivo negativo pueden descartar su presencia.

Para su tratamiento, debe alcanzarse una pérdida de peso con modificación de los hábitos de vida. De igual modo hay que prestar atención a los distintos factores del síndrome metabólico iniciando tratamiento farmacológico o modificándolo. Tras ello deberemos comprobar el impacto de las decisiones tomadas, valorando mejoría clínico-analítica, como en nuestro caso.

BIBLIOGRAFÍA

- Patt CH, Yoo HY, Dibadj K, Flynn J, Thuluvath PJ. Prevalence of transaminase abnormalities in asymptomatic, healthy subjects participating in an executive health-screening program. Dig Dis Sci. 2003; 48 (4): 797-81. doi:10.1023/a:1022809430756
- Castera L, Friedrich-Rust M, Loomba R. Noninvasive Assessment of Liver Disease in Patients With Nonalcoholic Fatty Liver Disease. Gastroenterology. 2019;156(5):1264-81.e4. doi: 10.1053/j.gastro.2018.12.036
- Bruguera M. Guía práctica para el examen del paciente adulto con hipertransaminasemia asintomática. Gastroenterol Hepatol. 2017;40(2):99-106. doi: 10.1016/j.gastrohep.2016.03.001

- Aller R, et al. Documento de consenso. Manejo de la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA). Guía de práctica clínica. Gastroenterol Hepatol. 2018. https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.12.003

TEMA 98. ESCUELA DE PADRES. ZONA BÁSICA DE SALUD ETXARRI-ARANATZ.

ANIA IRAZOQUI CEBERIO

CARMEN CARLOTA MARTINEZ ESQUIROZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y METODOS
- EVALUCIÓN
- DISCUSIÓN

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En el Plan de Salud del Gobierno de Navarra 2014-2020 vigente actualmente se describen estrategias de salud priorizadas dentro de las cuales se encuentra la prevención y promoción infantil y adolescente. En ella debemos destacar el programa comunitario de prevención de la salud en infancia y adolescencia donde uno de los puntos estratégicos es la escuela de padres y madres.

Hasta el momento esta actividad es llevada a cabo en zona urbana, no llegando a algunas de las zonas rurales de Navarra.

La zona básica de salud de Etxarri-Aranatz es una de las zonas rurales vascofonas de Navarra. Etxarri engloba un total de 9 pueblos. Presenta una tasa de natalidad de 11,1 por encima de la media de Navarra.

En esta zona de un total de casi 6.700 habitantes más de 1.000 son menores de 14 años.

En los últimos años tanto en esta zona básica como en las colindantes ha habido problemas a la hora de cubrir las plazas de pediatría, generando esto una gran desconfianza por parte de los padres/madres, así como una falta de referente en la salud de sus hijos.

Partiendo de esta intervención ya planteada en el Plan de Salud y moldeándola a la zona básica de salud se pretende abordar esta necesidad sentida y expresada por la población a la hora de abordar la salud de los más jóvenes en la comunidad.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Al finalizar la intervención los familiares interesados habrán adquirido los conocimientos y habilidades relacionadas con la vida saludable y la prevención de los problemas de salud más prevalentes de sus hijos e hijas.

Objetivos específicos:

Lo que se pretende a corto plazo: fomentar la promoción y la prevención desde edades tempranas.

A largo plazo: disminución de las consultas tanto de pediatría como de médico de atención primaria fomentando la intervención de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para cumplir el objetivo se llevará a cabo una intervención por parte del equipo de enfermería en colaboración con el pediatra de la zona básica de salud compuesto por 2 fases:

1.Fase: en consulta de pediatría, en el área administrativa del centro de salud y en los consultorios locales se entregará una encuesta en la que deberán señalar los temas que más les interesen.

2.Fase: semanalmente o quincenalmente se realizará la intervención grupal educativa abordando de manera teórica como práctica los temas más botados en la encuesta. Se publicitará mediante carteles y folletos el tema semanal para que las familias se puedan inscribir y conozcan lugar y horario de la actividad.

Los temas serán divididos por grupos etarios (niños/niñas entre 0-2años 3-6años y 7-14años)

EVALUACIÓN

La evaluación se llevará a cavo mediante indicadores cualitativos así como cuantitativos:

- Cuantitativos:
  - % de niños y niñas vacunados.
  - Encuesta de satisfacción.
  - Número de consultas de enfermería pediátrica pre-post intervención
- Cualitativos:
  - Se realizarán 2 grupos focales, con padres-madres asistentes, y sanitarios del CS. Estos grupos serán grabados, transcritos y finalmente analizados mediante el programa informático atlas-ti.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gobierno de Navarra. Manual de Educación para la Salud. 2006. Pag.9. Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf

2. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Plan de Salud Navarra 2014-2020.
3. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Observatorio de Salud Navarra. Situación de Salud por Zonas Básicas. Disponible en: file:///C:/Users/ANIA%20IRAZOQUI/Downloads/02_InformeZBS_etxarri%20aranatz%20(2).pdf

TEMA 99. CONJUNTIVITIS VIRICA EPIDÉMICA.

TAMARA DORADO FERNANDEZ

MARTA FERNÁNDEZ GUDIN

ÍNDICE

- 1- INTRODUCCIÓN
- 2- SINTOMAS
- 3- EXPLORACIÓN
- 4- TRATAMIENTO
- 5- SEGUIMIENTO
- 6- BIBLIOGRAFIA

1- INTRODUCCIÓN

- Constituyen la causa más frecuente de consulta oftalmológica en cualquier servicio de urgencias.
- Representan inflamaciones de la conjuntiva de etiología viral, más comunmente representada por un adenovirus.
- Puede asociarse a fiebre faringo-conjuntival, más frecuente en niños
- En casos dónde se asocie hemorragia conjuntival extensa puede deberse a coxsackie y enterovirus.
- Su incidencia aumenta durante los meses de primavera y verano.
- Suelen ser autolimitadas (menos de 4 semanas de evolución) y, por lo general, curan sin dejar secuelas.

2- SINTOMAS

- Inicio agudo. Tendencia a la bilateralidad.
- Picor, sensación de cuerpo extraño
- Antecedente de infección de vías respiratorias altas o contacto con persona con clínica similar

3- EXPLORACION

- Exploración:
  - Ganglio linfático preauricular inflamado y doloroso a la palpación
  - Hiperemia conjuntival
  - Conjuntiva tarsal con folículos y hemorragias tipo petequias o hemorragias puntiformes subconjuntivales
  - Pseudomembranas
  - Defectos epiteliales
  - Secreción acuosa / lagrimeo profuso
  - Infiltrados subepteliales (pueden aparecer tras 1 o 2 semanas tras el inicio de la clínica)
  - Edema palpebral

4- TRATAMIENTO

- Es sintomático. Es fundamental aclararle al paciente que se trata de un proceso autolimitado que empeora durante los primeros 4-7 días y puede durar hasta 4 semanas cuando haya afectación corneal
- Es muy contagiosa durante los primeros días: se deben extremar las medidas de higiene: evitar tocar los ojos, compartir objetos de aseo con los convivientes… Además mientras siga existiendo secreción, conviene restringir el contacto con personas del ambiente laboral o de estudio
- Lavar las manos frecuentemente
- Lágrimas artificiales frecuentemente, pueden dejarse en la nevera para que el paciente note mayor alivio.
- Paños y compresas frías aplicados sobre los párpados varias veces al día

TRATAMIENTO

- Si se observan membranas/ pseudomembranas se deben retirar cuidadosamente
- Se puede dar tratamiento con corticoides tópicos en el caso de membranas/ pseudomembranas o infiltrados subepiteliales
- Se desaconseja el uso de corticoides de uso tópico en la conjuntivitis vírica salvo que haya erosiones o en caso de gravedad.

5- SEGUIMIENTO

- Reevaluar al paciente en 2-3 semanas
- Si hay empeoramiento se debe revisar antes
- En el caso de haber desarrollado infiltrados subepiteliales se debe revisar al paciente en 6 meses.

6- BIBLIOGRAFÍA

- Ehlers Justis P, Shah Chirag P. Manual de Oftalmología del Wils Eye Institute: Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad ocular en la consulta y en Urgencias. 5 ed. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Bussiness
- Pastor Jimeno JC, Maldonado López MJ., Guiones de Oftalmología. Aprendizaje Basado en Competencias. 2ª ed Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2012
- American Academy of Ophthalmology. Oftalmología báscia para estudiantes de Medicina y residentes de atención Primaria; 5ª ed. Elsevier ; 2009

TEMA 100. CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE LA CONSERVACIÓN DE LAS VACUNAS.

MYRIAN CARCELÉN RODENAS
MARIO PARREÑO JAREÑO
INMACULADA CARCELÉN RODENAS
MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA
REMEDIOS CABAÑERO LUJÁN

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGÍA
4. BIBLIOGRAFÍA

1.INTRODUCCIÓN

El mantenimiento de la cadena de frío durante el trasporte , conservación, manipulación y almacenamiento es un punto clave en todo el proceso de la vacunación.

Una pérdida en la cadena de frío en cualquiera de las acciones anteriormente descritas supone la repercusión negativa en el efecto inmunizante de la vacuna.

Por todo esto se deben de mantener determinadas normas para garantizar la estanquidad de la cadena de frío como son entre otras: el uso de equipos con termostatos adecuados y dispuestos con sistema de alarma, la lectura de dichas temperaturas han de realizarse dos veces al día con un sistema digital, para mantener la temperatura del frigorífico se colocarán acumuladores de frío etc.…

INTRODUCCIÓN

Una figura fundamental dentro de este proceso es el personal de enfermería y futuros profesionales de enfermería, que deben de conocer de manera precisa la correcto mantenimiento de la cadena de frío durante el transporte, conservación, manipulación y almacenamiento de las vacunas.

Por todo lo anterior, me parece relevante realizar este proyecto de investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre el correcto mantenimiento de la cadena de frío durante el transporte, conservación, manipulación y almacenamiento de las vacunas en estudiantes de enfermería de la facultad de enfermería de la UCLM.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos sobre el correcto mantenimiento de la cadena de frío durante el transporte, conservación, manipulación y almacenamiento de las vacunas en estudiantes de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimientos en estudiantes de enfermería sobre las normas de mantenimiento de la cadena de frío.

- Describir el nivel de conocimientos en estudiantes de enfermería sobre las indicaciones de conservación, manipulación y almacenamiento de las vacunas.

3. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Estudio descriptivo y transversal en el que se empleará para la recogida de datos, un cuestionario de recogida de datos de desarrollo propio previamente validado mediante una realización previa de un pilotaje.

Cuenta con variables sociodemográficas como la edad, sexo, formación previa etc...

ÁMBITO/ POBLACIÓN: Universidad De Castilla-La Mancha. Facultad De Enfermería de Albacete. La población total ascenderá a 100 participantes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN: Estudiantes de enfermería que hayan superado íntegramente la totalidad de las materias teóricas de cuarto año correspondientes a la titulación de Grado de Enfermería. Quedarán excluidos Estudiantes que no deseen formar parte del estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS: La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada. El estudio se realizará bajo los principios de la Ley 14/2007 de investigación biomédica y Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los investigadores participantes en este estudio nos responsabilizamos de mantener la confidencialidad y anonimato de las informaciones recogidas, garantizando que la utilización de estos datos no tendrá otros fines distintos que el de la propia investigación.

Dado que la encuesta es anónima y no se recogerá ningún dato que permita identificar a los participantes, se incluirá en la carta de presentación la información sobre que la cumplimentación del cuestionario supone el consentimiento para participar en el estudio. Se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación del Comité de Ética de Investigación del Área.

PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

- FASE PRIMARIA. Comprende el primer mes del inicio del estudio. Durante esta fase, se realizara la presentación del proyecto de investigación, en ella se tomará contacto con los participantes del estudio. El investigador principal trasmitirá la información al colectivo participante, es decir, estudiantes de enfermería de cuarto año universitario, indicando los objetivos del estudio y resolviendo las posibles cuestiones que se planteen acerca del mismo.

- FASE SECUNDARIA.-Su inicio corresponde al segundo mes del inicio del estudio hasta la finalización del tercer mes. En ella se administrará el cuaderno de recogida de datos, el cual estará complementado por una hoja anexa informativa en la que se detallara el objetivo del estudio, la importancia de su desarrollo (solventado las posibles cuestiones para su correcta realización). Por otro lado dicho, anexo informativo tiene un componente ético-legal en el que se advierte que el hecho de completar la encuesta implicará su consentimiento para participar en el estudio. Las entrega y recogida de dicho cuestionario será realizada por un enfermero que participe íntegramente en este proyecto durante la última semana lectiva en turno de mañana (en horario de 10 horas a 11:00horas) dentro del periodo previsto en esta fase hasta completar el total de los participantes.

- FASE TERCIARIA.- En ella, se llevará a cabo el análisis y publicación de los datos durante el cuarto mes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO I

Los datos recogidos en los distintos formularios se trasladarán a una hoja de cálculo creada en el soporte informático Microsoft Excell y posteriormente se utilizará el paquete estadístico Statitistical Package for Social Sciencie (SPSS) versión 19 para Windows. El análisis de los resultados se realizará mediante un estudio descriptivo de las variables utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas. Se calcularán los Intervalos de Confianza (IC) al 95%. Se comprobará la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas utilizando test de Kolmogorov-Smirnov.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO II

Se realizará también un análisis bivariante, en el que se procederá a comparar las variables entre grupos mediante t de Student, ANOVA, Chi-cuadrado y otros test no paramétricos, en función de la naturaleza de las variables. Se calcularán Odds-ratio como medida de tamaño del efecto. El nivel de significación se establecerá, como es habitual, para valores de $p<0,05$.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Ortega Molina Paloma, Astasio Arbiza Paloma, Albaladejo Vicente Romana, Gómez Rábago M.ª Luisa, Juanes Pardo José Ramón de, Domínguez Rojas Vicente. Cadena del frío para la conservación de las vacunas en los centros de atención primaria de un área de Madrid: mantenimiento y nivel de conocimientos. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2002 Ago [citado 2019 Sep 11] ; 76(4): 333-346. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000400008&lng=es

  .

- Ortega Molina Paloma, Astasio Arbiza Paloma, Albaladejo Vicente Romana, Arrazola Martínez Pilar, Villanueva Orbáiz Rosa, Juanes Pardo José Ramón de. Mantenimiento de la cadena del frío para las vacunas: una revisión sistemática. Gac Sanit [Internet]. 2007 Ago [citado 2019 Sep 11] ; 21(4): 343-348. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000400014&lng=es

- Picazo, J. J. (2002). Guía de vacunaciones. Centro de Estudios de Ciencias de la Salud. Madrid.

- Rodríguez, E. O., Cortina, L. M., Rodríguez, R. R., & García, B. F. (2005). Cadena del frío vacunal en Asturias. Vacunas, 6(3), 86-91.

- Barber-Hueso, C., Rodríguez-Sánchez, Ó., Cervera-Pérez, I., & Peiró, S. (2009). La cadena de frío vacunal en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. Gaceta Sanitaria, 23(2), 139-143.

- Batalla, J., & Fernández-Lara, N. (1998). Pautas de transporte, distribución y conservación de las vacunas. Vacunaciones Preventivas. Principios y aplicaciones. Barcelona: Masson, SA, 543.