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 ASENCIO 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, YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ, AIDA VALLINA RIESTRA***
- 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 201. PIEL CON PIEL HOSPITALARIO.

- SONIA MARIA PLAZA GARCIA
- BEGOÑA GARCIA VELARDE
- MARGARITA SERRANO SUAREZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVO
- METODOLOGIA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se tratar de hacer los partos menos instrumentalizados y humanos. Al acercarnos más a la naturaleza en general, nuevas técnicas intentando coger lo mejor de las costumbres del pasado, pero fuera del entorno natural.

Queda demostrado que la separación del recién nacido segundos después de llegar al mundo, produce un estrés totalmente evitable tanto para la madre como para el recién llegado.

Por lo que se intenta el contacto piel con piel de en recién nacido, tanto con la madre o padre en los 120 minutos después de nacer, aportando grande beneficios para ambos

OBJETIVO

Determinar cómo se debe llevar a cabo el piel con piel tras el parto.
Demostrar los beneficios que aporta el piel con piel.
gestionar protocolo de actuación del contacto piel con piel del recién nacido con su madre o padre.

El consejo de los protocolos de actuación de hoy en día es que después del parto el recién nacido se ponga **en contacto piel con piel sobre el pecho y el vientre de la madre**. La utilidad de esta práctica están garantizados y no se subestiman en ningún estando avalada por la Sociedad Española de Neonatología, la Iniciativa para la Humanización, etc..

METODOLOGIA

- Se debe fomentar el piel con piel entre madre e hijo durante la primera hora de vida, evitando maniobras médicas que no requieran de una intervención inmediata, ayudando a la adhesión y el pronto inicio de la lactancia.
- Consiste en colocar al bebe desvestido, sobre el pecho de su madre, padre o acompañante en posición decúbito prono.

RESULTADOS

- Se explicara a la madre la utilidad de realizar el piel con piel en dilatación. Se colocará el bebé al nacer sobre la piel de la madre. Y dejará al recién nacido que coja la mama activando así los reflejos de arraigo y fusion de hijo a madre. Realizar esta técnica, facilita la marcha de los reflejos de búsqueda y succión de puño, favorece la adaptación fuera del útero de la madre, mejora la estabilidad cardiorrespiratoria,, disminuye , hipoglucemias , subida cortisol en sangre, mejora la regulación térmica, disminución de estrés ayuda a la adaptación metabólica, mejora el vínculo entre madre-hijo , disminuye lloro, baja la ansiedad de la madre y mejora lactancia materna. Mejor asistencial, en el parto evitando las costumbres hospitalarias de las salas de partos y postparto.

CONCLUSIONES

- El esfuerzo en realizar el piel con piel tiene grandes beneficios ayudando a que se establezca un clima de relajación y total felicidad si todo va bien, tanto a la madre como al recién nacido y acompañante al unirlos inmediatamente que sea posible. Y ayuda a que la madre se sienta más tranquila cuando se están haciendo las tareas de limpieza e incluso cosido después de dar a luz. Ya que suele reinar un clima de armonía para todo olvidándose incluso de lo sufrido durante el parto. El despoje de la criatura a su madre durante un periodo largo no es sin duda una técnica natural que beneficie a ninguno de los protagonista.

BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad española neonatologia
- Iniciativa para la humanizacion y asistencia al nacimiento y lactancia unicef
- Servicios sociales para la igualdad
- Academia americana para la pediatria
- Guia clinica australia ,canada, gran bretaña

TEMA 202. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GERIATRÍA.

- VERÓNICA MÉNDEZ PRADA
- JUAN CARLOS BOADA VERA

ÍNDICE

- Introducción
- Caso clínico
- Valoración de enfermería
- Diagnósticos
- Resultados
- Conclusión
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

Varón de 81 años ingresado en una residencia de ancianos, donde se elaborará un plan de cuidados estandarizados, con el objetivo de mantener su independencia funcional, mejorar su calidad de vida, disminuir la mortalidad y aumentar la esperanza de vida, proporcionando una atención individualizada al anciano y a su entorno.

Realizaremos una valoración geriátrica integral, mediante la taxonomía enfermera NANDA, NIC, NOC y la Escala Nutricional (MNA), para analizar sus necesidades alteradas siguiendo el modelo de Virginia Henderson.

Con la presentación de este caso, vamos a dar una serie de recomendaciones para la conservación de su salud e independencia funcional, ya que son los aspectos más importantes de la promoción de la salud en esta etapa.

CASO CLÍNICO

Paciente de 81 años ingresado en una residencia de ancianos, viudo desde hace 3 años. Sus 4 hijos/as le visitan periodicamente manteniendo una buena relación.

Antecedentes: No alergias, no RAM, HTA, hipercolesterolemia, anemia ferropénica. TVP en MID hace 5 años, hiperplasia benigna de próstata y úlcera duodenal. No alteración de la audición, no muestra hábitos tóxicos y usa lentes por hipermetropía.

Tratamiento: Sintrom, hidroclorotiazida, tamsulosina, simvastatina, ferrogradument, tramadol y ranitidina.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- **Respiración:** No fumador, este patrón no esta alterado.
- **Alimentación / hidratación:** A su ingreso mide 1,54 cm y pesa 72,9 Kg. Tras valoración mediante test MNA se observa que presenta obesidad grado I. No existe dificultad en la masticación y tolera bien la comida del centro.
- **Eliminación:** Presenta dificultad para iniciar diuresis, ritmo intestinal normal.
- **Movilización:** Camina diariamente y es autónomo para las ABVD.
- **Descanso / Sueño:** Se despierta varias veces en la noche por nicturia y le cuesta conciliar el sueño.
- **Vestido:** Patrón no alterado.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- **Temperatura:** Afebril.
- **Higiene:** Higiene bucal correcta, piel integra, aspecto cuidado e hidratado.
- **Seguridad:** Colaborador, consciente y orientado. Cumple recomendaciones del equipo médico y existe control de barreras arquitectónicas.
- **Comunicación:** Patrón no alterado, buena comunicación.
- **Creencias:** Católico.
- **Trabajar / Realizarse:** Jubilado de la construcción.
- **Actividades lúdicas:** Se encarga del jardín del centro y forma parte de grupo de teatro.
- **Aprender:** No presenta problema con la administración de su medicación que es correcta.

DIAGNÓSTICOS

- **00118 Trastorno de la imagen corporal** r/c obesidad m/p deseo del paciente de adelgazar.
  - **NOC:** Imagen corporal (1200), y autoestima (1205).
  - **NIC:** Manejo de trastornos de alimentación (1030), manejo del peso (1260), potenciación de imagen corporal (5520).

Las actividades que llevaremos a cabo para estas intervenciones son: explicarle que debería realizar de 5 a 6 tomas de poca cantidad en vez de 3 más abundantes como hasta ahora, que no debe comer entre horas, tratar la relación que existe entre la ingesta y el ejercicio.

DIAGNÓSTICOS

- **00198 Trastorno del patrón del sueño** r/c factores externos y m/p por múltiples despertares y descanso no reparador.
  - **NOC:** Descanso (0003), sueño (0004).
  - **NIC:** Fomentar el sueño (1850).

  Las actividades que llevaremos a cabo para esta intervención son: aconsejar medidas inductoras al descanso nocturno como infusiones, ambiente tranquilo, temperatura agradable, evitar el uso de estimulantes cuatro horas antes de acostarse y evitar ingestas copiosas una hora antes de irse a dormir, establecer rutina a la hora de irse a dormir.

DIAGNÓSTICOS

- **00001 Desequilibrio nutricional por exceso** r/c aporte excesivo de calorías con relación a las necesidades metabólicas m/p obesidad.
  - **NOC:** Estado nutricional (1004), control de peso (1612).
  - **NIC:** Manejo de la nutrición (1100), modificación de la conducta (4360), asesoramiento nutricional (5246).

  Las actividades que llevaremos a cabo para esta intervención van encaminadas a: ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, animar a escribir por semanas metas realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicio y colocarla en un lugar visible para revisarla a diario.

RESULTADOS

Los resultados de estos objetivos serán comprobados en función al tipo de diagnóstico asignado al paciente, siendo este de un periodo máximo de 1 año, con revisiones mensuales de peso y patrón de sueño. En función a los 3 diagnósticos los resultados finales serán:

- El paciente demostrará saber las pautas mínimas de una dieta de adelgazamiento para realizar por si mismo después de la educación sanitaria.

- El paciente será capaz de dormir un mínimo de 6 horas seguidas y verbalizará levantarse descansado.

- Demostrará saber los beneficios de la pérdida de peso en su salud después de la educación sanitaria.

CONCLUSIÓN

El objetivo principal de esta guía es la elaboración de un Plan de Cuidados que incremente la calidad de vida de los pacientes residentes en geriatricos y conseguir que estos asuman un rol activo en su autocuidado dentro de sus posibilidades.

Si utilizamos un plan de cuidados estandarizados, observamos que el cumplimiento de los objetivos propuestos para el cuidado permite garantizar una correcta calidad asistencial.

El plan de cuidados está basado en una búsqueda intensiva en diferentes bases científicas tales como Scielo (EBSCO), PUBMED y documentos del SNS. Basándonos en la taxonomía NANDA y mediante la valoración por patrones de Virginia Henderson.

BIBLIOGRAFÍA

- Asistente de Plan de Cuidados Nanda Noc Nic. [Online]Disponible en: http://nanda.es/index.php

- Plan Andaluz de Atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2012-2016.

- Salgado A, González JI. Importancia de la valoración geriátrica. En: Salgado A, Alarcón MT, editores. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson. 2003:1-18.

- 57ª Asamblea Mundial de la Salud: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. OMS. 2004.

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN
DEFINICIÓN MT
UTILIDAD CLÍNICA DE LOS MT
FUNCIONES DE LOS MT
ASPECTOS PRÁCTICOS
CLASIFICACIÓN
MANEJO CLÍNICO
CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

El cancer no es una enfermedad nueva, hay datos de aproximadamente, del 1600, en la época de los egipcios donde ya lo describían, se cree que fue Hipócrates la primera persona en utilizar la palabra “ carcinos” (cangrejo para denominar el cancer.

El cáncer es un fenómeno biológico, caracterizado por la existencia de diferentes etapas concatenadas, siendo su finalidad la colonización de los tejidos a distancia, conociéndose esto con el nombre de metástasis junto. Junto con las enfermedades de origen cardiovascular, es la primera causa de mortalidad en la población occidental entre 35 y 65 años.

La mortalidad, depende del tipo de tumor y del momento de la detección, ya que generalmente cuanto antes se detecte más fácil será el tratamiento. En la mayoría de los casos, por desgracia, el cáncer no produce síntomas hasta que se encuentra en estado avanzado.

La célula tumoral, es una célula anómala caracterizada por su crecimiento de forma autónoma, es decir, que crece independiente de cualquier mecanismo de control, otra característica importante de las células tumorales, es la inestabilidad del genoma que permite la fácil aparición de lesiones en el ADN que no se pueden reparar, y tampoco siguen los mecanismos normales de destrucción (apoptosis). Estos cambios hacen que se produzcan en la célula unos cambios, determinando modificaciones en la estructura de la propia célula, permitiéndole eventos nuevos como la colonización tisular a distancia.

Según la definición de Barbacci: “ los tumores o neoplasias son proliferaciones anormales de los tejidos que se inician, de manera aparentemente espontánea, no se conoce la causa de crecimiento progresivo, sin capacidad de llegar a un límite definido, carente de finalidad y regulado por leyes propias más o menos independientes del organismo.

Las tres características principales de los tumores:

1. Forman una masa anormal de células.
2. Poseen crecimiento independiente, excesivo y sin control.
3. Tienen la capacidad de sobrevivir incluso después de desaparecer la causa que lo provocó.

Pueden ser:

- Benignos: si el crecimiento es local y lento, no invade tejidos adyacentes, ni se disemina a otras partes del organismo
- Malignos: crece rápidamente, invade tejidos adyacentes, puede diseminarse por vía linfática o hematológica, formas metástasis y causar la muerte.

Fases de desarrollo de un cáncer:

- Fase de inducción: puede durar muchos años, en la cual hay una exposición a carcinógenos.
- Carcinoma in situ: las células transformadas se convierten en un cáncer que permanece localizado y no invaden otros tejidos.
- Fase invasiva: las células proliferan, atraviesan la membrana basal y profundizan para alcanzar la circulación sanguínea y linfática.
- Fase de diseminación: dura entre 1 y 5 años, en la cual las células cancerosas migran a sitios distantes del tumor, se crean nuevos capilares para aportar sangre al tumor (angiogénesis)

Estadios de los tumores:

- Estadío 0: corresponde al carcinoma in situ.
- Estadío I y II: cuanto más alto sea el número, más extensa es la enfermedad en relación al tamaño del tumor o la diseminación a tejidos adyacentes al tumor primario.
- Estadío IV: el cáncer se ha diseminado otros tejidos distantes.

DEFINICIÓN DE MT

La puesta de manifiesto de diferencias entre la célula normal y la neoplásica pueden utilizarse para el diagnóstico del cáncer, paralelamente debido a los grandes avances de la bioquímica, inmuno y la biología molecular, se ha podido demostrar que estas diferencias van acompañadas por cambios metabólicos y funcionales, muchos de los cuales pueden ser detectados a nivel periférico.

La detección de estos cambios representa un importantísimo avance para el estudio de los tumores maligno, constituyendo la base de lo que se conoce como marcadores tumorales, elementos mediante el cual el laboratorio participa de manera activa en el manejo de pacientes con cáncer.

El término MT (marcador tumoral) se aplica, a toda sustancia de caácter bioquímico producida bien por las células tumorales o por las células huésped, cuya presencia puede ser detectada y cuantificada en el suero del paciente o e otros líquidos biológicos, por diversas técnicas de laboratorio.

DEFINICIÓN DE MT

Las características del “ marcador tumoral ideal” son:

- Especificidad para el cáncer, la sustancia debe ser producida por el tumor, ninguna afectación benigna puede provocar su aumento.
- Sensibilidad para el cáncer, el desarrollo de un tumor aunque se de pequeño tamaño debería producir cantidades medibles del marcador.
- La cantidad de marcador producida debería de ser correlativa al tamaño del tumor
- El análisis para su detección debería ser económico, fácil y sensible.
- Su vida media debería ser suficientemente corta como para que al bajar su producción sus niveles descendieran con rapidez.

UTILIDAD CLÍNICA

- Detección de enfermedad residual: los niveles altos de un marcador tras un tratamiento radical, nos tiene que hacer sospechar la persistencia de algún resto tumoral, en el caso de una intervención quirúrgica, que 15 o 20 días después persistan altos niveles de un marcador, pondrá de manifiesto que la intervención no fue todo lo radical que queríamos.
- Establecimiento del pronóstico: se ha demostrado que pacientes con niveles preoperatorios de MT, presentan un intervalo libre de enfermedad y una supervivencia mucho inferior a aquellos que antes de la intervención se encuentran en los límites normales.
- Diagnóstico precoz de recidivas: es importante estudiar la evolución de los niveles séricos del MT a lo largo del tiempo, mediante mediciones periódicas.

UTILIDAD CLÍNICA

Una elevación será tenida en cuenta repitiéndola de 10 a 15 días más tarde, para comprobar si los niveles aumentan o se mantienen, en este caso la aparición de recidiva está prácticamente asegurada, si disminuyen podría ser debido a otra causa.

El tiempo que transcurre entre la elevación del marcador y la confirmación clínica de la metástasis, llamado “lead time” o tiempo de la ventaja varía de unas marcadores a otros.

- Tumor diseminado: los niveles de los marcadores van paralelos a la evolución de la enfermedad, el tratamiento de quimio o de radio producirá la destrucción de las células tumorales y por tanto los niveles de MT disminuirán, se valorará el descenso o incremento de los valores anteriores (estudio comparativo)

FUNCIONES DE LOS MT

- Diagnóstico y estadiaje de un cáncer.
- Elección del tratamiento más adecuado.
- Factor de pronóstico de la evaluación de un paciente
- Seguimiento de la eficacia del tratamiento
- Detección precoz de recidiva, cribado de individuos que padecen determinado cáncer en la población general o de riesgo.

ASPECTOS PRÁCTICOS

La mayoría de los MT no cumplen con los requisitos antes descritos de marcadores ideales, ya que pueden ser detectados en el suero de pacientes sin cancer por ello cuando se propone el estudio de un nuevo marcador, para un tumor, para conseguir la máxima utilidad clínica hay que disponer de información sobre:

- Las características del tumor
- El metabolismo del MT
- Conocer el método utilizado en su determinación
- Conocer que hay falsos positivos asociados a la presencia de enfermedad neoplásica.
- El MT es sintetizado y liberado por los tejidos del tumor y tiene que ser catabolizado y liberado del organismo. Por lo que estudiado a nivel periférico, cuanto mayor sea la vascularización del tumor, mayor será la concentración del MT a nivel periférico.

ASPECTOS PRÁCTICOS

Como antes hemos comentado, ante un valor sérico elevado de un MT es necesario poder discriminar, si dicha elevación de debida o no a una neoplasia por lo que se utilizan 3 criterios:

- Niveles séricos del marcador.
- Descartar patologías benignas asociadas.
- Efectuar un control evolutivo de los niveles del marcador.

Si las cifras de MT sufren un incremento en el tiempo y continuo, se puede afirmar que son de origen tumoral, sin embargo si es al contrario, habría que buscar el origen en otra patología.

Se puede definir como un incremento de los MT de al menos un 25% la secuencia de determinaciones de MT durante la terapia, depende del tipo de tumor y deberá relacionarse con el curso evolutivo de la enfermedad, así un descenso del 50-5 indica remisión parcial.

CLASIFICACIÓN

Cada día a más sustancias se les atribuye interés como MT, pero muchas de ellas no está demostrada su utilidad clínica.

- Según su origen:
  - MT producidos por células tumorales: se expresan a nivel celular, son factor pronóstico e informan de la evolución natural del tumor (aquí están la mayoría de los MT: CEA, AFP, PSA, BETA-HCG.
  - MT introducidos por el huésped y producidos por el organismo: se trata de elementos normales presentes en la circulación y cuya concentración sérica se incrementa en enfermedades crónicas y obviamente en el cancer (aquí están proteínas en fase aguda: PCR, ferritinina y modulares del sistema inmune, CITOCINAS.

CLASIFICACIÓN

- Según su utilidad clínica:

  De muy elevada especificidad y sensibilidad: BETA-HCG calcitonina.

  de especificidad y sensibilidad variable: el resto, PSA, AFP, CEA, CEA 125, SCC…

  Y de baja especificidad: LDH y CYFRA 21.

- Según su naturaleza:

  Enzimas: LDH, NSE y PSA.

  Hormonas: corticotropina, serotonina, catecolaminas y calcitonina.

  Antígenos tisulares: SFS y PROTEINAS S-100.

  Antígenos oncofetales: CEA y AFP.

  Antígenos carbohidratados: CA 125, CA 72-4, CA15-3 y CA19.9.

  Inmunoglobulinas

  Citocinas: interleucinas o interferón.

  Otros: proteínas séricas, ferritina, Bence-Jones…

MANEJO CLÍNICO

CANCER DE PRÓSTATA:

El PSA es el marcador más ampliamente utilizado en la monitorización del cancer de próstata, es una glicoproteína, en un principio se creía que era sintetizado solo por la glándula prostática, pero se ha detectado en quistes y tumores mamarios, de ovario, colon… en general los procedimientos que inciden sobre la próstata producen elevaciones rápidas y significativas de PSA.

El PSA Libre/ PSA total tiene capacidad discriminatoria entre benigno y maligno.

En la práctica las recomendaciones de la Asociación Europea de Urología son claras hay que conocer la tasa de PSA, en cuanto al diagnóstico del cancer, se tendrá en cuenta la evolución de la PSA total, la edad, los antecedentes familiares, etc para la realización o no de una bipsia.

MANEJO CLÍNICO

CANCER DE VEJIGA: N o existe en la vejiga ningún MT con la capacidad y valía que tiene el PSA en la próstata. En biología molecular, destacan que la actividad de la telomerasa puede ser una buen marcador de este.

CANCER DE MAMA: pos su alta incidencia e impacto social han sido numerosas las sustancias empleadas como MT. Las principales recomendadas son mucinas, CEA y citoqueratinas. Los niveles séricos de CEA , CA 15.3 o de otras mucinas se relacionan con el estadio tumoral siendo más altos en pacientes con afectación nodal. Las determinaciones de estos MT a intervalos regulares de tiempo son de gran utilidad en el diagnóstico precoz de recidivas y escasa utilidad en detección de recidivas locorregionales y elevada en metástasis hepáticas y oseas.

MANEJO CLÍNICO

CANCER COLORRECTAL: la baja sensibilidad y especificidad del CEA además de la baja prevalencia del cancer colorrectal hace que no sea recomendable como screening sin embargo con pacientes con síntomas clínicos con valores elevados de CEA se puede considerar altamente sugestivos de cancer. Existe una gran correlación entre nivel preoperatorio de CEA y estadio tumoral. Un valor preoperatorio elevado se asocia a un peor curso post operatorio con mayor frecuencia de recidivas y mortalidad. La utilidad del CEA como MT deriva de que su concentración sérica refleja directamente la masa tumoral en aquellas neoplasias que producen CEA. Este MT es un buen indicador para la monitorización de pacientes con cancer colorrectal tras el post operatorio.

Hay que considerar estas elevaciones también en enfermedades beniganas(hepatopatías, nefropatías…)

MANEJO CLÍNICO

CANCER DE PULMÓN: representa la principal causa de muerte por cancer en el mundo occidental, no existen MT específicos, dada la baja especificidad de órgano y tejido los MT no se utilizan como screening y diagnóstico en este cancer. La determinación de NSE en suero es útil en el CICP (carcinoma indiferenciado de células pequeñas) tanto antes de la terapia asi como para su seguimiento tras la quimio. Pacientes con valores elevados de SCC se asocia con carcinoma de células escamosas siendo útil para el seguimiento post operatorio. Con valores elevados de CEA y CA125 es altamente probable que el tipo de cancer corresponda a un adenocarcinoma o a CICG.

MANEJO CLÍNICO

CANCER DE OVARIO: el principal MT es el CA125 su sensibilidad esta relacionada con el estadio y con el tipo histológico siendo de alta sensibilidad en los de tipo seroso y de baja en los de tipo mucinoso. Un nivel elevado de AFP puede hacer pensar en la presencia de un cancer de las células germinales del ovario o testículo. La monitorización es la aplicación más importante del CA125.

CANCER PANCREÁTICO: El MT más utilizado es CA19.9 aunque no es específico ya que puede encontrarse elevado en otras neoplasias gastrointestinales y ováricas, asi como en enfermedades benignas (pancreatitis aguda y crónica, ictericia).

MANEJO CLÍNICO

CANCER HEPATOCELULAR: la AFP es el MT de elección. Los pacientes con hepatitis y cirrosis tienen más tendencia a desarrollar este tipo de cancer. La determinación de AFP puede ser útil en el diagnostico para dilucidar sobre su origen benigno o neoplásico.

TUMORES TROFOBLÁSTICOS GESTACIONALES: el MT utilizado es la BETA-HCG. Cuando aparecen niveles superiores a los normales tras un embarazo a término sugieren este tipo de tumor.

CANCER MEDULAR DE TIROIDES: se origina en las células parafoliculares del tiroides, son secretores de calcitonina. Esta puede elevarse o ser normal. En caso de resultado normal debe repetirse la prueba periódicamente junto con el test de estimulación.

CONCLUSIONES

Los MT suelen aparecer en concentraciones elevadas en presencia de un cancer, aunque esto no siempre sucede. En ocasiones alguna enfermedades benignas pueden elevar los niveles de ciertos MT dando lugar a falsos positivos, otras veces determinados tipos de cancer conviven con valores normales de algunos MT. Debido a su falta de especificidad y su falta de sensibilidad, los MT tienen una utilidad muy concreta y la mayoría no sirve para el diagnostico precoz de un cancer.

Sin embargo tomados como indicadores de la extensión o del avance del cancer una vez diagnosticado y en la detección de recidivas cuando el tumor ya ha sido extirpado o tratado si son de gran utilidad.

CONCLUSIONES

Por eso, las pruebas de MT siempre se usan junto con otras pruebas para diagnosticas y vigilar un cancer. Aunque los MT son útiles en extremos para determinar si un tumor está reaccionando al tratamiento o para saber si ha regresado ningun MT ha sido identificado hasta ahora como suficientemente sensible o especifico para usarse por si mismo como examen de detección.

Los investigadores acuden a la proteinómica (estudio de la estructura, función y patrones de expresión de las proteínas) con la esperanza de formular nuevos biomarcadores que puedan usarse para identificar estas enfermedades en estadios iniciales, y para predecir la posibilidad de recurrencia después de que haya terminado el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Schröder FH, Hugosson J, Robol MJ, et al. Screening and protate-cancer mortality in a randomized European study. New England Journal Of Medicine 2009.

- Programa de actividades preventivas y promoción de la salud (PAPPS). Sociedad española de medicina de familia y comunitaria.

- Protocolos de laboratorio de bioquímica, PUB MED y MEDLINE.

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

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. METODOLOGÍA
3. CONCLUSIONES
4. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN (1,2)

En 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso una iniciativa Internacional que incluía la enseñanza de las Habilidades para la Vida en la Educación formal.
En 1993 la OMS define las habilidades para la vida o competencias sicosociales como "la habilidad de una persona para enfrentarse exitosamente a las exigencias y desafío de la vida diaria."
Debido a los cambios culturales y estilos de vida en niños, niñas y adolescentes la OMS impulsó la educación en Habilidades para la Vida en escuelas y colegios, para que adquieran las destrezas necesarias para enfrentar los desafíos y presiones del mundo actual. La propuesta inicial fueron diez habilidades.

La educación en habilidades para la vida en los colegios, consiste en diseñar currículos integrales en los que se enseñen en programas escolares para una vida saludable con medidas de mejorar la salud y bienestar para contribuir a la promoción del desarrollo p ersonal y social y protección de derechos humanos y prevención de problemas sociales y de salud.

2.METODOLOGÍA (2,3)

LAS HABILIADES PARA LA VIDA

-Capacidad para tomar decisiones
-Habilidad para resolver problemas
-Capacidad para pensar de forma creativa
-Habilidad para comunicarse de forma efectiva
-Habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales
-Conocimiento de sí mismo
-Capacidad de establecer empatía
-Capacidad para manejar las emociones
-Capacidad para manejar el estrés
-Pensamiento crítico: capacidad de analizar con objetividad sin asumir pasivamente criterios ajenos.

Las habilidades para vivir permiten convertir el conocimiento "lo que sabemos" y las actitudes y valores "lo que pensamos, sentimos, creemos" en hablidades reales "el qué hacer y cómo hacerlo".

LOS FACTORES DE RIESGO

Los Factores de Riesgo o determinantes condicionan las conductas de riesgo o problemas de salud como pueden ser trastornos en conducta alimentaria, consumo drogas.....

Los Factores de Riesgo pueden ser características individuales, familiares o sociales:

- Individuales: inmadurez, comportamiento antisocial, falta de seguridad.....

-Familiares: conflictos familiares (separación problemática), falta de comunicación, no existencia de normas...

-Sociales: disponer de drogas, normas sociales permisivas, presión social, falta de recursos comunitarios.....

PREVENCIÓN DE CONDUCTAS O PROBLEMAS

Conociendo los Factores de Riesgo, para prevenir las conductas o problemas se debe incidir sobre los Factores de Protección, que son los elementos que protegen (LAS HABILIDADES PARA LA VIDA), como pueden ser el autocontrol emocional, las habilidades para tomar decisiones y resolver problemas, la capacidad para ser independiente, la competencia social, las actitudes favorables hacia la salud, hábitos de vida sanos en el entorno social, habilidades sociales de defensa ante presiones sociales y valores sanos hacia la salud.

RESILIENCIA

Es la capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas, adecuadas para nuestra salud, en un entorno agobiante o adverso que suele entrañar un elevado riesgo de efectos negativos.

Existen programas específicos de Habilidades para la vida como el creado por la Asociación de Deporte y Vida compuesto por tres programas:

- Atenea (Programa de desarrollo de habilidades sociales)
- Hércules (Programa de toma de decisiones y solución de problemas)
- Ulises (Programa de aprendizaje y desarrollo del autocontrol emocional)

3. CONCLUSIONES (1,4)

La educación en habilidades para la vida es un campo de práctica e investigación en todo el mundo. Y en poblaciones en condición de riesgo social se evidencia la necesidad de reforzar las habilidades para la vida.
Se ha demostrado su eficacia en: la autonomía personal e inclusión social, promoción de comportamientos prosociales, promover igualdad entre hombres y mujeres, educación afectivo-sexual, solución de conflictos de convivencia, abuso de drogas, afrontar situaciones de violencia.

4.BIBLIOGRAFÍA

1. Enfoque de Habilidades para la Vida para un desarrollo saludable de niño adolescentes. Organización Mundial de la salud. OPS, Unidad de salud de adolescentes. Washington, septiembre de 2001.
2. Habilidades para la vida. Disponible en: http://www.habilidadesparalavida.net/es/menu.html
3. Mantilla, L. Habilidades para la vida: un modelo para educar con sentido (2010) Zaragoza
4. Moreira, a. y Murillo, P (2016). Habilidades para la vida como estrategia de promoción de la salud en niños y niñas en riesgo social: programa educativo de enfermería. Rev. Enfermería actual de Costa Ria, 30, 1-17.

TEMA 205. PACIENTE QUE INGRESA POR FRACTURA DE CADERA.

ARANZAZU JAMBRINA MARTINEZ

PILAR RUIZ CRESPO

SUSANA DIAZ DIAZ

LETICIA GONZALEZ CUERVO

PACIENTE DE 92 AÑOS QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS POR COXALGIA DERECHA POR CAIDA CASUAL A LAS 14 H EN SU DOMICILIO, SIN TCE NI SIN PERDIDA DE CONOCIMIENTO.REFIERE CAIDA DESDE LA CAMA CON MUCHO DOLOR,CON INCAPACIDAD FUNCIONAL.

EXPLORACION FISICA:

Díificil comunicación por sordera
Cadera derecha: Deformidad en rotación interna,no tumefacción,no hematoma .Acortamiento de miembro inferior derecho. Dolor a la palpación de ingle derecha y trocánter mayor. Gran impotencia funcional(no movimiento activo comparado con miembro inferior izquierdo). Gran limitación al movimiento pasivo por dolor .No alteración vascular distal.

RESUMEN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Radiografía de tórax. Radiografía de pelvis. Análiticа.
Pautado paracetamol iv para el dolor
Se lleva a cabo preoperatorio completo
Se coloca tracción de partes blandas con 3 kg.de peso sin incidencias.
Al no ser considerada paciente alto riesgo quirúrgico se decide intervención.
Se deja en dieta absoluta desde las 22 horas,preparación de campo quirúrgico , rasurado,retirada de esmalte de las uñas.
Solicitada consulta a anestesia.
Firmado consentimiento informada de posibles riesgos.
Vista por cirujano responsable de la intervención.

Se interviene de fractura pertrocantérea derecha.Osteosintesis.
Bajo anestesia por bloqueo espinal + sedación iniciada a las 9:30 horas, colocación de un clavo largo.
Durante la interveción la paciente sufre algún episodio de hipontensión que cede con medicación.
Una vez finalizada la intervención la paciente es trasladada a la sala de reanimación, la familia es informada del estado de la paciente y de las posibles complicaciones del post operatorio inmediato.
En la sala de reanimación la paciente permanece en todo momento monitorizada y tranquila,se vigila de forma estricta la hemoglobina,las constantes vitales,la diuresis y el dolor.
Una vez la pacientes está estable pasa a planta.

24 HORAS TRAS LA INTERVENCION:

La paciente evoluciona favorablemente es vista por su traumatólogo que indica el levantarla a una silla durante 2 horas por la mañana y dos horas por la tarde,se retira sueroterapia,inicia tolerancia con dieta blanda,se le indican ejercicios de flexo extensión del miembro intervenido,vigilancia de la herida quirúrgica y se mantiene el drenaje por drenado superior a 100 cc. Control de contantes incluyendo tensión arterial y temperatura cada 8 horas.Continuamos con analgesia intravenosa para el control del dolor.

A las 48 horas del post operatorio la paciente evoluciona favorablemente,retirados drenaje se hace la primera cura de la herida quirúrgica,es vista por su médico rehabilitador y fisioterapeuta e inicia deambulación con un andador, el dolor está controlado y se retira via venosa periférica administrándole la medicación via oral.

A los 5 dias de la intervención la paciente es dada de alta su evolución es muy favorable.
Se indica al alta realizar ejercicios con descarga parcial al caminar con ayuda de 2 muletas (
cúando y hasta que lo indique su traumatólogo o médico rehabilitador según caso)
Prevención de trombosis venosa profunda utilizando media de comprensión normal elástica hasta el mes de la intervención pudiendo retirarlas a la noche.
Analgésicos para el dolor cada 8 hora nolotil y paracetamol alternando.
Clexane 40 mg via subcutánea cada 24 h.
Revisión por su traumatólogo al mes de la intervención.
Retirda de agráfes de la herida quirúrgica a los 10 dias de la intervención.

TEMA 206. CONTRASTES RADIOLÓGICOS.

- SUSANA GARCIA LUCES
- LEONOR MARIA ARMENTEROS DEL OLMO
- MERCEDES ERICE ALVAREZ
- NOELIA DE CON SANTOS

ÍNDICE

-INTRODUCCIÓN
-CARACTERISTICAS DE LOS MEDIOS DE CONTRASTE
 -CARACTERISTICAS IDEALES DE UN MEDIO DE CONTRASTE
 -TIPOS DE CONTRASTES
-CONTRASTES NEGATIVOS O RADIOLUCENTES
 -CONTRASTES POSITIVOS O RADIOPACOS
 -CONTRASTES IODADOS
 -CONTRASTES IODADOS HIDROSOLUBLES
-CONTRASTES EN RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)
-ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTES RADIOLÓGICOS
 -CONSENTIMIENTO INFORMADO
-REACCIONES ADVERSAS

INTRODUCCIÓN

En el siglo pasado con el descubriendo de los RX y el incipiente desarrollo de la radiología surgió la necesidad de crear sustancias capaces de resaltar determinadas estructuras anatómicas y algunas patologías con la finalidad de tener una mayor precisión diagnostica, así fue como surgió los miembros de contraste.

CARACTERÍSTICAS DE LOS MEDIOS DE CONTRASTE:

- Opacidad de los rayos: Tiene relación con la capacidad de ciertas sustancias para impedir el paso de los rayos.
- Es directamente proporcional al numero atómico.
- Eliminación: Los contrastes son eliminados de diferente maneras.

Los estudios de radiología requieren el uso de los miembros de contraste, para conseguir incrementar la diferencias de densidad entre los diversos tejidos y estructuras del organismo por su capacidad de absorber o reflejar energía. El medio de contraste ideal es aquel que logra la mayor concentración tisual con la menor cantidad de efectos adversos .

.

CARACTERÍSTICAS IDEALES DE UN CONTRASTE RADIOLOGICO

- Ser fisiológicamente inerte, no alterando las funciones de los órganos que explora
- No producir irritación local ni intoxicación general
- Metabolización y excreción completa ,permaneciendo en el organismo el menor tiempo posible.
- Tener la misma osmolaridad que la sangre
- Debería ser no ionizado.
- Hidrosoluble.

TIPOS DE CONTRASTE RADIOLOGICO

Se pueden clasificar según:

-Tipo de imagen que genera .

- La vía de administración

- Las características químicas .

- Según el método por imagen que se utilice .

CONTRASTES NEGATIVOS O RADIOLUCENTES

Son los gases como el aire, el oxigeno y el dióxido de carbono, los gases absorben menor radiación que los tejidos blandos; los rayos x lo atraviesan con facilidad y dan una imagen negra en la radiografía.

Su uso hoy en dia a quedado relegado a estudios de doble contraste BARIO/GAS

CONTRASTE POSITIVO O RADIOPACOS

- Aumenta la absorción y la atenuación de los rayos x. Se dividen en no iodados (contrastes baritados) y los iodados (derivados del yodo)
-
- Contraste baritados: El bario debe estar en forma de sulfato no soluble en agua. Es insoluble en agua y al mezclarse forma una suspensión coloidal no disolución.
- Consiste en 3/4 parte de bario y 1/4 de agua, se administra por vía oral y rectal, siendo eliminado por vía rectal.
-
- Contrastes iodados: se utilizan ampliamente en radiología, se dividen en solubles en agua e insolubles en agua .

CONTRASTES IODADOS

- No se reabsorben o son poro reabsorbibles. Prestan una elevada opacidad y son bien toleradas por los tejidos. Una desventaja es su lenta absorción.
- Son utilizados en estudios como la histerosalpingografia

CONTRASTES IODADOS HIDROSOLUBLES

- Son productos reabsorbibles. Tienen una elevada concentración de yodo que les proporciona una opacidad perfecta. Muy solubles en agua, no son tóxicos y tienen baja viscosidad. Se dividen en:
- Monoméricos: Integrados por una sola estructura anillada derivada del acido bencénico
- Diméricos. Consisten en dos núcleos bencénicos únicos (dímeros) que al disociarse en el agua dan un anión que contiene el doble de yodo que los monómeros.
-

CONTRASTES EN RESONANCIA MAGNÉTICA(RM)

- Son sustancias que aumentan el rendimiento diagnostico de la exploración y actúan disminuyendo los tiempos de relajación. Se caracterizan por la presencia de un ion metálico con propiedades magnéticas.
- Tipos:
- Paramagnéticos o agentes T1 o contrastes positivos:
- Gadolinio (GD).
- Manganeso (MN)
-
- Superparamagnèticos o agentes T2 o contrastes negativos:
- SPIO.
- USPIO.

ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE RADIOLÓGICO

- La vía de administración del contraste variara en función del tipo de estudios y de las estructuras que se deban explorar. Vías de administración:
- Oral: Se puede administrar tanto contraste yodado como baritado, además de aire.
- Se valora el aparato digestivo.
- Intravenoso: Consiste en la perfusión de un medio de contraste por vía endovenosa para su visualización. El contaste que se utiliza es el iodado.
- Es la forma más frecuente de administración.
- Rectal: Consiste en la introducción del medio de contraste a través del esfínter anal. Las sustancias mas comunes son bario, yodo y aire.
- Intervencionista.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Todas las pruebas que requieran la administración de contraste radiológico, precisan la firma de un consentimiento informado por parte del paciente.
- Constituye le acto medico mediante el cual se informa al paciente sobre los distintos procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y sus posibles complicaciones, secuelas o riesgos, para que el paciente decida y autorice los procedimientos. En caso de urgencia cuando el paciente esta inconsciente será el familiar acompañante el encargado de firmarlo.
- Si estan inscosciente y no esta acompañado el profesional debera evaluar los riesgos/ beneficios de la administración del contraste

REACCIONES ADVERSAS

- Es el efecto o efectos no deseados que aparecen tras la administración de un fármaco en dosis terapéuticas, diagnosticas o profilácticas.

Se clasifican en:

- Leves: son de aparición temprana, a los 5 min de la inyección del contraste. Ocurre entre el 11-15 % de los pacientes. Nauseas, urticaria...

- Moderada: Edema facial, disnea...Requieren tratamiento en la sala de rayos.
- Grave: Pueden llevar a la muerte por insuficiencia cardiaca respiratoria.

CONTRAINDICACIONES DE LA ADMINISTRACION DE CONTRASTE

- Embarazo y lactancia.
- Pacientes en diálisis.
- Alteraciones de la función tiroidea.
- Diabéticos tratados con metformina.
- Pacientes con antecedentes de reacciones adversas por hipersensibilidad.

BIBLIOGRAFIA

- Morales Menéndez María, Otamendiz Naya Oslaida. Reacciones adversas a medios de contrastes yodados. AMC [Internet]. 2010 Ago [citado 2019 Sep 19] ; 14(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000400019&lng=es.

Sartori Pablo, Rizzo Franco, Taborda Norberto, Anaya Verónica, Caraballo Armando, Saleme Clara et al . Medios de contraste en imágenes. Rev. argent. radiol. [Internet]. 2013 Mar [citado 2019 Sep 19] ; 77(1): 49-62. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922013000100008&lng=es.

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

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El dolor es la principal causa de incapacidad física, que requiere de atención sanitaria y medicación. El dolor de origen osteomuscular repercute física y emocionalmente, causando un impacto sociosanitario y económico muy importante para la sociedad en países desarrollados. Si miramos para atrás el tratamiento del dolor lumbar se ha basado en el alivio de la sintomatología y el reposo acompañado de medicación, junto con métodos pasivos como complemento.

Con estas medidas la incapacidad por dolor lumbar no sólo no disminuía sino que, incluso, aumentaba. El enfoque tradicional ha sido muy cuestionado y hoy en día se sabe que las técnicas activas, entre las que está el ejercicio físico son más eficaces y son la base del tratamiento del dolor lumbar. Estos conceptos son cada vez más aceptados y se están incluyendo en las guías de la práctica clínica más recientes sobre el tratamiento del dolor lumbar.

OBJETIVOS

Objetivo general de nuestro estudio:
El objetivo de nuestro estudio es determinar la eficacia de un protocolo de tratamiento de ejercicios más la aplicación de electroestimulación transcutánea (TENS), frente a un protocolo de tratamiento de ejercicios y aplicación de TENS placebo, en pacientes con dolor lumbar crónico, para reducir el dolor y aumentar la funcionalidad a largo plazo.
Objetivos específicos:
Un objetivo específico es demostrar que la aplicación de técnicas activas como es el ejercicio físico alivian la sintomatología y previenen el dolor lumbar.

.

METODOLOGÍA

Se realiza un ensayo clínico controlado, aleatorizado, a doble ciego, con seguimiento de 2 meses.
El ámbito en el que se realizará el estudio será la consulta de fisioterapia de un centro de salud. Los pacientes serán reclutados a través de la consulta del médico de atención primaria que los derivará a la consulta de fisioterapia del mismo centro de salud. Los sujetos incluidos en el estudio serán personas entre 18 y 70 años de edad, con lumbalgia de 6 meses o más de evolución.. Entre otros se excluirán los que estén en tratamiento con corticoides o anticuagulantes, los que ya hayan recibido tratamiento con tens y los que estén tramitando o percibiendo baja laboral.

RESULTADOS

Concluida la investigación observamos que los pacientes sometidos a tratamiento con el programa de ejercicios y Tens placebo, mejoran durante los dos meses de tratamiento. Los pacientes que se tratan con el programa de ejercicios y Tens mejoran al igual que los del otro grupo pero en ellos observamos que al comienzo de tratamiento el alivio de la sintomatología es mayor que en los pacientes del otro grupo. Es decir, el Tens a corto plazo alivia el dolor, pero para mantener los resultados y prevenir el dolor lumbar a largo plazo son los ejercicios físicos la medida más eficaz.

CONCLUSIÓN

La investigación en los últimos años ha aportado nuevas perspectivas sobre el tratamiento y la prevención del dolor lumbar a través del ejercicio físico. El cuerpo es como un eje en movimiento, si no se practica ejercicio físico este eje se anquilosa y el cuerpo empieza a no funcionar bien, por lo tanto, la ausencia de movimiento perjudica seriamente nuestra salud a todos los niveles, tanto física como emocionalmente. La mayoría de la literatura consultada incluye el ejercicio físico en el tratamiento del dolor lumbar para aliviar la sintomatología y para prevenirla.

BIBLIOGRAFÍA

- Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for short term treatment of low back pain: randomized double blind crossover study of sham versus conventional TENSJarzem PF, Harvey EJ, Arcaro N, Kaczorowski JJournal of Musculoskeletal Pain 2005;13(2):11-17
- García F. Bases científicas para el diseño de un programa de ejercicios para el dolor lumbar. (Internet). Madrid: Fundación Hospital Alcorcón; Citado (2015, junio,2). Disponible en www. Sermef-ejercicios.org.
- Liddle SD, Baxter GD, Gracey JH Exercise and chonic low back pain: what Works? Pain 2004; 107 (1-2): 176-190.

TEMA 208. LACTANCIA MATERNA Y PRUEBAS RADIOLÓGICAS.

- NOELIA DE CON SANTOS
- SUSANA GARCÍA LUCES
- LEONOR Mª ARMENTEROS DEL OLMO
- MERCEDES ERICE ÁLVAREZ.

ÍNDICE

1. LACTANCIA MATERNA . INTRODUCCIÓN.
2. TIPOS DE ALIMENTACIÓN.
3. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA.
3.1. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA CONT…
4. EL CALOSTRO.
5. VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA .
5.1 VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA CONT…
6. HORMONAS Y LA PRODUCCIÓN LACTEA.
7. LACTANCIA Y PRUEBAS RADIOLÓGICAS.
8. LACTANCIA Y CONTRASTES RADIACTIVOS.
9. EL RADIONÚCLIDO.

1.LACTANCIA MATERNA: INTRODUCCIÓN

Es desde luego ,es el mejor alimento para el recién nacido, ya que posee un aparato digestivo y un metabolismo adaptado para asimilar la leche materna.

La leche materna incluye todos los nutrientes necesarios para la alimentación del bebé, hasta los 6 meses de edad , durante esta fase el recién nacido no necesita ingerir ningún otro tipo alimento, ni tan siquiera agua u otros líquidos , puesto que la leche materna ya contiene al menos un 88% de agua. La leche irá cambiando durante este periodo adaptándose a las necesidades del bebé.

2.TIPOS DE ALIMENTACIÓN.

Existen dos tipos de alimentación del recién nacido:

- Lactancia materna exclusiva, en la que el lactante sólo recibe leche del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos, excepto sueros jarabes o suplementos vitamínicos o medicamentos.
- Alimentación complementaria , cuando la leche materna no es suficiente para cumplir con los requerimientos nutricionales del bebé. Aquí, si necesita ya otros líquidos además de la leche. Esta etapa, suele comenzar después de los 6 meses de edad hasta los 24. Aunque es recomendable que se continúe con la lactancia después de los 2 años.

3.COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA.

- GRASAS: 3,5 gr/100 ml , aunque esta cantidad va en aumento desde el principio hasta el final de la toma , por tanto al final de esta la leche que se secreta es muy rica en grasas. Además contiene ácidos grasos poli-insaturados (ADH)que no contienen ninguna otra leche(aunque algunas leches artificiales han intentado añadirlos).
- HIDRATOS DE CARBONO: 7 gr/100 ml , y lo constituye la lactosa.
- PROTEINAS: 0,9 gr/100 ml, mucho más inferior que la que posee la leche animal. Además la caseína que contiene la leche materna ,tiene una composición molecular diferente que favorece la formación de cuajo de menor tamaño y por tanto de mejor digestión.

.

3.1.COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA CONTINUACIÓN..

- VITAMINAS: la leche materna normalmente contiene todas las vitaminas necesarias , con una excepción la vitamina D , que es necesario absorberla del sol. En los niños prematuros ,así como los que viven en países nórdicos , se les suelen dar complementos de esta vitamina.
- FACTORES ANTI-INFECCIOSOS: contiene muchos agentes anti-infecciosos, siendo una importante fuente de protección e inmunización natural del recién nacido. Principalmente contiene inmunoglobulina A, que evita que las bacterias entren en las células de la mucosa intestinal; glóbulos blancos que destruyen microorganismos; lisozima y lactoferrina que destruyen virus y bacterias.

4. EL CALOSTRO.

Es un líquido espeso y amarillento que secreta la mama , aproximadamente en la primera semana tras el parto. Es esencial para el bebé , aunque sea en pequeñas cantidades. Es muy fácil de digerir, importante debido a la inmadurez del sistema digestivo del recién nacido.

Su composición es diferente a la leche madura, contiene muchísimas más proteínas , vitaminas liposolubles y minerales , además es bajo en grasas que es justo lo que necesita el bebé en los primeros días.

Contiene gran cantidad de anticuerpos , que protegerán al bebé de posibles infecciones , en concreto las que la madre ya haya padecido.

Es laxante lo que favorece la expulsión del meconio y el exceso de bilirrubina lo que evita la ictericia del recién nacido.

5. VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA

- Está disponible en cualquier momento, en la cantidad correcta y la temperatura adecuada.
- Proporciona la medida exacta de nutrientes.
- Es más económica.
- El calostro es rico en anticuerpos , por lo que se protege al bebé frente a posibles alergias y enfermedades.
- Al salir directamente al cielo de la boca se evita que se pueda contaminar.
- La succión ayuda a desarrollar los huesos y músculos de la cara, garantiza la formación de los dientes y favorece el desarrollo del habla.

5.1VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA …

- Disminuye la incidencia de muerte súbita.
- Estimula los sentidos.
- La bilirrubina se excreta con las heces del lactante previniendo la ictericia.
- Disminuye el cáncer infantil.
- Disminuye el riesgo de diabetes y obesidad.
- Contiene lactoferrina que transporta el hierro.
- Reduce el riesgo de alergias.
- Disminuye el sangrado puerperal.
- Tiene beneficios psicológicos madre e hijo. Favoreciendo el vínculo. Así mismo reduce la depresión posparto.

6.HORMONAS Y LA PRODUCCIÓN LACTEA.

- Existen 2 hormonas principales en la producción de la leche y son la prolactina producida en la hipófisis anterior , que estimula la producción de leche y la oxitocina, secretada en la hipófisis posterior que desencadena la contracción, favoreciendo que la leche que ha sido producida y almacenada pueda salir.
- El reflejo de succión del bebé es lo que estimula la glándula hipófisis.

7.LACTANCIA Y PRUEBAS RADIOLÓGICAS.

Se ha demostrado que los rayos X no afectan la leche materna. No existe riesgo, si se realiza un radiografía o un TAC . Tampoco se ve afectada la producción de prolactina.

En el caso de que se necesitara la administración de contrastes durante las pruebas , no constituye tampoco un problema puesto que tanto si son yodados como si no , son completamente inertes, ya que se metabolizan muy rápido y no llegan a excretarse a la leche materna. Por tanto no es tampoco necesario esperar ningún tiempo para continuar con la lactancia.

En resumen y como hemos visto, dada la importancia de la lactancia materna, no es necesario interrumpirla, por la realización de exámenes radiológicos , ni con contrastes ya sean yodados o no.

8.LACTANCIA Y CONTRASTES RADIACTIVOS

Este tipo de contrastes , además de ser captados por el tejido enfermo o patológico también son captadas por el tejido sano, ese incluye el tejido mamario.

Por esto, si es recomendable posponer o suspender la lactancia durante el tiempo en el que el contraste (radionúclido) permanezca en el organismo. Deberá extraer la leche y desecharla. Así mismo también deberá evitar el contacto directo con el bebé.

9. EL RADIONÚCLIDO.

El tiempo que permanece el radionúclido en el cuerpo , depende del tiempo de semidesintegración del mismo. Los más utilizados suelen ser el Tecnecio-99 , que tarda aproximadamente 12 horas en eliminarse, el Galio-67 por otro lado tarda una semana en eliminarse.

Por ello es muy importante que se informe a la madre lactante , en el momento en que firme el consentimiento escrito, de manera clara, el tipo de contraste que se le va a administrar y las posibles contraindicaciones y recomendaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Libros: Alimentación del lactante y del niño pequeño. OMS. Washington 2010.

- Artículos: Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna : reseña de evidencia. OMS y Unicef. 2002.

- Páginas web: www.e-lactancia.org ; www.aeped.es

TEMA 209. ENVEJECIMIENTO, CAÍDAS Y DISFUNCIÓN OCUPACIONAL EN EL ADULTO MAYOR.

- PABLO RODRÍGUEZ NEIRA
- SILVIA ZAPICO GUTIÉRREZ

ÍNDICE

- ENVEJECIMIENTO
- INCIDENCIA DE LAS CAÍDAS
- CAUSAS DE LAS CAÍDAS
- CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS
- BIBLIOGRAFÍA

ENVEJECIMIENTO

El colectivo de las personas mayores es una parte de la población especialmente sensible a la disfunción ocupacional. Esta pérdida en la capacidad para desempeñar ocupaciones en la persona mayor presenta algunas particularidades que las distingue de otras etapas vitales.

El proceso de envejecimiento conlleva la aparición de una fragilidad ocasionada por la disminución de la reserva fisiológica del organismo y los cambios en los sistemas anatomofisiológicos (disminución de masa y fuerza muscular, déficits sensoriales, enfermedades neurológicas, trastornos de la marcha y equilibrio…) los cuales son suficientes para provocar un principio de deterioro funcional. (1)

INCIDENCIA DE LAS CAÍDAS

Una de las causas más comunes del deterioro funcional y de la restricción en la participación de las actividades de la vida diaria (AVD) son las caídas o el miedo a caer.

Actualmente se producen caídas en el 30 % de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad, aceptándose su incidencia mucho más elevada en las personas mayores institucionalizadas, llegando a situarse como la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por lo que constituye uno de los grandes Síndromes Geriátricos.[2,3]

Los estudios epidemiológicos estiman que alrededor de una de cada 3 personas mayores de 65 años que viven en la comunidad, se caen al menos una vez al año, con un incremento progresivo de caídas al ir aumentando la edad de la población. (4)

En España el 18,4% de la población total (46.557.008) es mayor de 65 años, lo que equivale a 8.657.705 de personas a 1 de enero del 2016. Con relación al Principado de Asturias, este porcentaje es aún mayor, situándose con un 24,39% de la población total (1.034.449) en el año 2016 lo que equivale a 252.302 personas mayores de 65 años.

De las personas mayores que se caen, aproximadamente la mitad volverá a tener otra caída en el siguiente año. (5)

CAUSAS DE LAS CAÍDAS

Las causas de las caídas son múltiples y se pueden clasificar como factores intrínsecos y extrínsecos.

Factores intrínsecos: se denominan así aquellos factores que predisponen a caídas y que forman parte de los factores fisiológicos propios del proceso de envejecimiento.

De éstos, encontramos factores tanto modificables como no modificables y entre ellos se pueden destacar dos:

Los que causan problemas para mantener la postura y realizar la marcha por:

- Disminución intensa de los reflejos.
- Inestabilidad y desequilibrio
- Problemas podológicos
- Disminución de la eficacia muscular y rigidez musculoesquelética.

Los que producen mareos y síncopes y los problemas de alteración de los sentidos (vista y oído) debido a la presencia de enfermedades agudas entre las que se encuentran:

- Enfermedades neurológicas como demencias, ACV, Parkinson, cuadro confusional agudo, alteraciones cerebelosas, alteraciones musculares relacionadas con afectación de la transmisión nerviosa, etcétera.
- Enfermedades cardiovasculares: infarto de miocardio, arritmias cardiacas, tromboembolia pulmonar, ortostatismo etcétera
- Otras causas como pueden ser las anemias, infecciones, hipoglucemias, diarrea, incontinencia urinaria, etcétera.(6)

Alteraciones musculoesqueléticas. Son las que mayor repercusión tienen en la movilidad, en la postura y en la marcha:

- Deformidades de columna y presencia de artrosis.
- La debilidad considerada la principal causa de caídas entre los ancianos.
- Artritis, que provoca dolor y rigidez.
- La osteoporosis como alteración más frecuente en los mayores.[7,8]

Stalenhoef et al. (1999) en la revisión sistemática de estudios observacionales que llevaron a cabo con personas mayores que vivían en la comunidad, hallaron que una gran parte de los factores de riesgo de caídas son intrínsecos, como problemas de equilibrio y marcha, daño cerebral adquirido, artrosis, etc. Las causas extrínsecas apenas fueron significativas. [9]

Factores extrínsecos: corresponden a los llamados factores ambientales, del entorno arquitectónico, o bien de elementos de uso personal:

- Fármacos: la polifarmacia necesaria para muchos ancianos puede provocar accidentes debido a los efectos secundarios, al mal cumplimiento de la dosis, a la confusión de los diferentes fármacos y la automedicación que pueden provocar somnolencia, pérdida de reflejos, agitación, etcétera. (10)

- Las barreras arquitectónicas que pueden estar presentes dentro y fuera del domicilio: estantes elevados, iluminación deficiente, presencia en el suelo de cables u otros obstáculos que induzcan a la caída.

- Aparatos de ayuda para deambular no apropiados a la altura de la persona mayor, o en mal estado, e inclusión de hábitos de riesgo como el consumo de alcohol.(11,12)

CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS

Según Durante Molina, P. (1997) las principales consecuencias de las caídas son de diversos tipos y se pueden clasificar en:

- Consecuencias físicas: lesiones leves de partes blandas, traumatismos articulares, fracturas óseas…
- Psicológicas: restricción de la actividad, síndrome postcaida…
- Ocupacionales: abandono de roles significativos, incorporación de roles disfuncionales…
- Socioeconómicas: aumento de la necesidad de cuidado, aumento de la necesidad de profesionales sanitarios, sobrecarga de los cuidadores…

BIBLIOGRAFÍA

1. Corregidor, Ana I. "Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología, bases conceptuales y aplicaciones prácticas." Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Madrid (2010).
2. Leland NE, Elliott SJ, O'Malley L, Murphy SL. Occupational therapy in fall prevention: current evidence and future directions. Am J Occup Ther. 2012;66(2):149–160
3. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society. AGS/ BGS clinical practice guideline: prevention of falls in older persons. New York (NY): American Geriatrics Society; 2010.37.
4. Varas-Fabra, Francisco, et al. "Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados." Atención primaria 38.8 (2006): 450-455.

5. Instituto nacional de estadística. 2016. [Consulta: 27 diciembre 2016]. Disponible en: http://www.ine.es/
6. Caídas en ancianos institucionalizados : valoración del riesgo , factores relacionados y descripción Falls in institutionalized elderly : 2017;28(1):2–8.
7. Rodríguez, Laura María Álvarez. "Síndrome de caídas en el adulto mayor. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 71.617 (2015): 807-810.
8. Olvera-Arreola, Sandra Sonalí, et al. "Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados." RevInvestClin 65.1 (2013): 88-93.
9. Stalenhoef, Paul A., et al. "Incidence, riskfactors and consequences of falls among elderly subjects living in the community." The European Journal of Public Health 7.3 (1999): 328-334.

10. Aldana Díaz, A., et al. "Incidencia y consecuencias de las caídas en ancianos institucionalizados." Cad Aten Primaria 15 (2008): 14-17.
11. Calentí, José Carlos Millán. Gerontología y geriatría: valoración e intervención. 2010.
12. Cruz, Esteban, et al. "Caídas: revisión de nuevos conceptos." Revista Hospital Universitario Pedro Ernesto (Río de Janeiro) 13.2 (2014): 86-95.
13. Molina, Pilar Durante. "Alteraciones de la marcha, caídas y accidentes." Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. Masson, 1997.

TEMA 210. PREVENCIÓN DE CAÍDAS MEDIANTE TERAPIA ACUÁTICA. ABORDAJE DESDE TERAPIA OCUPACIONAL Y ENFERMERIA.

- PABLO RODRÍGUEZ NEIRA
- SILVIA ZAPICO GUTIÉRREZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN
- PROPIEDADES MECÁNICAS DEL AGUA
- MEDIO ACUÁTICO Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- ENFOQUES
- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En los últimos años está emergiendo en nuestro país una nueva herramienta de tratamiento con grandes posibilidades desde las distintas disciplinas sanitarias, la Terapia Acuática. El uso de nuevas estrategias de prevención de caídas a menudo requiere cambios en la rutina y en los comportamientos habituales. Los profesionales de Terapia Ocupacional pueden ayudar a las personas mayores a crear nuevas rutinas que funcionen bien.

El objetivo de la Terapia Ocupacional (T.O.) en Terapia Acuática (T.A.)consiste en aportar un entorno enriquecido, ofreciendo un abanico de posibilidades para experimentar la capacidad y libertad de movimiento que el medio terrestre restringe.

Desde la T.O. se aporta una visión holística, considerando a la persona no solo por su proceso de enfermedad sino atendiendo a todos los aspectos que forman parte de ella. Estos aspectos incluyen el entorno y el contexto, las características personales y las capacidades y limitaciones en el desempeño ocupacional. En la mayoría de las ocasiones, realizar ejercicios en tierra es muy complicado para la persona mayor debido a la multitud de síntomas que presenta: dolor articular, disminución de la fuerza muscular y alteraciones del equilibrio y la marcha entre otros.

La T.A. tiene un amplio potencial en la lucha contra los grandes síndromes geriátricos. El entorno del agua nos da inestabilidad, por lo que el usuario debe evitar la pérdida de equilibrio. De esta forma estimulamos continuamente las reacciones de equilibrio, enderezamiento y apoyo, buscando mejorar el equilibrio y disminuir el riesgo de caída.

PROPIEDADES MECÁNICAS DEL AGUA

- Presión hidrostática: la presión que ejerce un fluido sobre un objeto inmerso en reposo es exactamente igual en toda la superficie y directamente proporcional a la profundidad de la inmersión.
- Densidad relativa: es la relación que se establece entre la densidad del agua y de la sustancia en inmersión. Considerando que la densidad del agua es 1 toda sustancia cuya densidad sea menor que 1 flotará. La densidad del cuerpo humano es de 0,974.
- Empuje hidrostático: al sumergirnos en una piscina experimentamos una fuerza igual a la fuerza de la gravedad, pero que actúa en dirección opuesta, denominada empuje.

MEDIO ACUÁTICO Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

El medio acuático, por sus propiedades y efectos sobre el cuerpo, aporta a la Terapia Ocupacional un lugar donde experimentar situaciones próximas a la realidad cuyo desempeño puede verse limitado en el medio normalizado, incrementando su participación autónoma en el tratamiento y beneficiando así la recuperación y la futura realización de las ABVD en su medio cotidiano dado que la mayoría de las caídas en la persona mayor ocurren durante la realización de alguna de las actividades de la vida diaria.

Para que el aprendizaje realizado en el medio acuático tenga repercusión en la vida diaria de las personas mayores es necesaria una transferencia en el aprendizaje

ENFOQUES

Los enfoques de T.O. que ayudan a las personas a aprender se centran en diferentes aspectos del aprendizaje explicito e implícito y del proceso de la memoria. Cualquiera que sea la modalidad de aprendizaje o las demandas de la actividad, todas las personas mayores sanas tienen la capacidad de participar en tres tipos de aprendizaje:

- Asociación: cuando una persona hace asociación entre dos acontecimientos.
- Representacional: memorización de las acciones necesarias para completar una acción.
- Abstracto: adquisición y almacenamiento de reglas, conocimientos y hechos, independientemente del contexto temporoespacial.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Las ABVD están orientadas al cuidado del propio cuerpo. La asistencia a una actividad acuática implica una serie de actividades básicas como higiene y arreglo personal, selección de ropa y uso de complementos adecuados.

Descanso y sueño

El hecho de estar sumergido en el agua a temperaturas que oscilan entre los 33-35 grados centígrados, promueven un aumento en el riego sanguíneo, el volumen central de sangre, la salida cardiaca y una disminución del ritmo cardiaco, fomentando la relajación de los músculos. Puede ser una herramienta útil para la instauración en hábitos en cuanto al ritmo sueño-vigilia.

Juego y ocio

Por el carácter lúdico de la piscina, el juego y el ocio son elementos clave que darán al tratamiento un enfoque propositivo y significativo. Refuerzan las capacidades de la persona restando protagonismo a las deficiencias, al mismo tiempo que fomentan la exploración de nuevos intereses y habilidades.

Participación social

La actividad acuática implica la interacción con diferentes personas al compartir espacios como la piscina o el vestuario lo que puede repercutir en el incremento del autoestima de la persona mayor, mantenimiento de las habilidades sociales y aumentando los vínculos relacionales con otras personas. En las sesiones los usuarios deberán desarrollar habilidades sociales, como la comunicación, puesto que estarán en constante intercambio comunicativo con el Terapeuta Ocupacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Diego, C. & tornero, A. (2015) El desempeño ocupacional en terapia acuática. En Güeitia, J.,Alons, M & Fernández, C. (eds), Terapia Acuática. Abordajes desde la fisioterapia y la terapia ocupacional. Barcelona-Elsevier p. 171-184
2. Bruce E. Becker. BiophysiologicAspects of Hydrotherapy. En: Becker E.B., Cole A.J. Comprehensiveaquatic therapy.3ed. Butterworth-Heinemann, 2011. p. 23-75
3. Schmidt, R.A.; Lee, T.D. (1999): Motor control and learning: A behavioral emphasis. 3ª Ed. Champaign. Human Kinetics.
4. Crepeau, Elizabeth Blesedell, et al. Terapia ocupacional. Ed. Médica Panamericana, 2005.

5. American Occupational Therapy Asociation. Occupational therapy practice framework: Domain and Process (2nd ed.). Am J OccupTher. 2008; 62: 625-683
6. Daza Diaz, A & Alonso Fraile, M. (2015) El medio acuático como medio sensorial. En Güeitia, J.,Alons, M & Fernández, C. (eds), Terapia Acuática. Abordajes desde la fisioterapia y la terapia ocupacional. Barcelona-Elsevier p.45-57
7. Del Castillo, Manuel Guillén, and Daniel Linares Girela. "Bases biológicas y fisiológicas del movimiento humano." (2002). Capitulo 9.Pag 168-196
8. De Diego, C. & tornero, A. (2015) Creacion de unidades de Terapia Acuatica. Elaboración y gestión de proyectos. En Güeitia, J.,Alons, M & Fernández, C. (eds), Terapia Acuática. Abordajes desde la fisioterapia y la terapia ocupacional. Barcelona-Elsevier p. 17-27

TEMA 211. LA PREECLANSIA.

- MARIA PILAR HOLGUÍN PÉREZ
- ELISABET HEVIA CAMÍN
- NOELIA GONZÁLEZ PIÑERA
- VILMA DÍAZ PÉREZ

ÍNDICE

- CASO CLÍNICO
- MATERIAL
- ADMINISTRACIÓN DE FARMACOS
- DIAGNÓSTICO
- BIBLIOGRAFÍA

CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años gestante de 22+0 semanas (FUR:15/01/18) que acude a urgencias por dolor abdominal tipo pinchazo en FII desde ayer que se ha intensificado a lo largo de la mañana de hoy. No sangrado vaginal. Nuseas y vómitos. Mareos durante el día.Cefaléa intensa. Alteraciones visuales. Estupor. No alergias conocidas. No bebedor. No fumador.

Anamnesis gineco-obstétrica

Regularidad del ciclo: Irregular
PARTOS:P2
ABORTOS:A0
VIVOS:2
GESTACIONES:3

EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos vitales

T: 37,9 ºC FC: 108 (monitorizado) TA: 169/ 111

EXPLORACIÓN FÍSISCA OBSTÉTRICA

Genitales normales

Especuloscópia normal

Tacto vaginal: Cervix formado y cerrado.

Abdomen blando y depresible. Dolor a la palpación en FII. No signos de irritación peritoneal.

EXPLORACIÓN OBSTÉTRICA COMPLEMENTARIA

Actividad cardiaca fetal: positivo

Saco gestacional :Visible intraútero

Embrión: Visible intraútero

Longitud del embrión: 27,1 cm

Embrión (semanas): 22 semanas

Observaciones: no líquido visible en pelvis.

MATERIAL

Catéteres:
Catéter venoso 1:
Tipo: Periférico
Localización: Antebrazo
Lateralidad: Izquierda
Calibre: 20.0
Procedimiento: colocación.
Monitorización cardiaca
Extracción de muestras de orina

ADMINISTRACIÓN DE FARMACOS

Metildopa 250 vía oral

Paracetamol 500 vía intravenoso

Adiro 150 vía oral

Suero salino de 500 vía intravenosa

DIAGNÓSTICO

Posible preeclansia por hipertensión arterial, se administra tratamiento en urgencias y se procede a su ingreso para observación y pruebas complementarias.

BIBLIOGRAFÍA

Paginaweb:Medlineplus.gov/hispanish/ency/article 000898.htmp.

Artículo de revista: BBC ciencia 23 marzo 2011 descubren genes de la preeclansia

Libros: Camacho Terceros, Luis Alberto. Berzain Rodriguez, Mary Carmen. Una mirada clínica al diagnóstico de preeclansia.

- José Pacheco. Hipertensión inducida por el embarazo

TEMA 212. GUIA DE PUNCIÓN VENOSA EN DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.

REBECA RODRÍGUEZ ECHEVARRÍA
DESIRÉ FERNÁNDEZ CUESTA
LUCÍA MERA MARTÍNEZ
BELÉN BLANCO GUTIERREZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- RECUERDO ANATÓMICO VASCULAR
- MATERIAL NECESARIO PARA LA PUNCIÓN
- VALORACIÓN PRE-PUNCIÓN
- TÉCNICA DE PUNCIÓN
- PRINCIPALES COMPLICACIONES
- VALORACIÓN ASISTENCIAL Y DE CONDUCTA

INTRODUCCIÓN

Con la llegada de las últimas tecnologías a los servicios de radiología, se hace cada día más necesario la administración de contrastes para realizar un diagnóstico más completo del paciente.

Al igual que la administración del contraste intravenoso puede resultar muy útil a la hora de obtener un diagnóstico, una actuación incorrecta por parte del técnico puede acarrear consecuencias muy graves en el paciente, a parte de los riesgos ya conocidos que conlleva la administración de cualquier contraste.

Conocer la anatomía y fisiología vascular es fundamental para obtener una buena vía e introducir un contraste de forma eficaz, asegurándonos así el éxito en el estudio.

RECUERDO ANATÓMICO VASCULAR

Los vasos (venas y arterias) están formados por tres capas de tejidos:

- Túnica íntima: es la capa interna del endotelio y es la que forma las válvulas en el sistema venoso. Es necesario tener especial cuidado con esta capa ya que se corre el riesgo de crear fenómenos trómbicos.
- Túnica media: es la capa intermedia y está formada por tejido elástico y muscular. Esta es la capa más sensible a cambios técnicos y de irritaciones ya que puede dar lugar a una vaso constricción.
- Túnica adventicia: forma el tejido de conexión y de apoyo de los vasos. Esta capa es más gruesa en las arterias por soportar una mayor presión.

MATERIAL PARA LA PUNCIÓN

A la hora de realizar la punción venosa, es muy importante elegir adecuadamente el material con el que se va a realizar, así como tener preparado y a mano todos los utensilios que podamos necesitar.

Existen dos mecanismos de punción:

- Agujas con catéter metálico.
- Angiocatéteres.

AGUJAS CON CATÉTER METÁLICO

Son agujas metálicas cubiertas de silicona y montadas sobre unas aletas de plástico.

Su diámetro oscila entre 14G y 25 G y su velocidad de flujo es variable. Favorecen la sujeción y fijación, por lo que son recomendables para recién nacidos y en situaciones que requieren poco tiempo de utilización.

Las aletas permiten una fijación más segura y fiable con cinta adhesiva. Permiten aislar el punto de punción. Están indicados en pacientes alérgicos al polietileno. No están recomendados en zonas de flexión por su rigidez. Se necesita una vena recta y larga para su utilización.

ANGIOCATÉTERES

Es un catéter montado sobre una aguja. Sus diámetros van desde 14G hasta 26G y con una longitud de hasta 5 cm. La aguja va por dentro del catéter de plástico, sobresaliendo el bisel en el extremo de la aguja por fuera del catéter

El material es de polietileno, teflón o nailon

Son bien tolerados y se adaptan bien a los movimientos. Su inserción es más dolorosa que las palomillas.

Además de los elementos de punción, son necesarios otros materiales como por ejemplo: un antiséptico, cinta hemoestática, gasas estériles, guantes, apósitos, sistema de goteo, llave de tres vías, suero salino, alargaderas, bomba de inyección de contraste, contraste y jeringas.

VALORACIÓN PRE-PUNCIÓN

Se deben tener en cuenta tres parámetros esenciales:

1. Tipo de paciente:

- Hay que estimar el estado del paciente.
- La utilización de venas blandas y rectas aumentan las probabilidades de éxito.
- Se deben evitar venas usadas y varicosas, así como las zonas irritadas, infectadas, lesionadas, operadas,...
- Si se trata de un paciente con mastectomía radical evitar el brazo del lado intervenido.
- No se debe utilizar la mano dominante para realizar la punción.
- Los pacientes que reciben radioterapia tienen una textura y un acceso defectuoso.

2. Edad del paciente:

- El antebrazo y la mano es el lugar ideal en el adolescente y el adulto.
- Las venas del cuero cabelludo en lactantes, no son las idóneas para el contraste.
- En los ancianos se debería prescindir del torniquete.

3. Tipo de estudio:

- La elección de la vena a puncionar va a estar influida por el tipo de estudio a realizar.
- Se valorará el tipo de contraste a utilizar y elegiremos el catéter más pequeño necesario para el estudio.
- Cuando se elija el lugar de inserción, esta debe ser la zona más distal posible. Sin embargo en estudios con inyector mecánico, lo más indicado sería una vena proximal, como las de flexura del codo.

- Para administrar grandes cantidades de contraste a presiones altas, se usarán siempre catéteres de mucho grosor y lo más cortos posibles. Los catéteres largos generan limitaciones de flujo.

TÉCNICA DE PUNCIÓN VENOSA

1. Determinar el lugar de la punción:

- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Aplicar el torniquete con suficiente presión, pero sin ser extrema o prolongada ya que se puede producir la tortuosidad de la vena.
- Elegir el lugar de punción.
- Aflojar el torniquete.

2. Preparación para la punción:

- Rasurar la zona a pinchar si el paciente tuviese vello.
- Preparar la piel, limpiándola con alcohol o povidona yodada.
- Dejar secar la zona.
- Aplicar de nuevo el torniquete.

3. Realización de la punción:

- El uso de guantes es imprescindible.
- Fijar la mano del paciente con la mano izquierda, usando el dedo pulgar para estirar la piel y para fijar la vena. Ver o palpar la vena en parte de su trayecto.
- Colocar el bisel hacia arriba.
- Puncionar la vena bien justo encima, o bien por un lado, con una angulación de unos 45 grados con la piel, hasta que refluya la sangre.
- Reducir la angulación hasta ser casi paralela a la piel.
- Retirar la aguja del catéter mientras lo avanzamos en el interior de la vena. En caso de la mariposa introducir del todo la parte metálica siguiendo la vena en sentido del flujo.
- Conectar el catéter al equipo de perfusión e iniciar el flujo.
- Fijar el catéter con cinta adhesiva, colocando un apósito por debajo.

- Retirar y recoger el material sobrante, en especial las agujas, usando contenedores para tal efecto.

PRINCIPALES COMPLICACIONES

1. Fallos mecánicos:

- La aguja o el catéter se ha podido apoyar contra la parte de la pared de la vena, e interrumpir el flujo de líquidos, producido por el posible movimiento del paciente.
- La oscilación del nivel del flujo varía dependiendo de la altura del suero respecto al paciente. A más altura más velocidad de flujo.
- El catéter o aguja pueden ser obstruidos por coágulos.

2. Factor vergüenza:

- Más de tres punciones sin lograr cateterizar la vena.
- Hematoma en la zona de punción.
- Perdida de la vía por arrancamiento accidental.
- Obstrucción o pérdida de la vía.
- Signos locales de flebitis.

VALORACIÓN ASISTENCIAL Y DE CONDUCTA

- Vigilar si hay hinchazón en la zona de punción, pues puede sugerir extravasación o infiltración.
- Si es necesario retirar la cinta adhesiva y revisar si hay dobleces en el tubo.
- Rotar un poco el catéter o la aguja para prevenir que el bisel esté contra la pared de la vena.
- Cambiar la posición del brazo.
- Elevar o bajar el catéter o la aguja para impedir la oclusión del bisel.
- Tener en cuenta, que la aguja o el catéter puede estar obstruida en alguna bifurcación del vaso, por lo que habrá que retirarlo un poco.
- Bajar el suero por debajo de la zona a puncionar. Si hay reflujo de sangre indicará una correcta colocación.

- Si a pesar de estas soluciones, no hay síntomas de mejora de flujo, retirar la aguja y volver a empezar con la perfusión.

BIBLIOGRAFÍA

- De Oliveira Gomes A.V., De Luca Nascimento M.A., Moreira Christoffel M., Pereira Antunes J.C., Campos de Araújo M., Gomes Cardim M. Punción venosa pediátrica: Un análisis crítico a partir de la experiencia del cuidar en enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2011 Jul [citado 2019 Sep 07].
- González Casares N. Vía venosa difícil: estrategias. Servicio de Urgencias de la Fundación Pública Hospital Do Salnés. Vilagarcía de Arousa. Pontevedra.
- O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention intravascular catheter-related infections. Clin Infect Dis 2011.
- Infusion Nurses Society. Standards of practice. Vascular Acces Device Removal. J Infusion Nurse 2011.

TEMA 213. REPUNTE DE SARAMPIÓN. VACUNACIÓN COMO PREVENCIÓN.

Mª PAZ NÚÑEZ FERNANDEZ
ILLÁN SUÁREZ RODRÍGUEZ
BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN:

- 1.1 Nº de afectados por sarampión en Europa.
- 1.2 Mayor indice exponencial.

1.3 Situación en España.

1.4. El crecimiento exponencial.

1.5. Objetivo primordial.

METODOLOGÍA:

2.1 Revisiones Bibliográficas.

2.2 Los soportes de datos.

2.3 Palabras claves de búsqueda.

2.4Los criterios de inclusión.

2.5 Motores de búsqueda.

EPÍLOGO:

3.1 Definición de sarampión.

3.2 Variables del repunte.

3.3 Medidas de Prevención.

BIBLIOGRAFÌA.

Introducción:

1.1 Según ha informado la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el primer trimestre del presente año el número de afectados por sarampión, en Europa es un 300% más que en el mismo periodo del año anterior(12).

1.2. De los 53 países de la Unión Europea, 10 países mantienen endémicos: Alemania, Bélgica, Bosnia-Herzegovina, Francia, Georgia, Italia, Rumanía, Rusia, Serbia y Ucrania, siendo esta última la que sufre mayor indice exponencial

1.3 En España la transmisión endémica de la enfermedad se considera eliminada , lo cual no implica que en nuestro país no se hayan dado casos, se han detectado en este año 124 la mayoría en Madrid, Guadalajara y Barcelona(14).

1.4. El crecimiento exponencial que durante mucho tiempo se mantuvo en cifras muy bajas, se está convirtiendo en un problema de salud Pública El crecimiento de la enfermedad está siendo exponencial.

La pandémia está directamente relacionada con las insuficientes coberturas vacunales, la gran patogeneidad del virus del sarampión, así como la facilidad de expansión de un país a otro a través de viajes y de las conexiones entre ellos.

1.5.Se busca como objetivo primordial la sensibilización de todos los países con implantaciones y medidas amplias y apropiadas al contexto, para detener la propagación de la enfermedad, programas de promoción y prevención a la población, campañas de vacunaciòn sistemáticas...

Metodología:

2.1 El trabajo está realizado basándose en revisiones bibliográficas relacionadas con la prevención y reaparición del sarampión .

2.2 Los soportes de datos empleados son:

Pudmed , Scielo y motores de búsqueda para recoger información específica.

2.3 Como palabras claves de búsqueda se utilizan:

Reaparición, Prevención, Sarampión, España.

2.4Los criterios de inclusión son :estudios avalados científicamente, textos completos, publicaciones realizadas en los últimos 5 años, en idioma Inglés y Español. Se obtiene un resultado de 24 artículos de los que se estudian 3 por su similitud con el brote actual.

2.5 Se emplea el operador booleano And para obtener las fórmulas de búsqueda:

Reaparición sarampión and España y

Reaparición sarampión and prevención

Epílogo:

3.1El sarampión es una enfermedad vírica altamente importante y contagiosa , que puede complicarse con neumonitis o encefalitis, llegando incluso a producir la muerte.

3.2 Que en gran medida el repunte en el índice de casos se debe a los grupos de personas que se oponen a vacunar a sus hijos,aunque existan otras variables como la gran capacidad de contagio del virus,los graves problemas sanitarios o la globalizaciòn en que vivimos.

3.3 Podemos concluir que para garantizar la adecuada protección de la población es necesario un alto indice de inmunización de las personas, que disminuya la posibilidad de contacto entre un individuo infectado y otro susceptible de ser contagiado.

BIBLIOGRAFÍA:

11. González A, Navarro G, Gené E, Agut-Busquet E. Remergencia del sarampion en pacientes vacunados: informe de 6 casos y propuestas de prevencion [Internet]. Pubmed.org. 2016 [cited 4 September 2019]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29105452

12. Díez- J, Bóveda M, Renales M, Garcés M. Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola. Resurgimiento del sarampión en Europa. [Internet]. Pubmed.Org. 2015 [cited 4 September 2019]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26611100

14. Echevarría E, Hübschen J, , García M, , Martínez Y, Ory F, González A et al. Reaparición del sarampión en la provincia de Guadalajara, España. ¿Es hora de establecer nuevas estrategias para su eliminación?]. [Internet]. Pubmed.Org. 2014 [cited 4 September 2019]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24210738

TEMA 214. HALLAZGOS EN RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR EN SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ INFANTIL.

- **ANA MILENA MUÑOZ**

ÍNDICE

1. OBJETIVOS
2. METODOLOGÍA
3. PRESENTACIÓN DEL CASO Y RESULTADOS
4. DISCUSIÓN
5. BIBLIOGRAFÍA

1. OBJETIVOS

Nuestro objetivo principal es describir las características de imagen en resonancia magnética nuclear en niños con Sindrome de Guillain-Barré, a propósito de un caso.

2. METODOLOGÍA

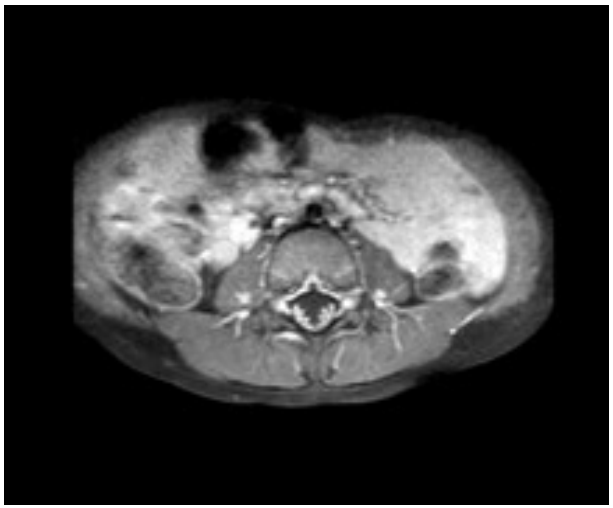
Exposición detallada del caso clínico y revisión de la bibliografía.

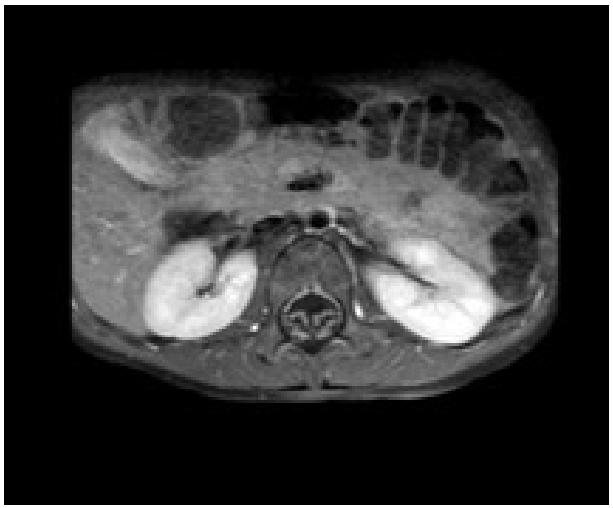
3. PRESENTACIÓN DEL CASO Y RESULTADOS

Presentamos el caso de un paciente varón de 4 años de edad, con antecedente de cuadro respiratorio alto de una semana de evolución, vacunado según calendario, que acude al servicio de urgencias y emergencias pediátricas por cuadro de intenso dolor y debilidad muscular en miembros inferiores de 4 días de evolución que le impide la deambulación en el momento de la consulta.

No asocia fiebre durante el proceso ni alteraciones en parámetros analíticos rutinarios.

Se decide ingreso hospitalario para su estudio y realizar pruebas diagnósticas complementarias.
Se realizó resonancia magnética nuclear de columna sin y con contraste intravenoso, objetivando en imágenes potenciadas en T1 supresión grasa, engrosamiento con una intensa captación del medio de contraste de las raíces de la cola de caballo tanto anteriores como posteriores, que se extiende a trayectos extraforaminales del plexo lumbosacro compatible con afectación inflamatoria radicular sugestiva de Sindrome de Guillain Barré.





Tras estos hallazgos en la prueba de imagen diagnóstica, se realizó el estudio de líquido cefalorraquídeo que confirmó el diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré con una elevación de las proteínas y recuento celular disminuido.
Se realizó electromiografía que reportó estudio anormal, con datos que corroboraban el compromiso radicular.

El paciente permaneció hospitalizado para administración de tratamiento con gammaglobulina por vía intravenosa y terapia física y de rehabilitación, con alta hospitalaria en tres semanas con evolución favorable e instauración progresiva de la deambulación.

4. DISCUSIÓN

El síndrome de Guillain-Barré o poliradiculoneuritis aguda es una enfermedad autoinmune desencadenada por una infección viral o bacteriana.

Puede ocurrir a cualquier edad, siendo más frecuente en adultos que en niños y extremadamente raro por debajo de los 2 años de edad.

Es la causa más común de parálisis flácida aguda y subaguda en bebés y niños.

El trastorno se caracteriza por debilidad progresiva, simétrica, generalmente ascendente, y reflejos disminuidos o ausentes. El dolor difuso también es una característica de presentación común en muchos niños por afectación nerviosa sensitiva y autónoma.
El estudio de líquido cefalorraquídeo muestra una disociación albúmino-citológica, con aumento de proteínas y normalidad o disminución celular.

La resonancia magnética nuclear es la prueba diagnóstica de elección ante sospecha de Síndrome de Guillain Barre, siendo imprescindible la administración de contraste intravenoso para valoración del realce radicular.

El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas y se confirma con la disociación albúmino-citológica en el líquido cefalorraquídeo y las alteraciones neurofisiológicas.

El tratamiento específico se basa en la administración de gammaglobulina por vía intravenosa.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Yikilmaz A, Doganay S, Gumus H, et al. Magnetic resonance imagen of childhood Guillain-Barre Syndrome. Child´s Nervous System. 2010;26 (8):1103–1108

- Ortez González C.I, Díaz Conradi A. Síndrome de Guillain-Barre en la infancia. Anales de pediatría continuada. 2013;11(2):98-103.

TEMA 215. TÉCNICA DE LA ESPIROMETRÍA FORZADA.

- ELISABET HEVIA CAMIN
- MARIA PILAR HOLGUIN PÉREZ
- BILMA DÍAZ PÉREZ
- NOELIA GONZÁLEZ PIÑERA

ÍNDICE

1. Definición de espirometría forzada.
2. Indicaciones de la espirometría forzada.
3. Limitaciones en su realización.
4. Contraindicaciones absolutas y relativas.
5. Preparaciones previas del paciente.
6. Técnica de la espirometría forzada.
7. Parámetros más importantes de la espirometría forzada.

1.Definición de la espirometría forzada.

La espirometría es una prueba respiratoria básica, que se realiza en los centros de salud y en los laboratorios de función pulmonar de los hospitales, para evaluar el funcionamiento de los pulmones.
Esta prueba mide volúmenes y flujos realizados durante la maniobra voluntaria de una inspiración profunda seguida de una espiración forzada de al menos 6 segundos.

2.Indicaciones de la espirometría forzada.

- Valorar pacientes con síntomas respiratorios.
- Cribar alteraciones funcionales respiratorias ante factores de riesgo (tabaco, inhalación de gases, contaminación, polvo, sustancias nocivas,etc.
- Valorar el riesgo ante una cirugía.
- Verificar la respuesta a inhaladores broncodilatadores.
- Estudios clínicos y epidemiológicos.
- Determinar incapacidad profesional.

3.Limitaciones en su realización.

- Heridas en la boca.
- Hemiparesia facial.
- Náuseas por la boquilla.
- Tener muchas secreciones.
- Falta de colaboración por parte del paciente.

4.Contraindicaciones absolutas y relativas.

- Absolutas.

  - Imposibilidad mental o física para realizar la espirometría.

  - Dolor torácico, neumotórax, hemoptisis reciente.

  - Desprendimiento de retina e operaciones oculares recientes.

  -Cirugía tóraco-abdominal reciente.

  -Infección respiratoria activa.

  -Aneurismas, ángor inestable, infarto de miocardio reciente.

- Relativas.

  -Intolerancia a la boquilla.
  -Traqueotomía.
  -Problemas bucales.
  - Deficiente comprensión.
  -Actitud litigante.

5.Preparaciones previas del paciente.

- Antes de realizar la prueba debemos informar al paciente que debe evitar:
- El consumo de tabaco al menos 2 horas antes.
- Realizar ejercicio físico de forma muy vigorosa.
- Las comidas copiosas.
- La ropa apretada.
- La administración de broncodilatadores.

6.Técnica de la espirometría forzada.

- Requerimientos previos a la prueba:

-Se debe calibrar el espirómetro antes de realizar la prueba, para ello utilizaremos la jeringa de 3 litros, que trae el espirómetro.

-Necesitaremos una silla con respaldo para el paciente, unas pinzas nasales y una boquilla.

- Una báscula con tallímetro..

Técnica

Los valores de referencia (teóricos) de una espirometría los determina la edad, el sexo, la altura y el peso del paciente.

Por ese motivo cuando recibimos al paciente es importante pesarlo y medirlo descalzo.

Introduciremos los datos antropométricos :edad, sexo, altura y peso, en el espirómetro.

Sentaremos al paciente en la silla, con la espalda apoyada en el respaldo, los pies tocando el suelo y sin cruzar las piernas.

Le pondremos en la nariz las pinzas nasales para asegurarnos que no respira por la nariz.
Informaremos al paciente del procedimiento a seguir:
Introducir la boquilla dentro de la boca, sellar los labios alrededor y respirar normal a través de la boquilla.
Realizar una inspiración rápida y profunda a nuestra orden, para luego soplar fuerte y seguido durante al menos 6 segundos.
Se realiza un mínimo de 3 y un máximo de 8 maniobras intentando que al menos dos de ellas no tengan errores.

Las diferencias entre FVC y FEV deben ser inferiores al 5% ó 150 ml.

7.Parámetros más importantes de la espirometría forzada.

Los parámetros más importantes que se obtienen al realizar la prueba son:

FVC (capacidad vital forzada): es todo el aire que el paciente puede inspirar y expulsar en condiciones forzadas.

FEV1 (volumen espiratorio forzado): es la cantidad de aire expulsado durante el primer segundo, en la espiración máxima.

FEV1/FVC: relación en porcentaje de los dos parámetros. Este parámetro es muy importante ya que es el indicador de la existencia de una obstrucción pulmonar.

FEV1/FVC, por debajo del 70% indican obstrucción en pacientes mayores de 40 años. Del 80% en menores de 40 años.

BIBLIOGRAFÍA

- **Página WEB :**
  https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/spirometry/about/pac-20385201

  https://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo- multimedia/ neumologia/espirometria

  https://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/neumología/espirometria

TEMA 216. TROPHERYMA WHIPPLEI, UNA GRAN DESCONOCIDA.

- **SERGIO ROMÁN SOTO**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA BACTERIA
- EPIDEMIOLOGÍA
- PATOGÉNESIS
- MANIFESTACIONES CLÍNICAS
- DIAGNÓSTICO
- TRATAMIENTO

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Whipple fue descrita por primera vez en 1907 por George Hoyt Whipple como una lipodistrofia intestinal causada como consecuencia de alteraciones en el metabolismo lipídico. No sería hasta 1952 con el primer tratamiento antibiótico exitoso de esta enfermedad cuando se postule la teoría de una bacteria como causante de la enfermedad. En la década de los sesenta, con el desarrollo de la microscopía electrónica se aportó más evidencia a favor de esta teoría y ya en la década de los noventa se consiguió confirmar mediante la amplificación por PCR de segmentos específicos 16S rRNA de la bacteria, nombrada al principio como *Tropheryma whippleii* (del griego “trophe” como nutriente y “eryma” como barrera) y después en 2001 renombrada como *Tropheryma whipplei*.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA BACTERIA

Se trata de un bacilo intracelular del orden de los Actinomycetales, localizado en el interior de macrófagos de la pared del tubo intestinal. Aunque los estudios filogenéticos la clasifiquen como un bacilo Gram positivo, se tiñe mal con la tinción de Gram y Zhiel-Neelsen, no así con la tinción PAS.

Mediante microscopio electrónico se puede observar que tiene una pared trilaminar compuesta de fuera a dentro por una membrana periplásmica, una pared celular delgada y una membrana citoplasmática.

T. whipplei es una bacteria con poco material genético, en comparación con otras del mismo orden, con a penas genes destinados a rutas metabólicas y más de un 75% de su genoma destinado a mecanismos de evasión del sistema inmune del huésped, de ahí que se considere una bacteria “parasitaria”.

Al ser una bacteria que parasita células eucariotas, su cultivo en laboratorio no se consiguió hasta el año 2000 mediante cultivos celulares con fibroblastos humanos, siendo extremadamente lento (30 días). En estos cultivos se han visto dos formas de crecimiento, una forma intracelular dentro de vacuolas que infectan a las células y una forma extracelular formando agregados en el espacio extracelular. Hay artículos que mencionan haber observado división celular en estos agregados por lo que se pensó que *T. whipplei* no era una microorganismo intracelular estricto, pero según los estudios de cultivos axénicos conseguidos realizar en 2003 se confirmó que son formas latentes de *T. whipplei*.

EPIDEMIOLOGÍA

Se diagnostican 1-6 nuevos casos al año por cada millón de habitantes en todo el mundo. La forma clásica de enfermedad de Whipple se ha asociado con mayor frecuencia en varones de mediana edad caucásicos con un ratio de 8:1 en comparación con las mujeres.

La transmisión se produce mediante un mecanismo oral-oral y oral-fecal, con más de un 80% de transmisión dentro del núcleo familiar.

Se sabe por técnicas de PCR que el nicho biológico de *T. whipplei* es el intestino del ser humano, actuando como reservorio. Se ha podido encontrar en el alcantarillado y superficies de agua por lo que se piensa que tiene capacidad de formar esporas para sobrevivir fuera del ser humano, aunque esto no está demostrado. También se ha buscado en animales sin éxito (sólo en 4 de más de mil animales

estudiados en Senegal), aunque hay pocos estudios al respecto.

Mediante estudios de seroprevalencia en la población, se ha detectado hasta un 48% de portadores asintomáticos según las series publicadas, dándose más en trabajadores de aguas residuales, vagabundos, pacientes VIH, pacientes cirróticos, africanos y asiáticos.

PATOGÉNESIS

T. whipplei penetra en la mucosa intestinal gracias a factores de virulencia y llega a la submucosa donde se internaliza en macrófagos y se disemina por vía linfática al organismo. Se postula que debe de haber algún factor genético predisponente del huésped que haga que no se elimine el microorganismo y este pueda evadirse del Sistema Inmune. Se intenta relacionar con determinados tipos de HLA pero esto no termina de explicar la escasa cantidad de casos de personas enfermas en comparación con la cantidad de portadores asintomáticos y la ubicuidad del patógeno.

El resultado final es que en los pacientes con enfermedad de Whipple las alteraciones de la inmunidad celular y humoral hacen que la respuesta inmune sea insuficiente para eliminar la totalidad de *T. whipplei* ingerido, y por lo tanto se produce la diseminación de la infección.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones que puede presentar esta enfermedad son variadas en función de la zona afectada:

- Sistema intestinal y linfático: la forma clásica de la enfermedad consiste en pérdida de peso, diarrea y dolor abdominal. Se produce un síndrome malabsortivo. La perdida de peso es clínicamente significativa y se produce de manera gradual pudiendo llegar a la caquexia grave. La diarrea suele ser acuosa y acompañada de esteatorrea. Es frecuente la presencia de linfadenopatias abdominales visibles mediante TAC o RMN.
- SNC: las alteraciones del SNC aparecen entre un 10 a 40% de los pacientes con enfermedad de Whipple intestinal y aparecen durante las recaídas. Cursa con alteración del nivel de conciencia, demencia progresiva,

lesiones ocupantes de espacio inespecíficas y mioarritmias oculomasticatorias y oculofaciales que se presentan en el 20% de las alteraciones neurológicas de la enfermedad de Whipple, siendo casi un signo patognomónico.

- Aparato cardiovascular: de entre las alteraciones cardiovasculares la endocarditis es la más frecuente y puede afectar a todas las válvulas. Los hemocultivos son negativos y los pacientes no cumplen los criterios típicos de endocarditis. Otras alteraciones con la miocarditis y la pericarditis. La afectación cardiaca con frecuencia cursa con ausencia de afectación intestinal.
- Sistema osteomuscular: oligo o poliartralgias periféricas seronegativas es decir, con factor reumatoide negativo. La citología del líquido articular revela macrófagos con tinción PAS positivos.

- Otras manifestaciones: hiperpigmentación cutánea hasta en un 65% de los casos, manifestaciones oculares como uveítis y retinitis relacionadas con alteraciones del SNC, neumonía y tos crónica, etc.

DIAGNÓSTICO

Podemos usar las siguientes pruebas diagnósticas:

- Colonoscopia: podemos observar una mucosa duodenal y yeyunal con pliegues tumefactos y múltiples manchas blanquecinas que reflejan depósititos de lípidos con la mucosa intacta.
- Tinción de PAS e inmunohistoquímica en biopsia de mucosa intestinal para observar macrófagos con *T. whipplei.*
- Estudios serológicos: tienen la paradoja que los títulos de IgM en portadores asintomáticos son mucho más altos que en los pacientes con enfermedad de Whipple, por lo que se puede utilizar un Western blot para diferenciar entre portadores y pacientes sintomáticos, con PCR positiva en saliva o heces.

- Técnicas de hibridación in situ con fluorescencia.
- Visualización mediante microscopía electrónica.
- Técnicas de biología molecular: amplificación de la región ITS 16S-23S, dominio III del gen 23S ARNr, gen 16S, regiones repetidas del genoma, etc. Se puede realizar en biopsias intestinales, saliva o en una muestra de heces.

Un algoritmo diagnóstico sencillo consiste en el siguiente:

1. Sospecha de enfermedad de Whipple: realizar una tinción de PAS en una biopsia de mucosa duodenal/yeyunal:
    1. Positivo: alta probabilidad de enfermedad. Confirmar con una segunda prueba mediante inmunohistoquímica o PCR e iniciar tratamiento. Se recomienda realizar estudio en LCR para descartar afectación del SNC.
    2. Negativo: baja probabilidad de enfermedad. Realizar una segunda prueba para excluir la enfermedad mediante inmunohistoquímica o PCR. En caso de

resultado dudoso realizar una tercera prueba mediante una técnica distinta. En casos de presentaciones extraintestinales o formas atípicas, hay que considerar realizar las pruebas diagnósticas en los tejidos/líquidos biológicos de presentación.

TRATAMIENTO

El tratamiento antibiótico consiste en una fase de inducción seguida de una fase de mantenimiento prolongada. Las pautas antibióticas recomendadas son:

- Antibióticos de primera línea:
  - Fase de inducción: ceftriaxona 2 g. por vía intravenosa durante 14 días.
  - Fase de mantenimiento: trimetropim-sulfametoxazol 960 mg. cada 12 horas durante 1 año.
- Antibióticos de segunda línea (alérgicos a cefalosporinas):
  - Fase de inducción: penicilina G 6 millones de UI o meropenem 1 g. cada 8 horas por vía intravenosa durante 14 días.
  - Fase de mantenimiento: doxiciclina 100 mg. cada 12 horas más hidroxicloroquina 600 mg. cada 24 horas durante 1 año.

BIBLIOGRAFÍA

- Dolmans RAV, Edwin Boel CH, Lacle MM, Kusters JG. Clinical manifestations, treatment, and diagnosis of Tropheryma whipplei infections. Vol. 30, Clinical Microbiology Reviews. American Society for Microbiology; 2017. p. 529–55.
- Marth T, Moos V, Müller C, Biagi F, Schneider T. Tropheryma whipplei infection and Whipple's disease. The Lancet Infectious Diseases. 2016;16(3):e13–22.
- Casals-Seoane F, Gisbert JP. Enfermedad de Whipple. Medicine (Spain). 2016;12(5):249–55.
- Moreno García MS, Casorrán Berges M, del Río-Martínez PS, Bosque Peralta MT. Enfermedad de Whipple, la gran desconocida. Vol. 13, Reumatologia Clinica. Ediciones Doyma, S.L.; 2017. p. 243–4.

TEMA 217. LA VIOLENCIA DE GÉNERO

- **MARCOS SÁNCHEZ CASERO**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- EL CICLO DE LA VIOLENCIA
- ,FACTORES DE RIESGO QUE MANTIENEN LA VIOLENCIA DE GÉNERO
- ,PREVENCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO
- ATENCIÓN INTEGRAL POR LOS SERVICIOS SANITARIOS
  - GRUPOS VULNERABLES
- INDICADORES DE SOSPECHA
- INTERVENCIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Violencia de género es lo mismo que hablar de violación de derechos humanos, es hablar de víctimas y hablar de agresores, es hablar de desigualdad.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, define la violencia de género como:

"Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de al libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada"

La violencia de género es un problema real, y que a pesar de intentos de las organizaciones internacionales, supranacionales y nacionales, del reconocimiento de la igualdad entre los hombres y mujeres, de los movimientos sociales por intentar erradicar estos actos que van en contra de los principios más básicos de los derechos humanos aún sigue habiendo desigualdad y en consecuencia violencia que padecen las mujeres por el simple hecho de ser mujer.

EL CICLO DE LA VIOLENCIA

Según Leonore Walker, nos dice que la violencia de género se enmarca dentro un patrón cíclico, donde la violencia pasa por diferentes fases hasta que llegamos a una fase de reconciliación, y que una vez concluida esta sucesión de fases este ciclo vuelve a iniciarse continuamente, con la característica de que se producen con mayor intensidad y en espacios más pequeños.

El ciclo de la violencia de género, presenta las siguientes fases:

1) Negación de la violencia

En esta fase la mujer maltratada no se reconoce como tal, para ella el sufrimiento es natural, y lo que hace su compañero es debido a circunstancias personales que padece o sufre y que la culpa de lo que ocurre en parte lo tiene la víctima.

2)Fase de aumento de la tensión

Se caracteriza por la irritabilidad o mal humor del agresor, la tensión va en aumento y las explosiones de mal humor y de ira son más frecuentes, imposibilitando cualquier acercamiento entre la pareja, generando en la mujer sensaciones de frustración.

Esta irritabilidad que en principio se produce pasa a convertirse en indiferencia y sarcasmo, llegando la víctima a sentirse culpable de que esto ocurra .

3) Etapa de explosión o violencia explícita

Esta etapa se caracteriza porque la violencia ya va más allá de las agresiones verbales, llegando a amenazar a la víctima y humillarla, e incluso en algunos casos a la violencia física.

Aquí la víctima es incapaz de predecir sus actos, por lo que evita hablar e incluso de actuar ya que todo puede

Esto suele a la víctima causarle colapso emocional, en la que la víctima suele pedir ayuda profesional, irse de casa o incluso cometer homicidio o suicidio, incluso algunas parejas las lleva al hospital justificando ambos las lesiones como accidente doméstico.

4)Etapa de reconciliación o calma

También conocida como “luna de miel”, el agresor, que ya ha cometido las agresiones anteriores, se muestra cariñoso y arrepentido, pide perdón y promete no volver a cometer actos de violencia.
La mujer o víctima está confundida, niega la violencia de género y vuelve a creer en el agresor, es una fase de calma y tranquilidad

Pero esta fase cada vez es más corta y la reproducción del ciclo pasa por las etapas de tensión y explosión.

La víctima sufre lo que se conoce como “Síndrome de Estocolmo doméstico”, en que la víctima defiende a su pareja y siente y cree que son víctima de un entorno violento que les lleva continuamente a ser violentos.

FACTORES DE RIESGO QUE MANTIENEN LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Estos factores de riesgo, se han basado en lo expuesto por el Secretario General de Naciones Unidas, publicado en 2006.

- A nivel de individual

  - Ser joven y tener en su vida personal situaciones de abusos en la infancia, haber convivido en hogares donde se presenciaba violencia conyugal, consumir drogas y alcohol, pertenecer a una comunidad marginada.

- A nivel de la pareja

  Control masculino del dinero y poseer la autoridad para adoptar decisiones sobre la familia, y existen entre la pareja grandes diferencias educacionales o de empleo.

- A nivel de la comunidad

  Convivir en una sociedad que tolera y legitima la violencia, y vivir en ambientes de pobreza y exclusión.

- A nivel de la sociedad

  Creencias que reconoce la dominación masculina y la subordinación femenina y el pensar que es normal la violencia como medio de resolución de conflictos.

- A nivel del Estado

La falta de adaptación de las leyes y políticas al castigo de la violencia de género y la poca sensibilización de los agentes de la ley , tribunales y encargados de la prestación de servicios sociales.

PREVENCION E IDENTIFICACION DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

El personal sanitario desempeña un papel privilegiado para detectar, identificar y prevenir la violencia de género, ya que la sanidad al ser un servicio público y universal puede detectar la violencia de género más rápidamente, ya que en algún momento ya sea por consultas , parto , cuidado médico de los hijos acuden a estos servicios.

- Los profesionales del sistema de salud asturiano, atienden en nuestros centros a unas 500 mujeres violentadas aproximadamente en un año (registro Vimpa).

Esto nos tiene que posicionar ante el compromiso y la responsabilidad de una atención de calidad.

Esto conlleva, que los profesionales del sistema sanitario necesitan formarse, y tener los conocimientos suficientes para detectar malos tratos físicos y psicológicos.

Se debe de tener conocimiento sobre cómo realizar la entrevista, conocer la red asistencial y los procesos de derivación y sobre todo conocer la ley integral contra la violencia de género.

Siempre y muy importante, para la víctima es la confidencialidad de todo el personal sanitario que debe tratar esta información como privada y secreta.

ATENCIÓN INTEGRAL POR LOS SERVICIOS SANITARIOS

La aplicación de Atención Integral a la Salud implica que los diferentes profesionales que forman parte de red sanitaria, enfermería, medicina, trabajo social, psicología, matronas, etc. que interactúan en el tratamiento y diagnóstico de los pacientes que atienden, deben procurar dar respuesta a su llamada de atención .

Estos profesionales de los servicios sanitarios deben de mantener con el paciente escucha activa y empática, este ambiente facilitará a la ruptura del silencio por parte de la víctima y supondría el primer paso para la compresión y visualización del problema.

Si el profesional sanitario no reconociera esta situación de maltrato en un condicionante de salud puede llevar a esta víctima a la cronificación del problema y a la medicalización del problema.

Es por tanto importante y necesario la coordinación entre todas las instituciones para dar una respuesta integral a este tipo de situaciones.

Entre todos los profesionales de la red sanitaria, el papel de los trabajadores sociales es fundamental ya que entre una de sus funciones se encuentra la investigación de factores psicosociales que repercuten en el proceso salud-enfermedad, valoración psicosocial, la elaboración de un proyecto integral y la derivación y coordinación con otros profesionales e instituciones, así como el seguimiento y derivación de las mujeres y de sus hijos.

También tiene un papel importante los pediatras, las matronas, los servicios de diagnóstico de enfermedades sexuales., los profesionales de Salud Mental.

También hay que tener en cuenta los grupos de especial vulnerabilidad ya que son más propicios a sufrir este tipo de violencia.

5.1 GRUPOS VULNERABLES

- Aquella que padezcan enfermedad mental grave
- Discapacitadas y dependientes de cuidados
- Mayores de 65 años y ancianas
- Prostitutas, drogadictas, alcohólicas
- Mujeres embarazadas
- Inmigrantes en situación irregular y con dificultad con el idioma
- Que vivan en medio rural con acceso a recursos limitado

INDICADORES DE SOSPECHA

Por parte del personal sanitario , se ha de prestar atención a estos indicadores que nos pueden hacer sospechar de violencia de género

Durante la consulta

- Características de las lesiones
- Actitud de la mujer
- Actitud de la pareja

Si el personal sanitario sospecha que una mujer puede ser víctima de maltrato, la situación de violencia se tratará de confirmar

En los antecedentes y datos de historia

- ❑ Antecedentes de violencia
- ❑ Antecedentes personales y hábitos de vida
- ❑ Problemas gineco-obstétricos
- ❑ Síntomas psicológicos
- ❑ Aspectos sociales
- ❑ Síntomas físicos frecuentes
- ❑ Utilización de servicios sanitarios
- ❑ Situaciones de mayor vulnerabilidad
- ❑ Información de que la mujer está siendo víctima

INTERVENCIÓN

La actuación del personal sanitario ante sospecha de violencia de género , consistirá en informar y atender en la consulta a la víctima , y en caso necesario derivar a los servicios que corresponda.

- Registrar en la historia clínica la sospecha
- Informar a la mujer de la valoración del profesional
- Trabajar en la consulta, estableciendo relación de confianza
- Planificar visitas de seguimiento

Y si la mujer ya reconoce sufrir malos tratos y se presiente la existencia de peligro

- Registrar en la historia clínica
- Conocer la situación familiar, recursos con los que cuenta
- Informar a la mujer de la valoración del profesional y plantear estrategias a seguir
- Emitir parte de lesiones e informe médico y remitirlo al juez con carácter inmediato entregándole una copia a la mujer e informándole de sus implicaciones
- Derivar con carácter urgente a trabajo social y a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas

BIBLIOGRAFÍA

- **Página web-**https;/www.boe.es/legislación/codigos.php?id=038_Codigo_Penal *y legislación*_complementaria
- https;/www.interior.gob.es/
- https;/www.violencia de genero. Msssi.gob.es/home.htm
- https;/www.inmujer.gob.es/conoceDerechos/preguntas/delitos.htm#diferencia

- **Libros**

- CABRERA ESPINOSA, MANUEL (2011) ¿Usted por qué pega? La violencia de género a través del maltratador :Editorial Académica Española
- ESPAÑA, MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012).Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género Madrid: Gobierno de España

- PEREZ VIEJO, JESÚS M. y MONTALVO HERNÁNDEZ , ANA (2011) Violencia de género . Prevención, detección y atención
- BOSH, ESPERANZA Y FERRER, VICTORIA . A. (2013). Nuevo modelo explicativo para la violencia contra las mujeres en la pareja: el modelo piramidal y el proceso de filtraje .En Revista Asparkia
- SAN SEGUNDO MANUEL (2016). A vueltas con la violencia. Una aproximación multidisciplinar
- SUÁREZ RAMOS, AMALIS (COORD), (2015). Protocolo Andaluz de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Sevilla : Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía.

TEMA 128. VITÍLIGO: TRATAMIENTOS ACTUALES.

- Mª JESÚS DÍAZ SUÁREZ
- CLAUDIA CRISTINA GONZÁLEZ REYES
- Mª ELENA SUÁREZ MONTERO

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **TRATAMIENTOS**
- **METODOLOGÍA**
- **RESULTADOS**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

El vitíligo es una enfermedad de la piel que se caracteriza por una falta de pigmentación debido a la destrucción de melanocitos, con lo que aparecen unas manchas blancas, típicas de esta patología.

Es más frecuente en pacientes jóvenes y tiene más incidencia en mujeres.

Su evolución es lenta y crónica y puede tener importantes consecuencias psicológicas.

Existen diferentes teorías acerca de su origen como el estrés, la exposición a radiaciones solares u otros factores.

También se asocia a otras enfermedades tales como cardiopatías congénitas, diabetes mellitus o enfermedades tiroideas.

TRATAMIENTOS

Es importante la utilización de protector solar en las zonas afectadas y, por supuesto no exponerse por largo tiempo al sol.

Como ya dijimos, no hay una cura definitiva para el vitíligo, aunque existen varias opciones terapéuticas como los métodos de repigmentación con corticoesteroides y la fototerapia, con exposiciones a rayos UVA o UVB.

También existen técnicas quirúrgicas que consisten en trasplantes de melanocitos.

La técnica a elegir depende de la localización y el tamaño de la lesión.

También hay métodos de despigmentación, que es otra opción para aquellos que presenten una gran extensión de vitíligo.

METODOLOGÍA

El trabajo está realizado basándose en revisiones bibliográficas relacionadas con el vitíligo.
Los soportes de datos son:
1º Scielo y Google Scholar
2º Motores de búsqueda para recoger información específica.
Se utilizan como palabras clave de búsqueda hipopigmentación, vitíligo, melanina y piel.
Los criterios de inclusión son: estudios avalados científicamente, textos completos, publicaciones realizadas en los últimos 10 años en español.
Se obtienen 15 artículos de los que se estudian 4 por su interés.

RESULTADOS

No hay un tratamiento definitivo para el vitíligo.

Es muy importante no exponerse a los rayos solares y utilizar protector solar en las zonas afectadas.

El tratamiento de elección dependerá del curso y localización de la enfermedad.

El tratamiento que mejores resultados ha dado fué el UVB de banda corta.

BIBLIOGRAFÍA

Revista Cubana de Medicina General Integral
versión impresa ISSN 0864-2125*versión On-line* ISSN 1561-3038. Rev Cubana Med Gen Integr v.16 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 2000

Ana Carolina Arita-Zelaya*, Elmer López-Lutz**, Geovanni Erazo-Trimarchi*** Epidemiología del vitíligo y asociación con otras patologías. Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH Vol. 10 Nº 2 Mayo - Agosto 2007

TEMA 219. EL VOLUMEN DE LA PELVIS RENAL Y OTRAS VARIABLES PRONÓSTICAS DE LA ECTASIA RENAL NEONATAL.

- **BEATRIZ ESCOBAR MALLADA**

ÍNDICE

1. Concepto de ectasia piélica
2. Justificación del estudio
3. Hipótesis y objetivos
4. Material y método
5. Resultados
6. Discusión
7. Conclusiones
8. Bibliografía

1. CONCEPTO DE ECTASIA PIÉLICA

La ectasia piélica puede definirse como la dilatación leve-moderada de las vías urinarias diagnosticada mediante ecografía

Tabla1.Clasificación de la hidronefrosis fetal según la SFU (1993)

Grado 0	Sin hidronefrosis
Grado I	Visualización de la pelvis sin dilatación calicial
Grado II	Visualización de la pelvis con algún cáliz dilatado
Grado III	Dilatación de la pelvis y todos los cálices
Grado IV	Dilatación pielocalicial con parénquima adelgazado

Desde hace algunos años, existe cierto consenso en considerar que el tamaño en milímetros de la dilatación piélica es importante en sí misma

Se considerará grave-severa cuando sea >15mm o presente dilatación calicial o ureteral

- Existen causas fisiológicas y patológicas de dilatación piélica perinatal
- Las causas más comunes de hidronefrosis fetal son la obstrucción de la unión pieloureteral y el RVU

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

- Existe un elevado grado de desconocimiento sobre la fisiopatología e historia natural de la hidronefrosis
- No existe unanimidad en el manejo diagnóstico, existiendo distintos protocolos, y desconocimiento de la necesidad de realización de pruebas invasivas o que conllevan radiación, como la CUMS o la gammagrafla con Tc
- Este desconocimiento conlleva que tampoco exista acuerdo en el manejo terapéutico, en el manejo de la profilaxis antibiótica o necesidad de cirugía.
- Se necesitan factores predicadores de la evolución de la ectasia que permitan tomar las decisiones adecuadas con la finalidad de preservar la función renal

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

- HIPÓTESIS:

- El volumen de la pelvis renal en la primera ecografía postnatal puede predecir la evolución de la ectasia renal en niños menores de un año

- OBJETIVOS

- Encontrar un punto de corte por debajo del cual se pueda predecir la buena evolución de la dilatación renal
- Establecer si existen diferencias entre la medición del eje mayor de la pelvis y del volumen de la misma

- Correlacionar los distintos hallazgos ecográficos con la evolución de la ectasia y establecer su valor pronóstico
- Realizar análisis descriptivo de la población con diagnóstico de hidronefrosis antes del año de vida

4. MATERIAL Y MÉTODO

- Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados por ecografía de hidronefrosis antes del año de vida en el Hospital Universitario Central de Asturias entre Enero de 2008 y Mayo de 2011
- Se dispuso de historias clínicas en papel e informatizadas.
- En cada paciente se valora sexo, edad, hallazgos en ecografías prenatal, postnatal y de control, resultados del renograma diurético y cistografía
- Se admitió como estadísticamente significativo un p-valor menor de 0,05

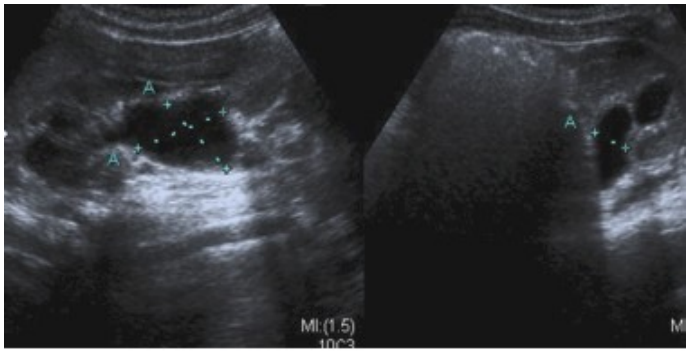
4. MATERIAL Y MÉTODO

- Se estudiaron 50 pacientes con diagnóstico por ecografía de dilatación piélica uni o bilateral antes del año de edad
- Posteriormente cada unidad renal se estudió por separado
- Se excluyeron los riñones sin dilatación piélica, los casos sin ecografía de control y aquéllos en los que se realizó tratamiento quirúrgico entre las dos ecografías, disponiendo finalmente de una muestra de 47 unidades renales
- A todos los pacientes se les realizó al menos dos ECOGRAFÍAS en nuestro servicio, con un ecógrafo Toshiba Xario, utilizando sondas 3MHz, 5MHz, 7,5MHz.

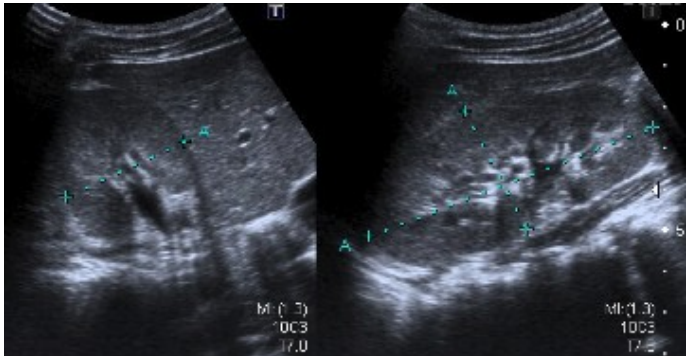
4. MATERIAL Y MÉTODO

En ambas ecografías se valoraron los siguientes parámetros:

- Diámetro de la pelvis en los tres ejes del espacio (se utiliza como criterio principal el mayor de ellos)
- Con los valores de los 3 ejes se calcula el volumen de la pelvis usando la fórmula del elipsoide AxBxCx0,523
- Diámetros del riñón en los tres ejes del espacio y volumen. Se toman como referencia los valores de normalidad del eje longitudinal del riñón establecidos por Rosembaum en 1984



Medición de los diámetros de la pelvis renal



Medición del tamaño renal

4. MATERIAL Y MÉTODO

- Mediante la revisión de la historia clínica se obtuvieron datos de:

- RENOGRAMA DIURÉTICO ISOTÓPICO:
  Utilizamos como variables:
  - Función renal normal o alterada (normal: 45-55%)
  - presencia o no de patrón obstructivo.

- CUMS. Variable: Presencia o ausencia de reflujo vesicoureteral

- ECOGRAFÍA PRENATAL: Variable: Presencia o ausencia de hidronefrosis prenatal

4. MATERIAL Y MÉTODO

- Con los datos obtenidos se realizó la descripción de los individuos y de las unidades renales individuales:
  - Variables continuas: Media, mediana, desviación tipica (DT), valor máximo y mínimo
  - Variables categóricas: Frecuencias relativas y absolutas

- Se compararon las variables mediaste los siguientes estadísticos:
  - Variables continuas: Pruebas no paramétricas para muestras independientes (Kruskal-Wallis)
  - Variables categóricas: Estadístico exacto de Fisher

- Se realizó el cálculo de la curva ROC para determinar la capacidad diagnóstica del tamaño del eje de la pelvis en la primera ecografía y el cálculo del punto de corte (índice de Youden)

5. RESULTADOS

- **Análisis descriptivo de las variables**

- Todos los individuos eran menores de 6 meses en el momento de realización de la primera ecografía y menores de 1 año en el control.
- La distribución por sexo fue del 84,3% varones y 15,7% mujeres
- En cuanto a la lateralidad, el riñón izquierdo era el más frecuentemente afectado, con un 56, 3%, frente al 15,6% del derecho y el 28,1% de afectación bilateral.
- El diámetro de la pelvis renal era mayor de 5mm en todas las unidades renales, estando el valor más frecuente entre 10 y 15mm, con una media de 13,7mm y mediana de 12,3mm.
- El volumen de la pelvis renal era menor de 0,3cc en más de la mitad de los individuos (57,9%), con un 15% entre 0,3 y 0,6cc, 10% entre 0,6 y 0,9 y 16% superando 1cc de volumen. La media fue 0,9cc y la mediana de 0,2.
- El tamaño renal y el grosor corticas era normal en el 65% de los casos.
- Se observó patrón obstructivo en 5 unidades renales del total de 47, todos con diámetro mayor de 10mm en la primera ecografía.

5. RESULTADOS

- **Relación entre variables**

- No se demostró relación entre los valores del diámetro de la pelvis renal y su evolución favorable o desfavorable. Para un valor de corte de11,25mm la prueba tiene una sensibilidad del 68% y una especificidad del 52% y por lo tanto baja capacidad discriminativa.

- Sí se encontraron en cambio diferencias significativas en el caso del estudio del volumen en relación con la evolución, con un valor p de 0,003
  - Todos los casos con pelvis menor de 0,2cc en la primera ecografía mostraron resolución completa en la ecografía de control (6 casos)
  - Todos los casos con pelvis ≥ 0,4cc en la primera ecografía aumentaron en el control

- En el 23% de los casos se demostró aumento del volumen de la pelvis renal aunque no se detectaron diferencias en el eje mayor.

5. RESULTADOS

- No se observa relación entre el sexo y el riñón afectado
- Casi el 50% de los individuos con dilatación de la pelvis renal derecha mejoran o se mantienen estables en la ecografía de control
- De aquéllos con dilatación en el lado izquierdo sólo mejoran o se mantienen estables el 14%, mientras sí lo hacen los riñones derechos, con una diferencia estadísticamente significativa (p valor 0,0039)
- No se demuestra relación entre el tamaño renal, la dilatación ureteral o los resultados del renograma diurético y la evolución de la ectasia piélica.

6. DISCUSIÓN

- En cuanto al análisis descriptivo, al igual que en la mayor parte de los estudios publicados en el nuestro la dilatación renal es más frecuente en varones y en el lado izquierdo.
- También se han encontrado estudios (Peña Carrión et al, 2004) en los que al igual que en este, la normalización de la dilatación es más frecuente en el lado izquierdo, aunque en nuestro caso la diferencia es mayor (50% frente al 14%)
- Se encuentra mejoría cuando la dilatación al diagnóstico es menor, no obstante no se encuentran diferencias estadísticamente significativas y nuestro punto de corte más óptimo (11,25mm) presenta baja capacidad discriminativa, probablemente por el pequeño tamaño de la muestra. Sería necesario realizar estudios más amplios para poder encontrar un punto de corte más preciso.
- En 2001 Gómez Fraile et al publicaron un estudio sobre la necesidad del reno grama diurético en caso de dilataciones pielocaliciales moderadas. Recomiendan realizar esta prueba sólo en casos en los que se superen los 15mm de diámetro. Nuestros resultados apoyarían la recomendación de su realización en diámetros mayores de 1cm, ya que 5 de los casos con obstrucción que progresan presentaban al diagnóstico diámetros entre 10 y 15mm.

7. CONCLUSIONES

La mayoría de las hidronefrosis neonatales desaparecen durante el primer año de vida. Las afectación del riñón derecho tiene mejor evolución que la del izquierdo que a su vez es la más frecuente.

Las dilataciones leves tienen mayor tendencia a desaparecer con el tiempo, pero son precisos estudios más amplios para establecer un punto de corte con capacidad discriminativa.

Recomendamos la medición del volumen de la pelvis renal dado que se demuestra relación con la evolución de la ectasia con una fuerte significación estadística a pesar del pequeño tamaño muestral

8. BIBLIOGRAFÍA

1. García Nieto V, González Cerrato S, García Rodríguez V.E., Mesa Medina O., Hernández González M.J., Monge Zamorano M., Luis Yanes M.I.. ¿Debe realizarse una cistografía a todos los lactantes con dilatación leve y moderada de las vías urinarias? Las pruebas de función renal pueden ayudar a responder esta pregunta. Nefrologia 2011;31(2):192-8
2. Garne E, Loane M, Wellesley D, Barisic I. Congenital hydronephrosis: Prenatal diagnosis and epidemiology in Europe. Journal of Pediatric Urology 2009; 5, 47-52
3. Baraibar Castelló R., Porta Ribera R.. Seguimiento posnatal del feto con pielectasia: un problema no resuelto. An Esp Pediatr 2000; 53: 441-448
4. Gómez Fraile A., Aransa y Brantot A., Delgado Muñoz D., López Vázquez F., Serrano Hernández C., Manrique Legaz A.. ¿Es necesario efectuar un renograma isotópico diurético en las dilataciones pielocaliciales grado II ecográfico? Actas Urol Esp. 2001; 25 (1): 60-63
5. Berrocal T., de Pablo L., Gutiérrez J., Prieto C.,. del Hoyo M. L. Hidronefrosis leve en neonatos y lactantes: ¿puede predecirse la presencia de reflujo vesicoureteral? Radiología 2003;45(6):265-268
6. San José Manso L., Blazquez izquierdo J., Delgado Martín J.A., Gómez Vegas A., Fuentes Márquez I., Corral Rosillo J., Silmi Moyano A., Resel Estévez L.. Algoritmos diagnósticos en el manejo de la hidronefrosis obstructiva y no obstructiva. Clínicas Urológicas de la Complutense. Vol. 9: 125-135
7. Walsh G.,Dubbins P.A. Antenatal Renal Pelvis Dilatation:APredictor of Vesicoureteral Refiux? AJR 1996;167:897-900
8. Piepsz A. Antenatally Detected Hydronephrosis. Semin Nucl Med 2007; 37:249-260
9. Lee R.S., Cendron M, Kinnamon D, Nguyen H. Antenatal Hydronephrosis as a Predictor of Postnatal Outcome: A Meta-analysis. Pediatrics 2006;118;586-593

8. BIBLIOGRAFÍA

10. Gómez Fraile A., Aransay Brantot A., López Vázquez F., Suárez Charnenco A.Resultados a largo plazo del manejo conservador y tratamiento quirúrgico de la estenosis de la unión pieloureteral infantil. Clínicas Urológicas de la Complutense Vol. 9: 181-196
11. Daljit K. Hothi, Angie S. Wade, Ruth Gilbert, and Paul J. D. Winyard. Mild Fetal Renal Pelvis Dilatation:Much Ado About Nothing? Clin J Am Soc Nephrol, 2009; 4: 168–177
12. Robert L. Chevalier, Barbara A. Thornhill, Michael S. Forbes, Susan C. Kiley. Mechanisms of renal injury and progression of renal disease in congenital obstructive nephropathy. Pediatr Nephrol 2010; 25:687–697
13. . Rivilla Parra, M. Carmen Soto Beauregard, J. García Casillas. Hidronefrosis perinatal. Diagnóstico y tratamiento. Clínicas Urológicas de la Complutense, Vol. 9: 197-214
14. Ismaili K, Avni FE, Hall M. Results of dystematic voiding cystourethrography in infants with antenatally diagnosed renal pelvis dilation. J.Pediatr 2002; 141:21-4
15. Shi Y, Pedersen M, Li C., Wen J.G, Thomsen K, Stødkilde-Jørgensen H., Jørgensen T.M., Knepper M.A., Nielsen S., Djurhuus J.C., Frøkiær J. Early release of neonatal ureteral obstruction preserves renal function. Am J Physiol Renal Physiol 2004; 286: 1087–1099.
16. García Nieto V., Marrero Pérez C.L, Montesdeoca Melián A. Ectasia de la pelvis renal en la infancia. ¿Sabemos ya lo que significa y cómo debe estudiarse?. An Pediatr (Barc) 2004;61(6):489-92
17. May Llanas M.E., Moreira Echeverría A., García Boentea C.V., Comesías González M.J., Filloy Lavía A.C., Hernández Sánchez J.L., Gómez de la Cruz A.. Ectasia piélica de diagnóstico prenatal. Incidencia y protocolo de estudio durante el año 2003. An Pediatr (Barc) 2004;61(6):499-501

8. BIBLIOGRAFÍA

18. Peña Carrión A., Espinosa Román L., Fernández Maseda M.A., García Meseguer C., Alonso Melgar A., Melgosa Hijosa M., Rodríguez Lemos R, Navarro Torres M. Ectasia piélica neonatal: evolución a largo plazo y asociación a anomalías vesicoureterales. An Pediatr (Barc) 2004;61(6):493-8
19. García Mérida M., Miguelez Lago C., Rius Díaz F., Galán Montenegro P., Galiano Duro E., Martínez Valverde A.. Estudio de los recién nacidos diagnosticados prenatalmente de uropatías. An Esp Pediatr 1996;44:581-584
20. Gavela T., Sánchez Bayle M., Gómez Mardones G., Gallego S., Martínez-Pérez J. y Moya M. T. Estudio ecográfico del tamaño renal en niños. Nefrología 2006; 26(3): 325-29
21. Gugliota A, Reis LO, Alpendre C, Ikari O, Ferreira U. Hidronefrosis (HN) neonatal en niños con hidronefrosis diagnosticada prenatalmente: ¿cirugía o tratamiento médico? Actas Urol Esp. 2008;32(10):1031-1034
22. Areses Trapote R., Urbieta Garagorri M.A., Ubetagoyena Arrieta M., Arruebarrena Lizárraga D., Alzueta Beneite M.T., Eizaguirre Sexmilo I., Rodríguez Mazorriaga F., Esparza Pazay P., Emparanza Knorr J.I.Hidronefrosis congénita primaria unilateral grave en lactantes asintomáticos. Revisión de 98 casos. An Pediatr (Barc) 2006;64(1):11-20
23. Cavagnaro F.; Baquedanb P.; Lagomarsino E.; Orellana P.; Garcia C..Hidronefrosis perinatal: enfoque diagnostico. Rev. Chil. Pediatr. 67 (6); 282-286, 1996
24. Blanco Jimenez E., Bocardo Fajardo G..Historia natural de la hidronefrosis congénita. Clínicas Urológicas de la Complutense Vol. 9: 29-54
25. Belarmino J.M., Kogan B.A. Management of neonatal hydronephrosis. Early Human Development 2006; 82, 9-14
26. Jofré M M.J., Sierralta C P. Medicina Nuclear en el Tracto Nefrourinario. Revista Chilena de Radiologí ,año 2002.Vol. 8 No 2
27. Miyakita H, Ueno S, Nomura M. Neonatal hydronephrosis detected on routine health check-up. Tokai J Exp Clin Med., 2001; 26 (3):101-105.

8. BIBLIOGRAFÍA

28. Tripp B.M., Homsy Y.L. Neonatal hydronephrosis-the controversy and the Management. Pediatr Nephrol (1995) 9:503-509

29. Carbajosa M.T., Heras M.I., Blázquez J. Patología nefrourológica en el recién nacido. Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neonatología. 2008. www.aeped.es/protocolos

30. Ceres Ruiz L. Radiología Esencial. 1ª Edición. 2009. Capítulo 124. Riñones, suprarrenales y vías urinarias. Pag1677-1692. Editorial médica Panamericana.

31. Dremsek P.A., Gindl K., Voitl P., Strobl R., Hafner E., Geissler W., Hruby W., Sacher M. Renal Pyelectasis in Fetuses and Neonates:Diagnostic Value of Renal Pelvis Diameterin Pre and Postnatal Sonographic Screening. AJR 1997;168:1017-1019

32. Montero M., Fontanillo M., del Campo V., Pais E., Vela D., Outomuro J., Muguerza R., Pigni Benzo L., Fernández Eire P., Segade R. Valor pronóstico de la ecografía y el renograma diurético en la evolución de la estenosis pieloureteral. CirPediatr2008;21:62-69.

28.Santra A, Sharma P, Malhotra A, Kumar R. Role of nuclear medicine techniques in the management of disease in infants. Journal of Neonatology 2008; 22 (3): 194-204

29.Ortega X., Cerda A., Villena R. Uro-Resonancia en niños. Rev.Chil Radiol 2009; 15 Supl(1): s45-s53.

30.Mure P-Y, Mouriquand P. Upper urinary tract dilatation: Prenatal diagnosis, management and outcome. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine 2008; 13: 152-163

31.Stoisa D, Lucena M.E.,. Villavicencio R.L. Uro-resonancia magnética directa e indirecta: Técnicas, ventajas y desventajas. Anuario Fundación Dr. J. R. Villavicencio 2007, Nº XV

32.Swischuk L.E. Radiología del niño y del recién nacido. Vol II. Cap 5. 5ª Edición. 2005. McGraw Hill.

TEMA 220. DECLARACIÓN VOLUNTADES ANTICIPADAS.

- **ELENA CANO MATEO**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- ¿ QUÉ ES UN DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?
- ¿QUÉ SE PUEDE INCLUIR EN UN DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?
- ¿CÓMO PUEDO ASEGURARME DE QUE MI VOLUNTAD SERÁ CUMPLIDA?
- ¿CÓMO SE FORMALIZA EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?
- ¿QUÉ HACE Y QUIÉN PUEDE SER REPRESENTANTE?
- CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

Este documento es una guía completa sobre el uso de la Declaración de Voluntadas Anticipadas (DVA). Le informará de las posibilidades que tiene para tomar decisiones sobre las atenciones médicas y cómo puede prever lo que se debe hacer en caso de no tener capacidad para poder decidir por usted mismo/a. La capacidad de los enfermos para tomar decisiones relacionadas con su enfermedad es un derecho reconocido por la legislación española y europea. El Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) se fundamenta en el respeto y la promoción de la autonomía del paciente, autonomía que, mediante este documento, se prolonga cuando el enfermo no puede decidir por sí mismo/a o no puede comunicar sus decisiones.

¿QUÉ ES UN DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?

El documento conocido legalmente como “Voluntades Anticipadas“ también se denomina “Instrucciones Previas“ o, coloquialmente, como “Testamento Vital.”

El DVA es el documento escrito, dirigido al médico responsable, en el que una persona mayor de edad, capaz y libremente expresa las instrucciones a tener en cuenta en una situación en la que no pueda expresar personalmente su voluntad. También, la persona puede designar un representante, que será el interlocutor válido y necesario con el médico o equipo sanitario para supervisar el cumplimiento de las instrucciones previas o tomar las decisiones oportunas de interpretación de éstas. (1)

¿QUÉ SE PUEDE INCLUIR EN UN DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?

En un DVA se pueden expresar por escrito:

- Los **valores y opciones personales** respecto a los momentos finales de la vida o cualquier otra situación en la que se produzca una grave limitación física o psíquica.
- Los **criterios** que deben orientar las decisiones que se hayan de tomar en el ámbito sanitario.
- Las **situaciones sanitarias concretas** en las que se requiere que se tengan en cuenta la aceptación o rechazo de determinados tratamientos o cuidados.
- Las **instrucciones y límites** con respecto a las actuaciones médicas en dichas situaciones, por ejemplo, que no sean aplicadas o se retiren medidas de soporte vital como reanimación cardiopulmonar; conexión a un respirador; nutrición e hidratación artificiales.

Otros aspectos como la elección del lugar donde se desea recibir la atención en el final de la vida, la voluntad de ser donante de órganos, si se desea asistencia religiosa o el deseo de estar acompañados en los momentos cercanos al fallecimiento.

La **designación de un representante**, o varios, que puedan sustituir al paciente cuando no pueda expresar su voluntad con el fin de que cumplan las instrucciones indicadas previamente. En el caso de nombrar un representante es necesario que éste manifieste su aceptación por escrito.

¿CÓMO PUEDO ASEGURARME DE QUE MI VOLUNTAD SERÁ CUMPLIDA?

- El mejor modo de asegurar su cumplimiento es a través del **Documento o Declaración de Voluntades Anticipadas (DVA).**

- Se trata de un escrito en el que una persona mayor de edad (la Legislación valenciana, andaluza y navarra hablan también de menor emancipado y en el caso de Aragón habla de menor emancipado “en algunos supuestos con requisitos específicos”) que no haya sido incapacitada judicialmente para ello, libremente y de acuerdo con los requisitos legales, que deja constancia de las instrucciones a tener en cuenta por el médico responsable cuando se encuentre en una situación en la que no pueda expresar personalmente su voluntad.

- En ese documento puedes designar uno o varios representantes que podrán actuar como interlocutores válidos con el médico o el equipo sanitario, sustituyéndote en el caso de que no puedas expresar tu voluntad por ti mismo.
- Cada Comunidad Autónoma tiene capacidad para regular el procedimiento de formalización del DVA por lo que existen pequeñas singularidades entre Comunidades Autónomas.(2)

¿CÓMO SE FORMALIZA EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?

- Para que el Documento de Voluntades Anticipadas tenga validez hay que legalizarlo o formalizarlo mediante una de estas vías:
  - En **escritura pública ante notario**.
  - Haciendo una **declaración ante tres testigos**.
  - Los testigos deben ser personas mayores de edad, con plena capacidad de obrar y, al menos dos de ellas, no vinculadas con la persona que escribe las voluntades anticipadas por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco – hasta segundo grado- o relación patrimonial alguna.

¿QUÉ HACE Y QUIEN PUEDE SER REPRESENTANTE?

- El representante es la persona designada para actuar como interlocutor ante el médico responsable o el equipo sanitario. Algunos aspectos que hay que tener en cuenta en relación con los representantes son:
  - Es posible designar a **más de un representante**. Esto puede ser útil si la primera persona elegida no puede representarnos.
  - Puede ser útil **comentar el Documento de Voluntades Anticipadas con el representante** para asegurarnos de que en caso necesario transmitirá correctamente nuestras voluntades.
  - Es conveniente que la **familia conozca al representante**, en el caso de que se trate de un amigo u otra persona, para evitar futuros conflictos.

- Puede ejercer como representante **cualquier persona que no haya sido incapacitada legalmente**, excepto:

  - El notario ante el cual se firma el Documento.
  - El funcionario o empleado público encargado del Registro de Instrucciones Previas.
  - Los testigos ante los que se formaliza el Documento.
  - El personal sanitario que debe aplicar las voluntades anticipadas.
  - Cualquier persona que tenga una relación contractual con la persona interesada

CONCLUSIONES

En la actualidad, a pesar de la normativa en vigor tanto estatal como autonómica en materia de voluntades anticipadas y su correspondiente Registro, buena parte de los profesionales sanitarios y de la ciudadanía desconocen la posibilidad de otorgar voluntades anticipadas como extensión del consentimiento informado y el reconocimiento del derecho a decidir en el ámbito sanitario y al ejercicio de la autonomía en sanidad.

Cuando miramos los resultados del cuestionario, más del 90% dicen conocer *nada* o *poco* las leyes referentes a este tema y *nunca* o *alguna vez* se han planteado que algún paciente suyo pudiese tener un DVA.

Además, el 75% reconoce que no lo ha consultado nunca y el 90% no ha recibido formación sobre este tema. Estos datos concuerdan con los de otros estudios.

Como punto positivo podemos decir que hay una actitud favorable por parte de los profesionales ya que al 70% le interesaría *bastante* o *mucho* ampliar sus conocimientos sobre el tema.(4)

BIBLIOGRAFÍA

1. PÁGINA WEB: http://www.notariajavierramos.com/Guia_Practica_voluntades.pdf
2. PÁGINA WEB: https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/derechos-pacientes/voluntades-anticipadas
3. PÁGINA WEB: http://atencionmayores.org/voluntades-anticipadas-o-testamento-vital/
4. Yllera Sanz Carolina. ¿Cumplimos nuestros deberes respecto a los Documentos de Voluntades Anticipadas?. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2014 [citado 2019 Sep 16] ; (32): 82-94. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872014000300008&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872014000300008.

TEMA 221.LA ENFERMEDAD CELIACA EN LA POBLACIÓN INFANTIL

- MARÍA FEITO ÁLVAREZ
- LIDIA EXPÓSITO MARQUÉS
- VERÓNICA DE LA FUENTE ELÍAS

ÍNDICE

- Introducción
- Objetivos
- Metodología
- Resultados y discusión
  -Gluten y enfermedad celiaca
  -Epidemiología
  -Etiología

ÍNDICE

- La enfermedad celiaca en los niños
  -Signos y síntomas
  -Diagnóstico
  -Tratamiento
  -La dieta sin gluten
- Conclusiones
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

Enfermedad autoinmune, permanente y crónica

Intolerancia permanente a las proteínas del gluten

Individuos genéticamente predispuestos

Enteropatía grave de la mucosa del intestino delgado (microvellosidades intestinales).

Aumento de prevalencia.

En el niño pequeño el cuadro clínico varía dependiendo del momento de la introducción del gluten en la dieta.

Es primordial llevar a cabo un algoritmo diagnóstico adecuado.

La dieta exenta de gluten para toda la vida es el pilar indispensable para fomentar la salud y una adecuada calidad de vida al paciente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Revisar la literatura actual sobre la enfermedad celiaca en la población pediátrica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la enfermedad celiaca y explicar en qué consiste.
- Entender la epidemiología, etiología y aspectos clínicos de la enfermedad celiaca.
- Saber el desarrollo de los síntomas, y cuáles son los métodos de diagnóstico de la enfermedad.
- Conocer la dieta sin gluten.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica actual y recopilación de los datos e información aportados por los mismos.

También se ha obtenido información de páginas web de asociaciones de celiacos y se ha contactado con una empresa de fabricación de alimentos sin gluten ni otros alérgenos, que me han proporcionado información sobre la dieta sin gluten y la elaboración de productos para celiacos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

GLUTEN Y ENFERMEDAD CELIACA

¿Qué es el gluten?

- Proteína de muchos cereales compuesta de gliadina y glutenina.
- Gliadina: secuencias peptídicas resistentes a la digestión proteolítica. Causante de la enfermedad celiaca.

¿Qué es la enfermedad celiaca?

Enfermedad inflamatoria de origen autoinmune afecta a la mucosa del intestino delgado en personas genéticamente susceptibles y cuyo desencadenante es la ingesta de gluten provocando lesiones en el intestino delgado y conduce a diversos estados carenciales.

EPIDEMIOLOGÍA

- Mayor riesgo en familiares de primer grado.
- Afecta tanto a niños como adultos.
- Tendencia ascendente en la edad de debut.
- Relación mujer/varón de 2:1.
- 75% de personas sin diagnosticar.

ETIOLOGÍA

***Factores genéticos*:**

- Antígenos leucocitarios tipo HLA de clase II y cuyos marcadores más habituales son el HLA-DQ2 (90%) y con menor frecuencia el HLA-DQ8 (5-10%).
- Los familiares de primer grado tienen una probabilidad entre el 6-12% de presentar la enfermedad.

Gluten

Principal factor desencadenante.

Proteínas que permanecen después de la digestión del almidón con diferentes puntos de solubilidad en soluciones acuosas o alcohólicas.

Factores ambientales

Infecciones intestinales.

LA ENFERMEDAD CELIACA EN LOS NIÑOS

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Intolerancia al gluten: capaz de producir una lesión severa de la mucosa del intestino delgado.
- Manifestaciones clínicas variadas.
- La iniciación clínica de la celiaquía puede ocurrir en la infancia a partir de la introducción del gluten en la dieta, o aparecer tardíamente en la juventud, la edad adulta o la vejez.
- En la niñez, suele manifestarse entre los 9 meses y los 3 años.
- El niño comienza con un síndrome de malabsorción que le produce diarrea, esteatorrea, distensión abdominal, flatulencia y meteorismo.
- En niños más mayores se puede observar un retraso en el crecimiento, en la maduración sexual y/o anemia ferropénica.
- La forma más frecuente de presentación es la clásica.

OTRAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La ingestión de trigo puede producir la aparición inmediata o retardada de manifestaciones cutáneas, gastrointestinales o síntomas respiratorios clásicamente asociada con la alergia alimentaria.

MANIFESTACIONES EXTRA-DIGESTIVAS DE ENFERMEDAD CELIACA EN LA INFANCIA

- Dermatitis herpetiforme
- Estomatitis aftosa
- Déficit de hierro y ácido fólico
- Defectos en el esmalte dental

DIAGNÓSTICO

- Los criterios diagnósticos utilizados actualmente son los establecidos por la ESPGHAN.
- La necesidad de calificar a un paciente de celíaco es muy importante, puesto que la enfermedad dura toda la vida con mayor riesgo de malignización en la edad adulta.
- En la actualidad se han propiciado importantes cambios en el concepto de la enfermedad y en su enfoque diagnóstico, gracias a la alta eficacia de nuevos marcadores serológicos como los anticuerpos antiendomisio (AAE) y los anticuerpos antitransglutaminasa tisular (ATGt), la estrecha asociación demostrada de la EC con determinados complejos de histocompatibilidad (HLA DQ2/DQ8) y un mejor conocimiento del espectro de lesiones histológicas que pueden presentarse.

- Primero se realiza la serología de anticuerpos específicos y después, la biopsia intestinal.
- La biopsia es un estudio invasivo, siendo necesario utilizar en niños la anestesia general para su realización, con los riesgos que ello implica.
- Debido a las limitaciones en la realización de la biopsia intestinal cobran importancia los estudios serológicos y las pruebas genéticas.
- Actualmente se están buscando nuevas estrategias diagnósticas no invasivas.

TRATAMIENTO

- El único tratamiento eficaz de la enfermedad celiaca es una dieta estricta sin gluten durante toda la vida tanto en pacientes sintomáticos como a los asintomáticos.
- Debe suprimirse de la dieta todos los productos que incluyen harinas de trigo, avena, cebada y centeno.
- Mejoría de los síntomas aproximadamente a partir de las dos semanas, normalización serológica entre 6 y 12 meses y recuperación de las vellosidades intestinales en torno a los dos años de iniciado el tratamiento.
- El pobre cumplimiento de la dieta sin gluten o las transgresiones dietéticas conlleva un riesgo especialmente de enfermedades neoplásicas del tracto digestivo.

LA DIETA SIN GLUTEN

- El contenido de gluten de los alimentos varía dependiendo de los elementos que lo componen, y la formulación y procesamiento que sufren durante su elaboración.
- Esta dieta se basa en general en una combinación de alimentos naturalmente libres de gluten o mínimamente procesados y no contaminados.
- Se debe de extremar la precaución en la manipulación de alimentos.
- Un alimento procesado puede contener gluten de varias maneras: Como ingrediente, cuando al producto se adiciona cualquier aditivo que contenga gluten, y contaminación cruzada.

- Dada la dificultad de eliminar completamente el gluten de los alimentos, el consenso internacional maneja un ‘punto de corte’ que define cuánto gluten puede contener realmente un alimento libre de gluten fijó el punto de corte en 20 ppm .
- Grupos de alimentos: Alimentos prohibidos, alimentos específicos sin gluten, alimentos genéricos o cero gluten, productos elaborados de todo tipo.
- Simbología de los productos: siempre deben de ir identificados con el símbolo internacional sin gluten de la AOECS (Sociedad de Asociaciones de Celíacos de Europa), además debe estar controlado por FACE.

CONCLUSIONES

- La EC es una enfermedad que afecta a personas genéticamente predispuestas y que actualmente está aumentando el número de personas diagnosticadas. En España, ronda el 1/118 de la población infantil siendo más común en mujeres en una proporción 2:1.
- Dentro de las variedades respecto a la clínica, en la infancia la más habitual es la clínica clásica de la enfermedad, comenzando con un síndrome de malabsorción, presentando diarrea, vómitos, distensión abdominal como signos abdominales principales.
- En cuanto al diagnóstico, los criterios utilizados actualmente son los establecidos por la ESPGHAN, pero constituye un aspecto de continuo estudio, en búsqueda de nuevas estrategias no invasivas.

- Un correcto abordaje de la EC desde su diagnóstico evitará problemas de salud a largo plazo.
- La dieta sin gluten es el único tratamiento que existe, y su incumplimiento conlleva un riesgo, especialmente de enfermedades neoplásicas del tracto digestivo. Se debe de tener además gran precaución en la manipulación de los alimentos.

BIBLIOGRAFÍA

- Polanco I. ¿Qué es la enfermedad celiaca? En Polanco I, editora. Enfermedad celiaca presente y futuro. 1º ed. Madrid: Ergon; 2013. P.9-10
- Illana A, Rodríguez J. Celiaquía: Prevención a través de la nutrición del lactante. Rev ROL Enferm. 2015; 38(4): 294-299.
- Fasano A, CatassiC. Clinical pactice: Celiac Disease. N ENgl J Med. 2012; 367(25): 2419-2426.
- Polanco Allué I. Estado actual del diagnóstico de la enfermedad celiaca en el niño y adolescente. Evid. Pediatr. 2011; 7: 52.
- Castillo NE, Leonard MM, Leffler D, Fasano A. La dieta sin gluten y alternativas terapeúticas potenciales para la enfermedad celiaca. En: Bai JC, Olano C, Ciacci C, editores. Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten.1º ed. Barcelona: ELsevier; 2015. P. 111-136.

- Vaquero L, Álvarez-Cuenllas B, Rodríguez-Martín L, Aparicio M, Jorquera F, Olcoz J.L, Vivas S. Revisión de las patologías relacionadas con la ingesta de gluten. Nutr Hosp. 2015; 31(6): 2359-2371
- Vaquero L, Álvarez-Cuenllas B, Rodríguez-Martín L, Aparicio M, Jorquera F, Olcoz J.L., et al. Revisión de las patologías relacionadas con la ingesta de gluten. Nutr. Hosp. 2015; 31 (6): 2359-2371.
- Bousoño García C. Manifestaciones extra-digestivas de enfermedad celiaca en la infancia. Capítulo 4. Enfermedad celíaca. Presente y futuro; p 17-22.
- Vaquero L, Álvarez-Cuenllas B, Rodríguez-Martín L, Aparicio M, Jorquera F, Olcoz J.L, Vivas S. Revisión de las patologías relacionadas con la ingesta de gluten. Nutr Hosp. 2015; 31(6): 2359-2371.
- Ribes Koninckx C, Donat Aliaga M, Bolonio García M. Nuevos criterios diagnósticos en el niño y en el adolescente. Capítulo 2, p. 5-12. Enfermedad Celíaca. Presente y futuro.

- Mash MN. Gluten, major histocompatibility complex, and the small intestine. A molecular and immunologic approach to the spectrum of gluten sensitivity (‘celiac sprue’). Gastroenterology. 1992; 102:330-54.
- Buedo P.A, Buffone I.R. Criterios diagnósticos para la enfermedad celiaca: una revisión actualizada. Rev Clin Fam. 2014; 7 (3):212-219.
- Scanlon S.A, Murray J.A. Update on celiac disease – etiology, differential diagnosis, drug tardets, and management advances. Clin Exp Gastroenterol. 2011; 4: 297-311
- Niveloni S, Sugai E, Cabanne A, Vázquez H, Argonz J, Smecuol E, et al. Antibodies against synthetic deamidated gliadin peptides as predictors of celiac probability of disease. Clin Chem. 2007; 53 (12): 2186-92.
- Polanco Allué, I. Enfermedad Celiaca. Rev Lab Clin. 2014; 7 (4): 141-144
- Estévez V, Araya M. La dieta sin gluten y los alimentos libres de gluten. Rev Chil Nutr, 2016. Vol. 43, Nº4. p 428-433.
- Arenas Ruiz-Tapiador JI, Sainz Samities R. Sospecha y diagnóstico de la enfermedad celíaca del adulto. Rev Clin Esp. 2004; 204 (9): 477-9.

TEMA 222. SÍNDROME DE GOODPASTURE.

- **MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ**

Indice

- Enfermedad actual.
- Antecedentes personales.
- Exploración física y pruebas complementarias.
- Juicio diagnóstico.
- Conclusiones.

Enfermedad actual.

- Mujer de 34 años que presenta desde hace 4 días cuadro clínico caracterizado por mal estar general, tos sin expectoración, mialgias y artralgias en extremidades inferiores y sensación distérmica con escalofríos sin medición de la temperatura. Dolor retroesternal de características pleuríticas sin disnea ni hemoptisis.

Antecedentes personales.

- Presenta diabetes mellitus tipo I desde los 12 años de edad en tratamiento con insulina rápida y basal.

Exploración física y pruebas complementarias

- Destacan crepitantes inspiratorios en base derecha, resto normal. Ante la sospecha de neumonía se deriva al hospital para estudio y diagnóstico:

- Hemograma, recuento y fórmula: leucos 10,600, linfopenia/Hb 12,7/ dímero D normal / E y S: proteinuria. Hematuria 100/campo. / BQ: Urea 33 Crl,06 CK46. Troponina normal.

Exploración física y pruebas complementarias.

- Radiografía tórax: aumento de la trama bilateral
- Gasometría: PO2 56.
- Por los resultados es diagnosticado de neumonía atípica y se decide alta en tratamiento con levofloxacino 500 mg que tras 4 días de tratamiento y con mejoría parcia, acude de nuevo a su médico por persistencia de los síntomas con presencia, ahora de fiebre y hemoptisis.
- A la exploración destacan los crepitantes en ambas bases y es derivado al hospital para nueva prueba de imagen y analítica, presentando:
- Rx tórax ap y lateral con infiltrados bibasales bilaterales y gasometría PO2 41 con hemograma: Hgb 8,9 Hto 32,6% /BQ: Cr 3,6 Urea 135.

Juicio diagnóstico

- Síndrome de Goodpasture.

Conclusiones.

- Síndrome de GoodPasture que se confirma posteriormente mediante anticuerpos antimembrana basal tipo IgG.
- Se trata de una enfermedad autoinmunitaria, perteneciente al grupo de enfermedades de hemorragia alveolar o pulmonar, que suele acabar en una enfermedad pulmonar intersticial y se caracteriza por la producción de anticuerpos antimembrana basal tanto del glomérulo renal como de los alveolos pulmonares.

Conclusiones.

- El síndrome de Goodpasture se suele presentar entre los 16-30 años de edad. Se reconoce que las manifestaciones pulmonares usualmente preceden a una enfermedad renal evidente.

- La clínica inicial está dominada en un 95% por la hemoptisis, disnea para el ejercicio, debilidad, fatiga, Hb < 12 g/dl, leucocitosis > 10.000 mm3, proteinuria, y moldes de células rojas y blancas en el urograma.

- La hemorragia pulmonar puede preceder por semanas o meses a la evidencia de daño renal o incluso ser la manifestación única.

Bibliografía.

- Gittins N, Basu A, Eyre J, Gholkar A, Moghal N. Cerebral vasculitis in a teenager with Goodpasture??s syndrome. Nephrol Dial Transplant 2004;19:3168-71. [Pubmed]
- [4]
- Kim JL, Ahn KJ, Jung JI, Jung SL, Kim BS, Hahn ST. Imaging Findings of Central Nervous System Vasculitis Associated with Goodpasture??s Syndrome: a Case Report. Korean J Radiol 2007; 8:545-57.

TEMA 223. BIOPSIA POR ASPIRACIÓN AL VACÍO DE MAMA.

- ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO
- ESTEFANÍA BLANCO GARCÍA
- MARTA MARÍA MORENO FERNÁNDEZ
- RAQUEL RUIZ TURRADO

ÍNDICE:

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

OBJETIVOS:

- Conocer la localización de lesiones en la mama con gran precisión guiados por estereotaxia, en muchos casos, ecografía y resonancia magnética.
- Extirpar y eliminar completamente estas anomalías en el tejido mamario para su posterior análisis patológico.
- Marcar la zona biopsada con marcadores que permitan su posterior seguimiento sabiendo con certeza donde se encontraba.
- Ofrecer confianza al paciente, para contar con su total colaboración, y, mantenerle en todo momento informado de cualquier paso que vayamos a realizar.

INTRODUCCÍON:

- La implantación de programas de detección precoz de cáncer de mama entre la población, ha incrementado significativamente el descubrimiento de lesiones mamarias no palpables. Este tipo de lesiones, son extraídas de la mama, gracias a técnicas de biopsia que han ido desarrollándose con el tiempo dando lugar, entre otras, a la biopsia por aspiración al vacío (BAV) de microcalcificaciones y anormalidades en el tejido mamario.
- Este tipo de biopsia nace con el objetivo de obtener una muestra mayor de la lesión y reducir los casos de falsos negativos.
- La BAV permite realizar biopsias con un buen calibre de muestra, reduciendo el sangrado gracias al mecanismo de aspiración y lavado, para su posterior análisis y diagnóstico.
- Existen tres formas de guiarse para realizar una BAV que serían a través de estereotaxia (mamografía con tomosíntesis), ecografía o resonancia magnética.

- **BAV guiada por estereotaxia**:

Es la más utilizada en la actualidad. La técnica consiste en el uso de un mamógrafo con tomosíntesis, al que se le acopla un equipo de estereotaxia y a su vez la aguja que irá conectada al sistema de vacío, se realiza una primera mamografía o scout para localizar la lesión, las imágenes son realizadas con tomosíntesis, de manera que obtenemos unas coordenadas X, Y y Z que nos darán el punto exacto donde se deberá de introducir la aguja, estos pasos irán acompañados con una seria de mamografías: previas, in situ y posteriores, a la biopsia. Este tipo de técnica evita el paso por una intervención quirúrgica.

- **BAV guiada por ecografía**:

No se diferencia significativamente de la BAG (biopsia con aguja gruesa), no da lugar a diagnóstico más fiable en los casos de biopsias de masas visibles por ultrasonidos, resultaría más invasiva y de mayor coste, solo sería preferible con este tipo de guía en el caso que fuera una alternativa terapeútica como sería la extirpación completa de la lesión. Se conectaría la aguja, al sistema de vacío que se encargará de aspirar la lesión mamaria. Durante el procedimiento se realiza un pequeño corte en la piel, tras inyectar anestesia local, y se introduce la aguja en la mama guiada por ecografía. Está aguja tiene un bísturí rotatorio y está conectada a un sistema que aplica aspiración, de forma que la lesión se extrae en fragmentos por combinación de la aspiración del vacío y el corte con el bisturí rotatorio.

- **BAV guiada por resonancia**:

Es poco utilizada debido a su complejidad, poca disponibilidad y altos costes. Sólo sería usada en caso de que no hubiese posibilidad por alguna de las otras dos vías que serían la estereotaxia o ecografía.

METODOLOGÍA

- Se realiza una búsqueda bibliográfica empleando como descriptores: biopsia de mama, biopsia por aspiración al vacío, estereotaxia, intervencionismo mamario, en diferentes bases de datos: Scielo, Cochrane, Pubmed; revistas científicas; artículos académicos y científicos. Se emplean como criterios de inclusión aquellos textos tanto en castellano como en inglés, posteriores a 2004.

RESULTADOS:

- Obtención de mayor número de muestras, con mayor cantidad o incluso con la totalidad de la lesión a extirpar, incrementando enormemente la posibilidad de que sean válidas en su análisis y posterior diagnóstico.
- No distorsiona el tejido mamario ni dificulta la lectura de futuras mamografías.
- El procedimiento es menos invasivo que la biopsia quirúrgica, deja poca o ninguna cicatriz, la recuperación es rápida, la paciente regresa a casa el mismo día de la prueba con unas pequeñas pautas a seguir durante las siguientes 24h.
- Menor coste

CONCLUSIONES:

La biopsia estereotáctica constituye un excelente método para evaluar las anomalías en el tejido mamario que nos son visibles por ultrasonido.

Los estudios realizados sobre estos sistemas de localización, desvelan, que este tipo de biopsias permite planificar la cirugía, si fuese necesario y/o tratamientos complementarios sin necesidad de intervenciones quirúrgicas.

La incidencia de complicaciones es insignificante y cuando estas aparecen son de escasa relevancia.

Mejora las tasas de infradiagnóstico respecto a otras técnicas de biopsia ofreciendo ventajas en el caso de microcalcificaciones y en lesiones mamarias no palpables.

Permite diagnóstico y tipificación muy precisa.

BIBLIOGRAFÍA:

- Artículos de revistas: Lilian Casas, Belén Übeda, Juan Browne, Ignacio Rodríguez, Francesc Treserra y Beatriz Navarro. Biopsia de microcalcificaciones de mama bajo guía estereotáxica. Factores que influyen en los resultados. Revista de senología y patología mamaria: Elsevier; 2016.
- Artículos académicos: A. Vega Bolívar. Intervencionismo diagnóstico en patología de mama: Elsevier; 2011..
- Páginas web: Radiologyinfo.org. Biopsia de mama estereotáctica (guiada en forma mamográfica)
- Bases de datos: L. Pina, L.Apesteguía, E. De Luis, J. Saenz Bañuelos, G. Zornoza, F. Domínguez Cunchillos. Técnicas de biopsia para el diagnóstico de lesiones mamarias no palpables: Scielo; 2004
- Libros: A. Vega Bolívar. Intervencionismo mamario. Radiología básica de la mama. Seram

TEMA 224. ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED (EICH) CONSIDERACIONES.

JULIO R. MORGADO RODRIGUEZ

ÍNDICE

DEFINICIÓN.
TIPOS DE TRASPLANTES.
CLASIFICACIÓN DE EICH.
SINTOMATOLOGIA.
TRATAMIENTO Y CONCLUSIONES.

DEFINICIÓN

Existen varias modalidades de trasplante de Médula Osea, un tratamiento utilizado en algunos tipos de cancer, el objetivo es eliminar las células anormales/dañadas de la médula osea y sean sustituidas por células precursoras nuevas que producirán células sanas, siendo necesario para ello un donante compatible.

La enfermedad injerto contra huésped se manifiesta cuando las células nuevas trasplantadas identifican al receptor como extraño, produciendo un rechazo.

TIPO DE TRASPLANTES

Según el tipo de donantes pueden ser...

-Autologo o Autotrasplante: Células propias del paciente.
- Alogenico: Células procedentes de un donante, hermano compatible idéntico es la mejor selección ya que al ser parcial la compatibilidad se produce rechazo del injerto contra huésped que a su vez produce rechazo injerto contra células anormales , así aumentando la erradicación de la enfermedad , por lo que el EICH no significa que haya fallado el trasplante, incluso puede tener beneficios.
En el trasplante Alogenico es donde EICH se manifiesta constituyendo la principal complicación ya que posee un alto porcentaje de morbi-mortalidad (40-60%).

CLACIFICACION DE LA EICH

Históricamente se ha venido clasificando la EICH según el tiempo de inicio tras el traspalante, apareciendo este de forma temprana o tardía

En los primeros 3 meses post trasplante se considera agudo, mientras que la forma crónica puede aparecer pasados 100 dias, aunque también es posible presentar las dos formas al mismo tiempo (mixta) y a sus vez puede ser en conjunto , leve , moderado o grave.

SINTOMATOLOGIA

Afecta fundamentalmente al sistema Inmunitario, la piel, el hígado e intestino, las reacciones pueden ser variadas, desde una manifestación leve o hasta presentar un peligro de muerte.

EICH aguda:

Se manifiesta poco tiempo después del trasplante y por un periodo corto de tiempo, los primeros síntomas incluyen lesiones en la piel (Irritación,ardor,enrojecimiento).

-Rash en palma de las manos y planta de los pies.

-Nauseas/vómitos, Molestias estomacales

-Diarrea que se puede presentar con sangre.

-Anorexia, Ictericia, elevación de las pruebas hepáticas

-Menos frecuente cistitis hemorragica, anemia.

EICH crónica:

Comienza de manera mas tardía y dura mucho tiempo, los primeros síntomas se aprecian con una erupción en la piel, provocando picores y resequedad, llegando a producir ampollas que se pueden descamar, dando la sensación de quemadura solar, presenta los síntomas del EICH agudo mas la aparición de:

-Fiebre
-Agrandamiento del hígado
-Inflamación y dolor abdominal.
-Aumento de enzimas hepáticas
-Irritación ocular/ fotofobia
-Xerostomia, Disfagia.
-Ulceras dolorosas en la boca.
-Infecciones bacterianas.
-Obstrucciones en vías respiratorias.
-Hemorragia digestiva baja.
-En menor medida cistitis hemorragica.
-Perdida de peso.

TRATAMIENTO Y CONCLUSIONES

En las formas agudas y en los casos leves se tratara la piel con esteroides tópicos y en las situaciones mas graves tratamiento con esteroides intravenosos e Inmunosupresores como el Tacrolimus o Ciclosporina.

CONCLUSIONES :

Antes de realización de un trasplante de células madre se realiza un estudio riguroso de compatibilidad o emparejamiento con donantes elegibles , esto reducirá el riesgo de que se presente la EICH.
Siempre en lo posible los donantes serán miembros de la familia que sean estrechamente compatibles.
La prevención absoluta de la EICH no es posible y es un riesgo a tener en cuenta cuando se realiza el trasplante procedente de otra persona.

BIBLIOGRAFÍA

González Munguía Silvia, Pérez León Moisés, Piñero González Marta, Díaz Pestano Marina Magnolia, Molero Gómez Rafael, Luzardo Henríquez Hugo Daniel. Etanercept en la enfermedad de injerto contra huésped aguda refractaria a corticoides. Farm Hosp. [Internet]. 2015 Jun [citado 2019 Oct 01] ; 39(3): 147-151. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432015000300004&lng=es. http://dx.doi.org/10.7399/fh.2015.39.3.8000.

Zapata-Tarrés,López-Corella.(2014). Enfermedad injerto contra huésped en trasplante de células progenitoras hematopoyéticas. Acta pediátrica de México, 35(1), 45-54. Recuperado en 01 de octubre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0186-23912014000100008&lng=es&tlng=es.

TEMA 225. ANALGESIA OBSTÉTRICA: ORÍGENES, ESTADO ACTUAL Y NUEVOS HORIZONTES.

- ESTEFANIA MARTINEZ GONZALEZ
- MARTA MATEOS MAZÓN
- SANDRA ATIENZA RAMIREZ

ÍNDICE

- HISTORIA DE LA ANALGESIA EN TRABAJO DE PARTO

- ESTADO ACTUAL DE LA ANALGESIA OBSTÉTRICA

- MÉTODOS FARMACOLÓGICOS SISTÉMICOS: INHALATORIOS y PARENTERALES

- MÉTODOS FARMACOLÓGICOS REGIONALES: NEUROAXIALES/ BLOQUEOS NERVIOSOS/ INFILTRACIÓN LOCAL.

- MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS

- NUEVOS HORIZONTES

HISTORIA DE LA ANALGESIA EN TRABAJO DE PARTO

En 1847 el Dr. Simpson en Edimburgo introduce el concepto de analgesia obstétrica utilizando éter en un parturienta con “parto difícil” pero su olor picante, el riesgo de explosión y su recuperación retardada limitan su uso.

Poco después se introduce el cloroformo pero se encuentra con la negativa de la iglesia calvinista anglicana “Parirás con dolor” (Génesis 3:16)

En 1853 la Reina Victoria de Inglaterra reclama anestesia con cloroformo en su octavo parto y desde entonces la analgesia obstétrica piede su estigma religioso y comienza a generalizarse.

ESTADO ACTUAL DE LA ANALGESIA OBSTÉTRICA

En la siguiente tabla se da una visión general de todas las alternativas útiles para la analgesia en el trabajo de parto.

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS

SISTÉMICOS		REGIONALES		
		CENTRALES		PERIFÉRICOS
INHALATORIOS	ENDOVENOSOS	EPIDURAL	INTRADUAL	ANESTESIA LOCAL BLOQUEOS NERVIOSOS -PUDENDOS -PARACERVICAL

MÉTODOS No FARMACOLÓGICOS

- **Apoyo durante el parto**
- **Libertad de movimientos**
- **Inyección dérmica de agua estéril**
- **Inmersión en agua**
- **Psicoprofilaxis**
- **Acupuntura**
- **TENS**

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS SISTÉMICOS: INHALATORIO PARENTERALES

ANALGESIA INHALATORIA: Aunque se ha descrito la utilización de los gases halogenados para la analgesia en trabajo de parto, la tendencia actual es utilizar una mezcla de óxido nitroso con oxígeno al 50% (Entonox®, Kalinox®…), su uso está recomendado en las principales guias de asistencia al parto.

Beneficios: Puede ser autoadministrado por la gestante bajo la supervisión de la matrona, no requiere apenas entrenamiento, escasas consecuencias para el recién nacido, pocas contraindicaciones…

Efectos secundarios muy bajos y de escasa duración.

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS SISTÉMICOS: INHALATORIO y PARENTERALES

ANALGESIA PARENTERAL: La vía intramuscular, si bien es la vía preferida por muchas matronas, debe tender a desterrarse por su absorción errática y el dolor innecesario que provoca en la gestante.

Aunque históricamente se han utilizado mezclas de benzodiacepinas, neurolépticos y antihistamínicos esos compuestos según las guias vigentes sólo deben administrarse cuando el resto de alternativas farmacológicas no estén disponibles.

Actualmente sólo la administración endovenosa de remifentanilo en PCA (Patient Controlled Analgesia) está recomendada en las guias, aunque su calidad analgesica está por debajo de la analgesia neuroaxial.

MÉTODOS FARMACOLÓGICOS REGIONALES

BLOQUEO NERVIOSOS: El **Bloqueo Paracervical** es útil para el período de dilatación y el **Bloqueo de Pudendos** es útil para el dolor del expulsivo. Son técnicas no exentas de riesgos graves, poco utilizadas en los países desarrollados.

INFILTRACIÓN LOCAL: Realizada para cerrar la episiotomía.

MÉTODOS NEUROAXIALES: Comprenden la analgesia epidural e intradural, ambos términos no son sinónimos, en la siguiente tabla se muestran claramente sus diferencias.

	EPIDURAL	INTRADURAL
Abordaje	Cualquier nivel (En obstetricia L3-L4)	Por debajo de L1-L2 (En obstetricia L3-L4)
Espacio	Por fuera de la duramadre	Atravesando duramadre
Volumen de inyección	Hasta 20cc	No más de 3 cc
Indicaciones	Trabajo de parto/Cesárea	Expulsivo/ Cesárea
Inicio de acción	10-15 min	2-5 min
Duración de acción	Elevada (permite reinyección por catéter)	Limitada a única dosis de anestésico local.
Aguja	18 TUOHY	25-27 whitacre
Bloqueo motor	Dosis dependiente	SI

NUEVOS HORIZONTES

LA DEXMEDETOMIDINA es un fármaco Agonista selectivo de los receptores alfa2.

Ha sido recientemente introducido en España aunque lleva años utilizándose en Estados Unidos.

Aunque inicialmente en ficha técnica sólo ha entrado para sedación consciente en cuidados críticos, ya existen muchos trabajos publicados donde este fármaco es utilizado para sedaciones fuera de quirófano y se postula que próximamente será una buena alternativa a la PCA de Remifentanilo endovenoso.

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS

Los métodos no farmacológicos que han demostrado de forma significativa alivio del dolor durante el trabajo de parto han sido:

-Apoyo durante el embarazo y el parto. Psicoprofilaxs.

-Libertad de movimientos

-Inyección dérmica de agua estéril en el rombo de Michaelis

-Inmersión en agua

-Acupuntura

-TENS

BIBLIOGRAFÍA

- Kranke P, et al. Update in Obstetric Anesthesia - Tried and Trusted Methods, Controversies and New Perspectives. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2017 Nov;52(11-12):815-826.
- Hess PE. What's new in clinical obstetric anesthesia in 2015? Int J Obstet Anesth. 2017 Nov;32:54-63. Kranke P, Annecke T, et al. Anesthesia in obstetrics: Tried and trusted methods, current standards and new challenges. Anaesthesist. 2016 Jan;65(1):3-21.
- Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, 2010 (Actualizado 8 Marzo 2015). Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf

TEMA 226. ANALISIS DE ORINA.

- **MÓNICA MENÉNDEZ MÉNDEZ**

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

Se denomina análisis de orina al procedimiento encaminado a examinar las sustancias que se hallan en cantidad o proporción anormal en la orina. Con este procedimiento se puede comprobar si existe alguna patología como puede ser infección de vías urinarias, diabetes o problemas renales.

OBJETIVO

El objetivo de esta búsqueda sistemática es informar de los procedimientos y pruebas mas comunes.
Revelar la importancia de realizar dichas pruebas y sus métodos.
Conocer los diferentes diagnósticos resultados de realizar las analíticas de orina.

METODOLOGÍA

La metodología que se ha utilizado para la realización de este capitulo es una revisión bibliográfica donde como base de datos se utiliza principalmente el sistema informático apoyándose en distintos buscadores como son el buscador Google académico, Scielo, Plubmed y estableciendo como criterios de búsqueda: análisis de orina, cultivo, muestras, sedimento, urinocultivo.

RESULTADOS

TIPOS DE ANALISIS DE ORINA

- Urinoscopia: es una forma rápida de analizar la orina donde simplemente utilizamos para ello el color y el olor, es una técnica simplemente orientativa que necesita una confirmación a través de métodos químicos.
- Sedimento: método más habitual de realizar un análisis de orina, sirve para descubrir elementos como pueden ser algunos tipos de cristales, indicadores de cálculos y también algunas células q perjudicialmente se encuentran en la orina. Se suele realizar con una única micción.

RESULTADOS

- Tiras reactivas: como su nombre indica son unas tiras que se introducen en la orina recogida, es rápido de realizar y determina el nivel de glucosa en orina (diabetes), la bilirrubina (enfermedades hepáticas), PH o descartar la presencia de hematíes (hematuria) o bacterias (infección).

- Bioquímica: con ella se detectan sustancias expulsadas por el riñón y que puedan ser perjudiciales para el organismo (ej. Bilirrubina). Su recogida puede ser en una sola muestra o bien la orina de 24h.

RESULTADOS

- Urocultivo: detecta infecciones que hay en la orina, la recogida se realiza de forma estéril con un lavado minucioso de la zona genital. Gracias a este método se puede saber con más precisión el antibiótico específico necesario.
- Citología: se recoge durante 3 días y gracias a esta técnica se pueden detectar a través del microscopio células procedentes de tumores.
- Otras pruebas: para detectar sustancias dopantes o veneno y también a través de la orina se realiza el test de embarazo.

CONCLUSIONES

El análisis de orina es uno de los más frecuentes que existen en el campo de la medicina. Es un método fácil y de bajo coste que permite obtener información rápida del estado de salud de una persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Griggs, Kim. Urine specimen: collection. Aged Care JBI Database of Evidence Summaries. 2009.

- Jayasekara, Rasika. Urine Specimen: Mid Stream (MSSU) – Male. Infection Control JBI Dabatase of Evidence Summaries. 2009.

- Comisión de Cuidados de Enfermería de Área de Salud de Badajoz. Procedimientos de enfermería. Revisado 2008 y Abril 2009.

- Transportation and Preservation of Urine Specimens. Approved Guideline GP16 – a2 – Second Edition. Villanova, P.A. National Committee for Clinical Laboratory Standards. 2002.

BIBLIOGRAFÍA

- Sanchez Carrillo, C. & Guerrero Gómez, D. Recogida, transporte y procesamiento general de las muestras en el laboratorio de microbiología. Recogida, transporte y conservación de las muestras. 2ª edición. Procedimientos en Microbiología Clínica Recomendaciones de la SEIMC. 2003.

TEMA 227. DIABETES EN LA INFANCIA DIABETES MELLITUS TIPO 1.

- **MARÍA DE LOS ÁNGELES NAVARRO MORALES**

ÍNDICE

- 1 INTRODUCCIÓN A LA DM TIPO 1
- 2 COMPLICACIONES
- 3 INSULINA: TIPOS
- 4 CONTROL GLUCÉMICO
- 5 ADMINISTRACIÓN DE INSULINA
- 6 NIÑO DIABÉTICO
- 7 INFUSIÓN SUBCUTÁNEA DE INSULINA
- 8 CUIDADOS EN URGENCIAS
- 9 BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN A LA DM TIPO 1

La Diabetes Mellitus es una patología crónica que presenta niveles altos de glucosa en sangre. Cuando se fabrica escasa insulina o las células son resistentes o las dos cosas, se produce una descompensación glúcida. El páncreas no puede manejar el incremento de glucosa y provoca la hiperglucemia.

La Diabetes Tipo 1 es una de las patologías infantiles crónicas más frecuentes. En ella, las células beta pancreáticas no segregan la suficiente insulina para metabolizar la glucosa, y por tanto no penetra en el interior de las células provocando un déficit energético que se traduce en un exceso de glucosa libre circulante.

La Hiperglucemia es la complicación por excelencia. Existen 2 tipos: La aguda y la crónica.

En una hiperglucemia de tipo agudo, los valores sanguíneos se elevan a 250 mg/dl o incluso más elevados. Los signos más característicos de este estado son los típicos signos de alarma: poliuria, polidipsia, polifagia, aliento cetónico, malestar, etc…

La Hiperglucemia crónica, mantiene la glucosa en sangre más alta de lo normal, pero sin grandes picos. A la larga, esto daña a los vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas, provocando patología vascular o neurológica secundaria a la Diabetes.

Las manifestaciones físicas y analíticas aparecen cuando se han perdido aproximadamente el 90% de las células beta.

Esta enfermedad es de aparición brusca en la mayoría de los casos.

Normalmente debuta con cetoacidosis en niños y adolescentes o es un descubrimiento accidental al realizar pruebas para la valoración de otra enfermedad.
El peso en estos niños puede estar disminuído.
La bibliografía al respecto señala, que un adecuado conocimiento y control de la enfermedad por parte de la familia y sobretodo del niño, puede prevenir patología ocular, renal, cardíaca y en el sistema nervioso central.

Las pruebas que se utilizan para determinar la diabetes es el análisis de sangre en ayunas y el test de sobrecarga oral a la glucosa, realizado en cualquier momento. En ambos casos, la glucemia debe estar por encima de 126 mg/dl

2. COMPLICACIONES

Las descompensaciones diabéticas, suponen el síndrome metabólico más grave. Pone en verdadero riesgo vital al enfermo pero pueden prevenirse si se posee la suficiente educación sanitaria. Las más graves y frecuentes son la hiperglucemia, que dentro de ella destacamos la cetoacidosis diabética y el síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico, y por el otro lado, la hipoglucemia

La cetoacidosis origina una glucemia por encima de 300 mg/dl y una acumulación excesiva en sangre y orina de cetonas por la descomposición de grasas, que resulta muy tóxica.

El Síndrome Hiperglucémico Hiperosmolar no cetósico, se

caracteriza por elevada concentración en sangre de glucosa, hiperosmolaridad plasmática y deshidratación extrema, lo que provoca un deterioro a nivel de la conciencia y puede estar acompañado de convulsiones.

La hipoglucemia surge cuando el nivel de azúcar en sangre está por debajo de 50-60 mg/dl. Provoca el conocido “Shock Insulínico” cuyos síntomas van desde tremulaciones, cefaleas, palidez, hormigueo en la boca, etc… En caso de que ocurra desvanecimiento, se administrará glucagón o un tratamiento de emergencia en el centro asistencial.

3. INSULINA: TIPOS

La insulina es una proteína bicatenaria de aminoácidos. Fue descubierta durante el verano de 1921 por Sir Frederick Grant Banting, y lo más característico de ella es su acción hipoglucemiante.
La glucemia recomendada en la población infantil afectada de Diabetes Mellitus I son entre 80 y 140 mg/dl en ayunas y en situación prepandial. 2 horas después de cualquier ingesta entre 100-180 mg/dl y durante el descanso nocturno a las 3 de la mañana, por encima de 80 mg/dl.

INSULINA REGULAR: Es la insulina de acción rápida. Se administra 30 minutos aproximadamente antes de cada comida

INSULINA LENTA: Posee una acción intermedia. Se le añade protamina para retardar la acción.

En la Diabetes Mellitus Tipo 1, las pautas insulínicas deben ser personalizadas en base al perfil de cada paciente. La insulinoterapia se incluye como parte del tratamiento global, en el que a través de un gran conocimiento de la nutrición se pueden realizar las modificaciones necesarias en la dieta, actividad física y/o pauta de insulina, con el fin de mantener glucemias estables en el rango de la normalidad.

4. CONTROL GLUCÉMICO

La determinación de los valores de glucosa se hace mediante la glucemia capilar. Se realiza a partir de una gota de sangre capilar obtenida de la yema del dedo. Es una técnica que no comporta dificultad y puede realizar el propio paciente.

Este control, en la población pediátrica, de debe realizar entre 6-7 veces al día. Cuantas más veces, mejor será el control. Es de vital importancia instruir al niño en la realización de esta técnica, insistiendo en el lavado previo de manos, por si hubieran restos de azúcar en ellas que pudieran contaminar la muestra y alterar los resultados.

Es importante llevar un registro de los valores obtenidos, ya que en las revisiones periódicas con el especialista, se estudiará tanto los datos obtenidos, como la alimentación, peso y altura.

Tanto los padres como el niño diabético, deberán aprender a administrar el tipo de insulina subcutánea y la cantidad que les habrá prescrito el médico.

5. ADMINISTRACIÓN DE INSULINA

La insulina debe ser administrada por vía subcutánea y ser almacenada en refrigeración.

Después de determinar la glucemia capilar, con la jeringa o boli de insulina, también denominado pluma, marcaremos las unidades a administrar.

Realizaremos un pliegue en la piel con la mano y la inyectaremos en un ángulo de 45 grados. Si usamos jeringa, tras introducir la aguja, aspiraremos. Si saliera sangre, retiramos y cambiamos de plano. Inyectar y soltar la piel.

Si se usa la pluma, marcaríamos las unidades, aplicamos en la zona escogida y pulsaríamos. Se retira igual que la jeringa.

Las agujas son de un solo uso.

6. NIÑO DIABÉTICO

Los cuidados en el niño diabético se basan en la insulinoterapia, soporte nutricional, actividad física y educación nutricional.

Se recomienda ejercicio aeróbico tal como correr, nadar, tenis, etc… tomando previamente 20-25 gramos de carbohidratos complejos con el fin de evitar una hipoglucemia. La educación en materia diabética, se realiza en torno a un equipo interdisciplinar y se debe iniciar tras el primer ingreso hospitalario.

Incluirá información sobre la enfermedad, el tratamiento con la insulina y las técnicas para el autocontrol. También se debe instruir en cómo determinar glucosuria y cetonuria, así como a saber actuar ante una hipoglucemia:

Dar líquidos azucarados si la hipoglucemia es leve y el niño está despierto o administrar glucagón (0´5 mg IM en niños menores de 10 años y 1 mg en mayores de esa edad) si es hipoglucemia grave y con pérdida de consciencia.

7. INFUSIÓN SUBCUTÁNEA CONTINUA DE INSULINA

Este dispositivo se ha convertido en el tratamiento de primera elección en jóvenes con DM tipo 1.

La infusión subcutánea continua de insulina ha demostrado disminuir las hipoglucemias manteniendo y mejorando el perfil glucémico en pacientes de Diabetes tipo 1.

Un ensayo clínico demostró una asombrosa reducción en la frecuencia y gravedad de sus complicaciones crónicas.

8. CUIDADOS EN URGENCIAS

Una hiperglucemia es dato suficiente para el ingreso en la zona de Observación. Se monitorizarían las constantes vitales del paciente incluso llegando a un sondaje vesical si precisara. Se canalizarán dos vías, para sueroterapia e infusión de insulina.

En caso de coma, se procederá a un SNG y catéter central para la PVC si fuera necesario. Se hidratará para reponer líquidos e iones perdidos y se administrará insulina IV según pauta médica.

En las primeras 2 horas se habrá infundido 1L de suero salino al 0´9% por hora. Seguidamente se reducirá la velocidad a 250-500 ml hora hasta que la glucemia esté por debajo de 250-300 mg/dl, situación en la que se añadirá suero

glucosado al 5%. La velocidad de infusión será el requerido según los resultados obtenidos en la observación y valoración continua de la TA, pulso, conciencia y diuresis.

El papel de Enfermería y Familia es sumamente relevante a la hora de instruir al niño a la hora de llevar a cabo el correcto cuidado de la enfermedad y para que pueda desarrollar su vida con un alto grado de autonomía para estabilizar su patología.

9. BIBLIOGRAFÍA

•Sánchez Rivero G. Historia de la diabetes. Gac Med Bol, [online]. 2007, vol.30, no.2. p.74-78. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662007000200016&lng=es&nrm=iso.ISSN 1012-2966

•La diabetes en niños y adolescentes [internet]. Madrid: Fundación para la diabetes; 2007. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/diabetesinfantil/la_diabetes/tipos_diabetes.htm

•Fundación para la diabetes [internet]. España: Registro de Fundaciones del Protectorado del Ministerio de Educación y Cultura; 2008. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/box02.htm

- Pérez Hernández R, Jiménez Rivera JJ, López Almaraz R, Díaz Gómez NM. Cuidados enfermeros en el niño diabético. En: Morales Gil IM, García Piñero JM, Cuidados intensivos pediátricos. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2010. p. 619-628.
- Merino de la Hoz F, Dura Dos MJ, Abajas Bustillo R, De la Hora Gutiérrez I. Diabetes. En: De la Fuente Ramos M. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. III. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 2004-2029.
- Portal de Salud, Junta de Andalucía [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social. [Revisado 2019 sep 12] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/diabetes/Lo_que_todos_debemos_saber_sobre_la_Diabetes_Mellitus/Controlando_la Diabetes_

• Alemzadeh R, Ali O. Diabetes Mellitus. En: RM Kliegman, ed. Kliedgman: Nelson enciclopedia de Pediatría. 19ª ed. Philadelphia, Pa: Saunders, online, 2011: cap 583. URL disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0002194/

•American Diabetes Association. Los estándares de cuidado médico en diabetes – 2012. Diabetes Care. 2012; 35 Suppl 1: S11-S63. URL disponible en: http://www.ncib.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0002194/

•Lavart A. Tratado de Endocrinología (I). Barcelona: Salvat; 1992.

•Sánchez Sánchez MD, Aguilera Muñoz I, Peñalver Pardines C, Sánchez Rodríguez A. Urgencias diabéticas. En Peñalver Pardines C (ed.). Manual práctico de Enfermería de Urgencias. Madris: Aula Médica; 1999.

• Gómez Balaguer M., Ginsanz A., Alonso C., Costa P. Rabdomiolisis y descompensación diabética hiperosmolar no cetoacidótica. Barcelona: Med Clin. 1989 Apr 8;92(13):517.
•American Diabetes Association. Hipoglucemia. Disponible en: http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/hipoglucemia.htm
•González Casado I.. Diabetes tipo 1: el pediatra y los nuevos tratamientos. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en internet]. [citado 2019 Sep 12]. URL disponible: http://www.scielo.iscii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pidS1139-76322009000600006&Ing=es.http://dx.doi.org/10.4321/S113-76322009000600006
.
•Porramón M. Particularidades de la medición de la glucemia capilar: aspectos técnicos, clínicos y legales. EndocrinoI Nutr 2004; 51 (7): 433-439

• Asociación para la atención y defensa del niño y adolescente diabético de Sevilla. ANADIS. Disponible en: http://www.anadis.net/Inscripcion.html
•Marí Sanchís A, Santos Palacios S, Escalada San Martín J. Criterios y fundamentos para la utilización de la bomba de insulina. FMC 2009; 16: 145-51

TEMA 229. IMPORTANCIA DE DISRUPTORES ENDOCRINOS EN EMBARAZO Y LACTANCIA.

- MARÍA LUISA FERNÁNDEZ GARCÍA
- LAURA RODRIGUEZ ALONSO
- SANDRA GARCÍA SÁNCHEZ

Índice

- **Introducción…… 4**
- **Material y método……..……..5**
- **Resultados……..……6**
  - **Relación entres disruptores y patologías…… 9**
  - **Exposición a disruptores y patología por sexos…….. 11**
  - **Dónde encontramos los diferentes disruptores……14**
  - **Mecanismos de acción……..16**
  - **Disruptores y embarazo……17**
  - **Factores que determinan la acción de los disruptores en el embarazo…..19**
  - **Exposición a disruptores en el embarazo y patologías asociadas……20**
  - **Estrategia comunitaria sobre alteradores endocrinos……..23**
  - **Qué podemos hacer para evitar los disruptores……25**
  - **Pesticidas organofosforados……26**
  - **Plásticos que desprenden sustancias……27**
  - **Disruptores en cosméticos……..29**
  - **Materiales utilizados en el hogar y su limpieza……..30**

- **Discusión……..31**
- **Conclusiones……..33**
- **Bibliografía……..35**

Introducción:

El concepto de disruptor endocrino engloba a todos aquellos compuestos químicos, que en contacto con organismos vivos, pueden alterar la función del sistema hormonal.
Ésta interacción con el sistema hormonal se lleva a cabo de varias formas:

- Imitando la acción de hormonas endógenas
- Antagonizando la acción de las hormonas.
- Alterando la síntesis y metabolismo hormonal.
- Modulando los niveles de los receptores hormonales.

Desde hace más de 30 años se encontraron patologías en distintas especies animales que estarían asociadas a sustancias químicas presentes en el medio ambiente con actividad hormonal.
Cada día se descubren nuevas sustancias que pueden actuar como disruptores endocrinos.

Material y método:

Búsqueda bibliográfica en la base de datos dialnet y cuidem. Las palabras utilizadas para la búsqueda han sido: disruptores endocrinos, embarazo, gestación. Únicamente se han aceptado artículos en castellano y hemos acotado la búsqueda a los artículos científicos publicados desde 2008 a 2019.

Resultados:

Los disruptores endocrinos son sustancias químicas, que en contacto con organismos vivos, son capaces de alterar su homeostasis hormonal.

Suelen ser compuestos que se acumulan fácilmente en el tejido adiposo de los organismos y se transmiten a la descendencia a través de la gestación y la lactancia materna (en ambos procesos se movilizaría los depósitos grasos de la madre).

En el caso de los disruptores endocrinos se habla de exposición universal por varios factores:

- ✓ Empleo generalizado
- ✓ Baja biodegradabilidad.
- ✓ Transporte por agua y aire.
- ✓ Bioacumulación en la cadena trófica.

Formas de interacción de los disruptores con nuestro sistema endocrino:

- ✓ Imitan la acción de hormonas endógenas.
- ✓ Antagonizan la acción de nuestras hormonas, tras unirse a los receptores.
- ✓ Alteran la síntesis y metabolismo hormonal (feed back negativo)
- ✓ Modulan los niveles de los receptores hormonales.

La exposición a disruptores tiene distinta repercusión, dependiendo de la etapa evolutiva del individuo.

En algunas etapas se considera que las consecuencias no son permanentes, es decir, una vez que cesa la exposición, desaparece el efecto. Sin embargo en la etapa embrionaria, fetal y primera infancia se consideran críticas por dos factores:

1. Metabolismo acelerado por el proceso de crecimiento.
2. Mecanismos de defensa no desarrollados. Individuo con inmadurez inmunológica, más vulnerable a agresiones.

Por ello la mujer en edad fértil, gestantes y niños, serán el centro de atención.

Relación entre disruptores y patología.

- Es difícil poder establecer una relación entre patología y disruptores debido a la cantidad de sustancias que pueden actuar como tales, la presencia de forma universal en nuestro medio y las limitaciones para establecer ésta relación.
- Normalmente los tejidos usados para determinar la concentración en un organismo son el tejido adiposo, el suero y la leche materna, por tener todos ellos alta concentración en lípidos y tener afinidad los disruptores por acumularse en tejidos con alta concentración lipídica.

Por otra parte, se han encontrado diferencias en la concentración de sustancias disruptoras en el tejido de distintas poblaciones, lo cuál podría explicarse por distintos hábitos dietéticos y uso diferente de productos entre las poblaciones estudiadas.

Exposición a disruptores y patología por sexo:

MUJERES

- Cáncer hormonodependiente
  - Mama
  - Ovario
- Esterilidad
- endometriosis

HOMBRES

- Disminución contaje espermático
- Alteraciones genitourinarias
  - Criptorquidia
  - Hipospadias
- Cáncer de testículo
- Cáncer de próstata
- Infertilidad.

Principales disruptores endocrinos:

Disruptor Endocrino	Vía Exposición	Recomendación
Parabenes	Cosmética	Prohibir su uso
Filtros UV: benzofenonas, canfenos, cinamatos	Solares	Prohibir su uso
PFOA	Teflón de las sartenes, envase de las palomitas de maíz y de la comida rápida	Utilizar sartenes de hierro fundido o cerámica
Alquilfenoles (polietoxilato -APE-, nonilenol, octilfenol)	Productos industriales (antioxidantes) y domésticos (surfactantes) Industria textil y papelera Espermicidas Agua depurada	Prohibir su uso
Dioxinas (PCDDs, TCDD) y Furanos (PCDFs)	Incineración materia orgánica en presencia cloro: producción PVC o papel, síntesis plaguicidas, metales o disolventes clorados	Incineración controlada Mayor consumo de proteínas vegetales

Disruptor Endocrino	Vía Exposición	Recomendación
Pesticidas organoclorados antiguos (**DDT**, DDD, DDE, dicofol, metoxicloro)	Ambiental (vida media 100 años). Sigue en uso en países no desarrollados (antimalaria)	Evitar consumo leche y grasas procedentes de zonas con residuos
Pesticidas organoclorados (Endosulfán)	Agricultura intensiva	Consumir productos ecológicos
Antifúngicos (Vinclozolina)	Agricultura	Evitar vino tinto que lo contenga
Bifenilos policlorados -PCBs- (Arocloro)	Transformadores eléctricos antiguos Pesticidas	Retirarlos
Bifenilos polibromados (PBBs y PBDEs)	Retardadores llama (textil)	Prohibir su uso en ropa
BPA-Policarbonato	Plásticos, biberones, CD, lentes	Recogida en puntos limpios No calentar los biberones o tuppers en el microondas
BPA-Resinas epoxi	Envases alimentarios de papel y cartón reciclados (aporta rigidez al envase)	Prohibir su uso
Poliestireno	Vasos de plástico, bandejas porespan	Prohibir su uso
Ftalatos (DBP, DEHP, BBP, DEHA...)	Botellas, chupetes, mordedores (ablandador o flexibilizador del plástico; antioxidantes),	Prohibir su uso

Dónde encontramos los diferentes disruptores:

- ✓Dioxinas y furanos: producción de paguicidas y blanqueamiento del papel.
- ✓Organoclorados persistentes (DDT) y organofosforados: pesticidas.
- ✓PBDE y PBB: retardantes de la llama, uso en revestimiento de objetos de uso cotidiano (tapicerías de sofás, interiores de vehículos, ordenadores....)
- ✓PAH: tabaco, gases de escapes de motores, emisiones de chimeneas e incendios. Se encuentran más elevados en ciudades con contaminación atmosférica.
- ✓Plásticos o recubrimientos poliméricos, algunos de ellos en contacto con alimentos (pescados y fruta envasada).
- ✓PCF: embalajes de comida rápida, cera de suelos e insecticidas.

- ✓ Fitoestrógenos: soja, legumbres de grano.
- ✓ BPA: estrógeno sintético usado en la industria de plásticos, recipientes de comida, botellas, interior de latas, biberones, papel térmico (recibos de cajeros), fórmulas infantiles y comidas con conservantes.
- ✓ Ftalatos: plastificantes en productos cosméticos, plásticos flexibles, tuberías de PVC, equipamiento médico, bolsas de sangre, recipientes de alimentos procesados. Son solubles en líquido amniótico.
- ✓ BPA, ftalatos y PBDE: polvo del hogar. Capacidad de bioacumulación.

Mecanismos de acción:

- Directos: El contaminante es estructuralmente similar a una molécula endógena del organismos. Ésta similitud hace que entre en la célula y altere procesos como mitosis, meiosis, diferenciación, apoptosis, reparación de ADN, interfiriendo en el metabolismo celular y tisular.
- Indirectos: La molécula contaminante debe ser bioactivada dentro del tracto gastrointestinal o en el hígado.

Los disruptores se unen a receptores hormonales pudiendo alterar rutas enzimáticas y pudiendo controlar la producción hormonal.

Disruptores y embarazo

En el embarazo las hormonas controlan procesos irreversibles de organización celular. En los adultos éstos efectos podrían ser reversibles una vez que cesa la exposición, sin embargo en el caso de los disruptores que actúan sobre un organismo durante la gestación pueden causar malformaciones que se manifiesten en el nacimiento o predisponer a enfermedades a lo largo de la vida.

Exposición materna

- Expo fetal transplacentaria.
- Neonatal y primera infancia (lactancia materna)

Plasticidad y adaptabilidad

- Cambios epigenéticos y fisiológicos en diversos tejidos.

Exposición paterna

- Cambios epigenéticos en diversos tejidos.

- Cambios ***epigenéticos en línea germinal***
  paso transgeneracional de cambios epigenéticos
  alteraciones fenotípicas (hipospadias, adenoma vaginal…)

Factores que determinan la acción de los disruptores en el embarazo.

- ✓ Edad gestacional
- ✓ Desarrollo del embrión/feto
- ✓ Grado de exposición
- ✓ Resistencia inmunológica
- ✓ Tiempo de exposición
- ✓ Intensidad
- ✓ Contaminación múltiple (efecto aditivo y sinérgico).
- ✓ Dinámica dosis-respuesta no definida.
- ✓ Efecto transgeneracional y epigenético (afecta a la descendencia y generaciones posteriores).
- ✓ Diversidad de mecanismos de acción.

Exposición a disruptores en el embarazo y patologías asociadas.

- Abortos.
- Muerte prenatal
- Bajo peso al nacer y crecimiento intrauterino retardado
- Retraso mental
- Cáncer
- Alteraciones del crecimiento
- Cambios hormonales
- Alteración de los receptores
- Defectos del desarrollo cerebral
- Alteración de los sistemas reproductivos. La diferenciación sexual intrauterina es dependiente de estrógenos y andrógenos.

- Andrógenos: diferenciación sexual masculina
- Andrógenos y estrógenos: diferenciación sexual femenina.

Los disruptores endocrinos actuarían simulando la acción de ésta hormonas, bloqueándolas y siendo responsables de malformaciones genitales.

Según el estudio INMA (Infancia y medio ambiente):

- ✓ Aparecen niveles variables de disruptores endocrinos en nuestras poblaciones, dependiendo del sexo, edad, nivel socieconómico, educación...
- ✓ El 100% de la población presenta niveles de plaguicidas en los distintos tejidos estudiados.
- ✓ Encontrados en cordón umbilical y placentas niveles elevados de disruptores lo que nos hace reflexionar sobre la exposición de éstos grupos.
- ✓ Niveles de metales 10 veces superiores a los encontrados en otros países.

Estrategia comunitaria sobre alteradores endocrinos:

Desde que se conocen los efectos de los disruptores se están tomando medidas para regular su uso en productos por parte de:

- EPA (Environmental Protection Agency)
- UE (Unión Europea) a través de la Estrategia comunitaria sobre alteradores endocrinos.

Ambos organismos se encargan de elaborar reglamentos de control sobre éstas sustancias.

- Desarrollando investigación sobre los compuestos químicos que aparecen en nuestro medio.
- Estableciendo métodos de ensayo homogéneos.
- Adaptando la legislación.

La UE desarrolló un reglamento para la clasificación y etiquetado de sustancias químicas (CLP).

Éste reglamento clasifica los productos químicos en 3 categorías:

- 1A- afectan a fertilidad/embrión o feto
- 1B-afectan a fertilidad/embrión o feto
- 2- sustancias que se sospecha que pueden hacerlo.

Sustancias carcinogénicas, mutagénicas y tóxicas para la reproducción (CMR)

Qué podemos hacer para evitar los disruptores

Pesticidas organofosforados (DDT,PCB,dioxinas).

Tienen la capacidad de bioacumularse en tejido graso.

La exposición durante la gestación estaría relacionada con la obesidad en la primera infancia.

El 90% proceden de los alimentos.

¿que hacer?, cómo evitarlos

- ✓ Elegir producto ecológico y de temporada.
- ✓ Lavar y pelar frutas.
- ✓ Disminuir consumo de grasas animales
- ✓ Alimentos frescos y poco procesados.

Plásticos que desprenden sustancias.

Relacionados en animales de experimentación con feminización y trastornos de la glucemia entre otros.

Se encuentran en el recubrimiento de latas de conservas, biberones de plástico, envases de precocinados, papel térmico, billetes, papel reciclado, decoración impresa de ropas, bandejas de espuma usadas en el envasado de alimentos, botellas de agua, antiadherentes de sartenes y cacerolas.

¿Qué hacer para evitarlos?

La primera medida es saber localizarlos aprendiendo a interpretar las etiquetas de plásticos y buscar alternativas como el cristal para envasar líquidos y alimentos.

CÓDIGOS DE IDENTIFICACIÓN DE RESINAS DE PLÁSTICO

Comprobar el símbolo en el fondo del producto o en el etiquetado.

Productos plasticos MAS SEGUROS. 2, 4 y 5

Las botellas marcadas con el código (1. PET ó PETE). Polietileno de tereftalato. Se deben utilizar solamente una vez, en sucesivas veces podría desprender DEHP un ftalato toxico.

Plásticos que hay que evitar

PVC o Vinilo pueden contener ftalatos

Espuma de poliestireno

Puede contener Bisfenol A

BPA FREE

COMPRA CON SENTIDO COMÚN
EVITA LOS TÓXICOS

Disruptoes en cosméticos:

Triclosán, parabenes, ftalatos y almizcles sintéticos son algunos de ellos aunque la lista de disruptores usados en cosmética es mucho más larga.

Este grupo de disruptores podríamos evitarlos:

- Racionalizando el uso de cosméticos
- Aprendiendo a interpretar la etiqueta de los productos
- Buscando productos libres de parabenes, cosmética natural con certificado
- Elaborando cremas y jabones.

Materiales usados en el hogar y en su limpieza

Los materiales con los que se fabrican nuestras casas, los muebles y electrodomésticos incluso los productos de limpieza que usamos son una fuente de contaminación química.

Algunas medidas pueden ser útiles para reducir ésta contaminación:

- ✓ Adecuada ventilación del coche y el hogar
- ✓ Restringir aerosoles
- ✓ Evitar ambientadores y disolventes
- ✓ Reflexionar sobre los productos usados en la limpieza del hogar (menos químicos, limpieza con paño húmedo, usar remedidos caseros como vinagre de limpieza, limón, bicarbonato.

Discusión

Tras nuestra revisión bibliográfica sobre disruptores endocrinos y su influencia en el embarazo, vemos que hay múltiples sustancias que pueden alterar nuestro equilibrio hormonal traduciéndose en diversas patologías.

Por otra parte estamos viendo que tras la demostración y retirada mediante legislaciones, de productos conocidos como disruptores, éstos son sustituidos por sustancias que nuevamente se prueba que pueden actuar como disruptores para los organismos.

Nos referimos a los disruptores endocrinos como sustancias “ubicuas”, es decir, presentes en muchos lugares y situaciones.

Debido a ésta presencia masiva en nuestro alrededor es prácticamente imposible evitar su exposición.

La exposición a éstas sustancias tiene diferentes efectos dependiendo del desarrollo de organismo, así los peridos más vulnerables son el período embrionario y fetal y la primera infancia, debido a la inmadurez, falta de mecanismos de defensa y la gran cantidad de divisiones celulares que ocurren en éstos períodos en los que la influencia hormonal es clave.

A la hora de extraer conclusiones, dificulta el estudio la exposición múltiple, los mecanismos de acción complejos y la dinámica dosis respuesta no definida.

Por lo comentario anteriormente, nos encontramos ante resultados no concluyentes y en ocasiones contradictorios.

Conclusiones:

Como conclusiones de nuestro trabajo debemos plantearnos que a pesar de la presencia universal de disruptores en nuestro medio debemos adoptar una postura activa a la hora de seleccionar productos de consumo y uso, siendo críticos y aplicando el conocimiento sobre las distintas sustancias que a día de hoy se conoce que tienen efectos disruptores, tratando de evitar esos productos, disminuyendo y racionalizando su consumo.

Debemos ser conscientes que no es posible ni real evitarlos totalmente, pero que toda aquella disminución en la exposición reportará beneficios.

Por último recalcar que las mujeres en edad fértil, embarazadas y niños en la primera infancia serían los colectivos más vulnerables.

La legislación que regula la seguridad de los productos puede parecer que avanza más lenta que los hallazgos sobre disruptores endocrinos y los tiempos para adaptar las normativas en ocasiones se dilatan, por eso las medidas tomadas a nivel individual y la información de la que disponen los individuos sobre éstas sustancias, puede ser importante para tomar medidas a nivel individual y cambiar nuestro entorno.

Bibliografía:

- Jiménez M, Rivas Velasco AM, Olea F, Olea Serrano N, Granda A. Exposición humana a disruptores endocrinos. Ecosistemas: Revista científica y técnica de ecología y medio ambiente, 2004;ISSN-e 1697-2473, Vol.13,Nº3.
- Llopis González A, Dueñas C, Huerta V, Morales Suárez-Varela MM. Efectos de la alteración endocrina durante la gestación: Revista de Salud Ambiental, 2014;ISSN-e 1697-2791,Nº14, 1
- Disruptores endocrinos, ¿suficiente evidencia para actuar? Gaceta Sanitaria, 2014;ISSN 0213-9111
- https://www.dietacoherente.com/disruptores-endocrinos-efectos-y-fuentes-principales/

- https://www.astursalud.es/documents/31867/218612/Disruptores-Consejer%C3%ADa+unificada.pdf/a333a555-808f-be37-c4d7-c8c4612f5779
- Moreno Márquez EM, Núñez Álvarez A. Disruptores endocrinos, un posible riesgo tóxico en productos de consumo habitual. Unirevista.es; 2012 ISSN-e2254-7169 Nº1, pags 35-43
- Fernández Cabrera M. Exposición a bisfenol A: efectos sobre la reproducción, neurodesarrollo y obesidad/metabolismo. Tesis de la Universidad de Granada;2018

TEMA 229. ENFERMERIA ESCOLAR: LABORES E IMPORTANCIA.

- CRISTINA CRESPO IMAZ
- PAULA OTERO GONZALEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. METODOLOGIA
4. RESULTADOS
5. DISCUSIÓN
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La enfermera escolar es el profesional que dentro del ámbito del centro y coordinada con el equipo escolar le incumbe la responsabilidad de proporcionar los cuidados propios de su competencia al alumno/a de modo directo, integral o individualizado. En el ámbito educativo, además han de capacitar al individuo y al colectivo escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de salud.

2. OBJETIVO

1. Analizar la importancia de la presencia continuada de enfermería en los centros escolares.

3. METODOLOGIA

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la enfermería escolar en bases de datos como Cuiden con las palabras clave “Enfermería escolar ” entre los meses de Agosto y Septiembre de 2019.

3. RESULTADOS

La enfermería escolar en España no se encuentra institucionalizada de forma general.

En cuanto a las labores podríamos dividirlas en dos grandes grupos, una asistencial y otra de promoción de la salud.

Asistencial: Cabe destacar la atención en accidentes escolares, reacciones alérgicas, atragantamientos o la atención y seguimiento en enfermedades crónicas cada vez más frecuentes como son la Diabetes Mellitus y el asma.

Promoción de la salud: Tarea multidisciplinar en labores como alimentación, sexualidad, higiene, seguridad, etc.

4.DISCUSIÓN

La presencia de personal de enfermería en los centros educativos, se hace necesaria, no sólo como personal imprescindible para aportar la asistencia respecto a necesidades sanitarias específicas, sino también como para dirigir y desarrollar programas de educación y promoción de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garcia-Blanco, L (2017) Una mirada profesional sobre la enfermería escolar. *Nuberos Científica*, 3 (21) : 44-49. Disponible en : http://www.index-f.com/nuberos/2017/2144r.php

2. Gallego de Pardo Gloria Patricia. Una estrategia de enfermería escolar en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Aquichan [Internet]. 2003 Dec [cited 2019 Sept. 01] ; 3(1): 42-47. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100007&lng=en.

TEMA 230. ANEMIA PERNICIOSA.

- ELENA CALATRAVA LOPEZ-RONCO
- ANDREA CAYUELA LOPEZ
- MARIA JOSE AYALA HERNANDEZ

-ANTECEDENTES PERSONALES

NAMC.

No enfermedades de interés. Tratamiento domiciliario: no refiere

- MOTIVO DE CONSULTA

Varón 33 años acude a consulta atención primaria por episodio de malestar general y astenia de dos semanas de evolución que ha empeorado en últimos días junto con aparición de lesiones en mucosa oral que dificultan la ingesta. Afebril

No dolor abdominal ni nauseas ni vómitos. Hábito intestinal sin alteraciones, heces sin productos patológicos

No tos ni mucosidad, no odinofagia. No sd miccional. No otra sintomatología de interés.

-EXPLORACIÓN FÍSICA

Buen estado general, consciente y orientado, palidez mucocutanea y leve tinte ictérico. Eupneico en reposo

Cabeza y cuello: faringe hiperemica sin exudados, llagas en lengua y paladar duro no se palpan adenopatías

ACR: tonos cardiacos rítmicos, sin soplos, MVC

Neuro: PICNR, MOC, no focalidad PC

Abdomen: blando depresible sin signos de irritación peritoneal, no masas ni megalis, Murphy negativo

MMII: no edemas ni signos de TVP

Se solicita Analitica sangre preferente y se pauta aftex gel para llagas, alos dos días avisan de laboratorio por Hb 5,7, se deriva a Hospital de referencia para transfusión y estudio.

-PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

*Analítica: Hb 5.7, VCM 120, plaquetas 51000, leucocitos 32000 neutrófilos 1700, linfocitos 16000, glucosa 94, creatinina 0,77, Bilirrubnina total: 1.51, BD 0.26, BI 1.25, GOT 73, GPT 49, LDH 3329, sodio 137, potasio 3.86, PCR 0.38

Coaguñación: normal

Tras observarse una pancitopenia se interconsulta a hematología con posterior ingreso a su cargo.

*Frotis sangre periférica: serie roja predominantemente macrocítica con anisopoiquilocitosis. Serie blanca neutrófilos hiperesegmentados, monocitos vacuolados, algunos linfocitos acyivados. Se confirma trombopenia, no agregados plaquetarios, en extensión se observan 2 linfoblastos, 3 eritroblastos. Recuento manual: neutrófilos 39% linfocitos 51%monocitos 8% eosinofilos 2%

* Vitamina B12: 23, haptoglobina<30

*Inmunofenotipo sangre periférica: No se observan alteraciones en la distribución ni perfiles inmunofenotípicos de las poblaciones leucocitarias. No se observan blastos ni linfoides
*Series no linfoides CD13 55.9%, CD14 3.7%, CD15 54.7%, CD33 44.4%, CD34 0.1%, CD117 0.2%, HLA-DR 5.5%, eosinofilos 5.5%
*Serología, hepatitis B y C, lúes y VIH negativa. TCD: negativo
*Inmunoglobulina: En valores de referencia. Hormonas tiroides sin alteraciones
Ac anti FI: negativo, Ac anti células parietales: 1/160
*Endoscopia digestiva alta: Esófago normoconfigurado con calibre y distensión normalesbilidad. Transición a los 39cm de la arcada dentaria con ascenso 3 lenguetas blanquecinas de 2 cm, se toman biopsias. Estomago: mucosa de fundus aspecto delgazado se toman biopsias para estudio gastritis autoinmune. Antro cuerpo y duodeno sin lesiones.

- JUICIO CLINICO: Anemia megaloblástica por déficit vitamina B12

-DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Sindorme mielodisplasico, mielofibrosis, leucemia, Lupus, hiperesplenismo, alcohol

-CONCLUSIÓN:

La causa más común de anemia macrocítica es la anemia megaloblástica, en la que existe una síntesis anormal de ADN de los precursores eritroides y mieloides, lo que da lugar a hematopoyesis ineficaz (anemia, leucopenia y trombopenia) y cuya causa más frecuente en nuestro medio es consecuencia de un déficit de vitamina B12 debido a su vez a la disminución de factor intrínseco (FI) por atrofia de la mucosa gástrica o por destrucción autoinmune de las células parietales.

-BIBLIOGRAFIA

1. Carmel R: Megaloblastic Anemias: Disorders of impaired DNA synthesis. En: Wintrobe´s Clinical Hematology. 11th. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p.1367-1388.
2. Babior BM, Bunn HF: Megaloblastic anemias. En: Harrrison´s Principles of Internal Medicine. Dennos L. Harper (Editors). 16th. ed. New York: McGraw-Hill; 2005. p. 601-607.

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

ÍNDICE

- GLOSARIO DE ABREBIATURAS
- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

GLOSARIO DE ABREBIATURAS

- **ACNEE:** Alumnos con Necesidades Educativas Especiales.
- **BOPA**: Boletín Oficial del Principado de Asturias.
- **CEE**: Centros de Educación Especial.
- **CEO**: Centros de Educación Ordinaria.
- **EPS**: Educación Para la Educación.
- **NASN**: National Association of School Nurses.
- **ONESP**: Organización Nacional de Enfermería en Salud Pública.

INTRODUCCIÓN

Enfermería Escolar

La enfermera escolar está capacitada para la asistencia básica en los CEE de Integración y en los Centros de Enseñanza Ordinaria (CEO). Puede atender los problemas de los Alumnos Con Necesidades Educativas Especiales (ACNEE) y de los alumnos con enfermedades crónicas, y en el caso de que fuera necesario llama a los servicios de emergencia para llevar a la persona enferma al hospital más cercano.

Epidemiología

Los niños y adolescentes, en sus centros educativos, sufren diferentes tipos de enfermedades como el asma, alergias, diabetes mellitus. Por otra parte, ha incrementado la obesidad infantil del 1,8% al 7,2%. Estos niños, también sufren accidentes infantiles, un alto porcentaje en el centro escolar, siendo mayor en España que en el resto de Europa.

Funciones de la enfermera escolar dentro de los centros educativos

Las 4 funciones de la enfermería profesional establecida para la enfermera escolar son:

- **Función Asistencial**: La enfermera se debe encargar de promocionar, proteger, mantener y rehabilitar la salud.
- **Función Docente**: Se encarga de promover la educación para la salud, tanto en alumnos, padres y personal docente.

- **Función Investigadora**: La enfermera debe realizar a lo largo de su vida laboral un constante estudio de la realidad para llegar a profundizar en el crecimiento enfermero con el objetivo de mejorar la calidad de vida, no solo de sus alumnos, sino también de padres y profesores.
- **Función Gestora**: La enfermera se encarga también de planificar y organizar todas las actuaciones…

Situación Europea y Estadounidense

La enfermera escolar surge en Londres en 1891 y desde entonces está en continuo desarrollo. En 1897 se crearon los primeros puestos y 11 años después se extendió por países europeos como Escocia, Suecia y Francia. Tras dos años llegó está figura a Boston donde se realizó un estudio relacionado con el absentismo escolar. Gracias a este estudio se introdujeron profesionales de enfermería en múltiples centros educativos.

La Organización Nacional de Enfermería en Salud Pública declaró como un existo en la educación sanitaria la unión entre docentes y enfermeros. El término *"School Nursing"* se utiliza desde 1999 para nombrar a los enfermeros escolares y fue designado por la *"National Association os School Nurses"*. Hoy en día más del 75% de las escuelas en EEUU cuentan con enfermeros en sus escuelas.

Situación Española

A día de hoy, solo existen médicos escolares en Andalucía, que ni si quiera trabajan directamente en los colegios, sino que forman parte de los Equipos de Orientación Escolar de la zona.

En Madrid, hay un médico en un centro de Educación Especial (CEE).

La enfermera escolar se trata de una profesional que está capacitada para la asistencia básica en CEE y en Centros de Enseñanza Ordinaria (CEO).

OBJETIVOS

- Conocer hasta donde ha llegado a día de hoy la enfermería escolar en España comparándola con la enfermería escolar que ha llegado al resto de Europa y Estados Unidos.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre las diferencias que existen entre España, el resto de Europa y EEUU en cuanto al papel de la enfermera escolar utilizando las fuentes Pubmed y Google Académico.

Con la información obtenida, se realizó una comparativa de las características que presentaban España en comparación con el resto de los países de Europa y EEUU.

RESULTADOS

- La enfermería escolar en Europa a llegado a centros escolares de educación pública en muchos de sus países.
- En EEUU más del 75% de los centros escolares cuentan con esta figura a tiempo completo.

- Hasta ahora, las enfermeras escolares de España trabajan en:
  - Colegios privados y de carácter extranjero.
  - Colegios públicos específicos de educación especial.
  - Colegios ordinarios que integran niños con problemas de salud crónicos.

CONCLUSIONES

- A diferencia del resto del mundo, España solo cuenta con la figura de la enfermería escolar en CEE.
- Los niños con enfermedades crónicas asisten menos a clase cuando no existe la figura de la enfermera escolar en el centro docente.

BIBLIOGRAFÍA

•Ruiz-Ramos M., Escolar-Pujolar A., Mayoral-Sánchez E., Corral-San Laureano F., Fernández-Fernández I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. Gac Sanit. 2006;20: 15-24.

•Fernández F, Rebolledo DM, Velandia, AL. Salud escolar, ¿por qué el

profesional de enfermería en las escuelas españolas? Rev Hacia la Promoción de la Salud [revista en internet]. 2006. [acceso 23 de septiembre de 2019]; 11: 21-8. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126325004

- Ortiz MM, Ávila JA, Fernández F, García-Caro Y, Medina JL, Juárez F et al. Perfil de la enfermería escolar. [monografía en internet], Valencia: Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar; 2009 [acceso el 19 de Septiembre del 2019]. Disponible en: http://www.sce3.com/uploads/5/9/7/0/5970719/perfil_enf_escolar_gandia_2009 . Pdf
- Amanda EC. Enfermería Escolar, la situación hoy en día. Revista Enfermería CVL (2015), Vol. 7, núm. 1. [acceso 21 de Septiembre del 2019]. Disponible en: http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view

- Mejores Colegios. La importancia de una alimentación equilibrada en casa y en el colegio. Madrid. [acceso 20 de Septiembre del 2019] http://www.mejorescolegios.es/la-importancia-de-una-alimentacion-equilibradaen-casa-y-en-el-colegio/

- Rosy DJ. Enfermeras escolares, una inversión rentable. Mundo Sanitario. Septiembre del 2019; 392: 7

TEMA 232. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA.

- JUANA MARIA TRINIDAD MONTERO
- ANA GARCÍA DANTAS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- CONCEPTO Y EPIDEMIOLOGIA.
- ASPECTOS PSICOLÓGICOS.
- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA.
- BENEFICIOS DE LA AYUDA PSICOLÓGICA.
- CONCLUSIONES.
- BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

Una de las situaciones mas difíciles a las que se pueden enfrentar una persona o una pareja, es a las dificultades para tener hijos, cuando existe un deseo claro de ser padres.[1]

La asistencia integral de la pareja con problemas de esterilidad debe incluir soporte psicológico desde el primer momento en que ésta tiene conocimiento de su infertilidad. [1]

CONCEPTO Y EPIDEMIOLOGÍA

La esterilidad es la incapacidad para lograr la gestación tras un año de relaciones sexuales con frecuencia normal y sin uso de ningún método anticonceptivo.

Esta afecta al 15% de la población en edad reproductiva de los países occidentales.

En España, según los datos ofrecidos por Coroleu (presidente de la Sociedad Española de Fertilidad), en torno a 800.000 parejas tienen problemas para tener hijos y 30.000 parejas se someten anualmente a tratamientos de reproducción asistida, de las cuales nacen 7.000 niños.[2]

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Desear tener un hijo y no poder alcanzar ese deseo espontáneamente es fuente de estrés, angustia y, en algunos casos, depresión.[2]

El estrés esta muy relacionado con la experiencia de infertilidad, debido a la incertidumbre que conlleva este proceso.
La situación genera sensación de incertidumbre y de falta de control que dará lugar a respuestas psicológicas diversas.
Dependerán de los recursos psicológicos personales, la relación de pareja, la intercomunicación, el estado de animo general, otros eventos, … el afrontamiento la situación. [3]

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Cualquier crisis en el ciclo de vida de una persona presenta además una serie de carácterísticas:

- A nivel cognitivo: se ven desbordadas las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento habitualmente utilizados.
- A nivel psicológico: al estado inicial de shock emocional se siguen sentimientos de negación, confusión, temor, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, culpa, excitabilidad e inquietud.
- A nivel fisiológico: reacciones de estrés general.

El propio tratamiento médico es fuente de alteraciones emocionales.[1]

CULPA-CULPABILIZACIÓN

Es un sentimiento muy común entre las personas infértiles. En el intento de determinar el porque de su infertilidad, un miembro de la pareja puede pensar que sus anteriores comportamientos han podido causar el problema.

Piensan que han sido castigadas por sus actividades sexuales anteriores o por alguna interrupción de embarazo voluntaria. Lamentarse por haber utilizado anticonceptivos.

El miembro infértil siente que esta privando a su pareja de la oportunidad de tener hijos.[1]

ESTADOS DE ÁNIMO

Ansiedad:

Anticipación negativa de sobre los resultados del tto. Dudas sobre la salud de la paciente como del bebe. No adaptación.

Depresión:

Por desbordamiento de las propias habilidades de afrontamiento, dificultades de pareja, culpa, aislamiento,…

Enfado:

¿por qué a mi?

Tristeza VS esperanza:

Oscilación del humor es característica [2]

RELACIÓN DE PAREJA

Se someten a un régimen medico estresante de visitas continuas. La infertilidad supone una carga en la vida de las parejas, afectando a su estado emociona, social, físico, ocupacional e incluso intelectual.

Cada miembro puede responder de forma diferente. Como resultado de estas diferencias, uno puede sentir resentimiento porque el otro no esta experimentando las mismas emociones y/o al mismo nivel.

Dificultades para comunicarse.

La vida sexual se ve afectada disminuyendo la calidad y frecuencia de las relaciones sexuales. [1]

AISLAMIENTO SOCIAL Y PERSONAL

Suele tener dificultades para explicar a su entorno sus problemas reproductivos, dado que existen mitos y tabúes relativos a la infertilidad.

En muchas ocasiones, expresan su malestar ante el desconocimiento que la sociedad tiene de este problema.[1]

APOYO SOCIAL

Es una importante fuente de amortiguación de las consecuencias del estrés.

Puede mediar entre la respuesta de estrés de la persona afectada y el resultado.

Pero también puede ser un factor estresante, si los demás presionan y preguntan sobre si los resultados del tratamiento son positivos.[1]

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN MEDICINA REPRODUCTIVA

La revisión de la literatura existente indica que entre el 25% y el 65% de los pacientes que asisten a clínicas de infertilidad presentan síntomas psicológicos de significación clínica, principalmente ansiedad (Guerra, 1998).[1]

Se observa mayor morbilidad psiquiátrica en función del numero de ciclos realizados, es decir, a mayor tiempo dedicado sin resultados positivos.[1]

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN MEDICINA REPRODUCTIVA

Cualquiera puede utilizar el apoyo profesional, pero existen grupos que necesitan intervención psicológica especializada:

- Pacientes que utilizan gametos donados, subrogación y/o adopción para lograr la paternidad.
- Los pacientes que experimentan mucho distrés.
- Pacientes que se consideran en riesgo por antecedentes psicológicos o por su perfil actual.
- Abortos de repetición, por lo que significaría el fracaso repetido y duelo.[1]

OBJETIVO GENERAL

El objetivo básico es asegurar que los pacientes comprendan las implicaciones de sus opciones de tratamiento, reciban suficiente apoyo emocional y puedan enfrentarse de forma saludable a las consecuencias de la experiencia de infertilidad, así como aliviar la sintomatología existente.[1]

TÉCNICAS ESPECÍFICAS

El abordaje psicológico se centrara en :

- Reestructuración cognitiva, flexibilizando ideas y creencias sobre el rol de la maternidad y paternidad.
- Diagnosticar y evaluar todas las causas psicológicas que puedan interferir en los tratamientos, así como, a través de un mecanismo psicosomático, ser causantes en parte de la infertilidad.
- Entrenar en la resolución de problemas. Ayudar a los pacientes a resolver los posibles conflictos interiores causados por la confrontación entre su educación y creencias religiosas y los posibles tratamientos, guiándoles hacia posibilidades terapéuticas congruentes con su disposición moral.
- Aliviar los efectos de la ansiedad y angustia que producen los tratamientos. [3]

TÉCNICAS ESPECÍFICAS

- Trabajar la influencia de las fantasías sobre el problema. Desde las más irracionales, casi mágicas (mal de ojo, el fatalismo o destino, Dios...), hasta las fantasías de curación. Durante el proceso terapéutico, van a surgir ideas más adaptadas a la realidad, que incluyen por supuesto, la aceptación del problema, aprender a vivir con él, y contemplar alternativas diferentes a la reproducción asistida como medio para tener hijos.
- Favorecer la construcción de una nueva identidad. Construir una normalidad que discrepa de la mayoría. Revalorizar la identidad femenina, basada en otros aspectos que no sean la maternidad. Fijar objetivos e ideales que no sean tener hijos, verlos crecer. Sentirse maduros con respecto a la familia de origen y frente a la sociedad, aunque no desempeñen el rol de padres. [3]

BENEFICIOS DE LA AYUDA PSICOLÓGICA

Diversos estudios tanto nacionales como internacionales analizan los resultados de la intervención psicológica tanto individual como grupal (Domar, Siebel y Benson, 1990, Domar et al., 1992, Domar, Zuttermeister y Friedman, 1999, Tuschen-Caffier et al., 1999) concluyen:

- Diminución de los niveles de ansiedad, estrés y depresión.
- Mayor autocontrol emocional.
- Mayor autocontrol cognitivo para neutralizar los PANs, las anticipaciones de fracaso y las reevaluaciones de estos.
- Refuerzo de la autoestima.
- Mayor optimismo y cooperación en el tto.[1]

BENEFICIOS DE LA AYUDA PSICOLÓGICA

Incremento de la confianza y comunicación con el equipo médico.

Mejora de las dificultades de relación de pareja surgidas como consecuencia de los tto.

Aumento de la percepción de calidad de vida y bienestar personal.

Incremento de la percepción de control frente al seguimiento pasivo de los tto.

Toma de decisiones mas adecuada y una mejor integración de todo el proceso medico.

Prevención y mejoría del ajuste psicológico cuando la situación de infertilidad se alarga. [1]

CONCLUSIONES

A partir del impacto social y los avances científicos en el campo de la RA, ha aumentado la demanda. Así como también la investigación de los profesionales de la SM.[1]

CONCLUSIONES

La información que se ha venido analizado sobre las distintas repercusiones psicológicas pone de relieve la necesidad de la actuación del psicólogo en este campo de atención a las parejas con problemas de infertilidad, y especialmente la intervención con el subgrupo problemático.[1]

Finalmente, ha de tenerse en cuenta que si se quiere enfrentar el problema de la infertilidad en los países en desarrollo deben diseñarse, además, programas que incluyan recursos en nivel de comunidad e intervenciones basadas en la comunidad para que se puedan desmitificar las causas de la infertilidad y dar a conocer por qué se produce y cómo se puede tratar mejor (Papreen et al, 2000)[4]

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Fertilidad. Guías de evaluación, consejo apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida. Revista Iberoamericana de fertilidad.
2. Sociedad Española de Fertilidad. Fertilidad y reproducción asistida. Madrid; 2012
3. Sociedad Española de Fertilidad. Guías de evaluación, consejo apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida 2º Parte. Revista Iberoamericana de fertilidad. 2009; 26(1):1-85
4. Agosto M, Del R, General C, Oficiales DEC, Del P, Asociada PP, et al. El impacto psicológico de la infertilidad. Papeles del Psicólogo. 2008;29(2):158-166.

TEMA 233. ENCEFALITIS HERPÉTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

- MARÍA MARTÍNEZ ZARCO
- ESTER MARÍN CONESA
- ISABEL PELLICER ESPINOSA

ÍNDICE

1. EN URGENCIAS
2. EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA
3. EN UCI
4. EN PLANTA DE NEUROLOGÍA
5. DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA
6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
7. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
8. TRATAMIENTO
9. EVOLUCIÓN FINAL
10. DISCUSIÓN
11. BIBLIOGRAFÍA

1. EN URGENCIAS

Mujer de 68 que consultó por fiebre, mareo y abundante expectoración.

•Antecedentes Personales:
-Alergia a Penicilina. No FRCV. No hábitos tóxicos.
-Asma intrínseco. Hipoacusia neurosensorial derecha.
-Histerectomía vaginal con colpoplastia anterior y posterior
-Situación Basal: independiente para ABVD. Sin deterioro cognitivo.

•Tratamiento crónico: Lorazepam 1mg 1/12h, Paracetamol 1g 1/8h, Carbonato cálcico/Colecalciferol 600g/1000 UI 1/24 horas, Omeprazol 20mg 1/24h, Fluticasona/Vilanterol 92/22mg 1 inh/24 h; Atorvastatina 10mg 1/24h; Condroitin sulfato/Glucosamina 200/250 mg 1/12h.

1. EN URGENCIAS

1.1 EXPLORACIÓN FÍSICA

Buen estado general, normocoloreada, bien hidratada, bien perfundida. TA: 115/78 mmHg, FC: 95 lpm, Tª 38’2ºC, SpO2 93%. AC: rítmica, sin soplos. AP: MVC, con sibilantes dispersos en ambos hemitórax. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. MMII: sin edemas ni signos de TVP, pulsos pedios presentes y simétricos.

Exploración neurológica: desorientada en tiempo y espacio, resto normal.

1.2 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

-Hemograma y bioquímica: con hemoglobina de 11’1 g/dL y hematocrito de 34’6%; leucocitos de 6’0 $10^{3/}$uL (valores normales, con predominio de polimorfonucleares). Resto de parámetros dentro de valores normales.

1. EN URGENCIAS

1.2 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

-Gasometría venosa: normal.

-ECG: ritmo sinusal a 78 lpm, PR normal (0’16), QRS estrecho a -60º y hemibloqueo anterior izquierdo ya conocido.

-Rx tórax: normal, sin infiltrados ni datos de derrame pleural (Imagen 1).

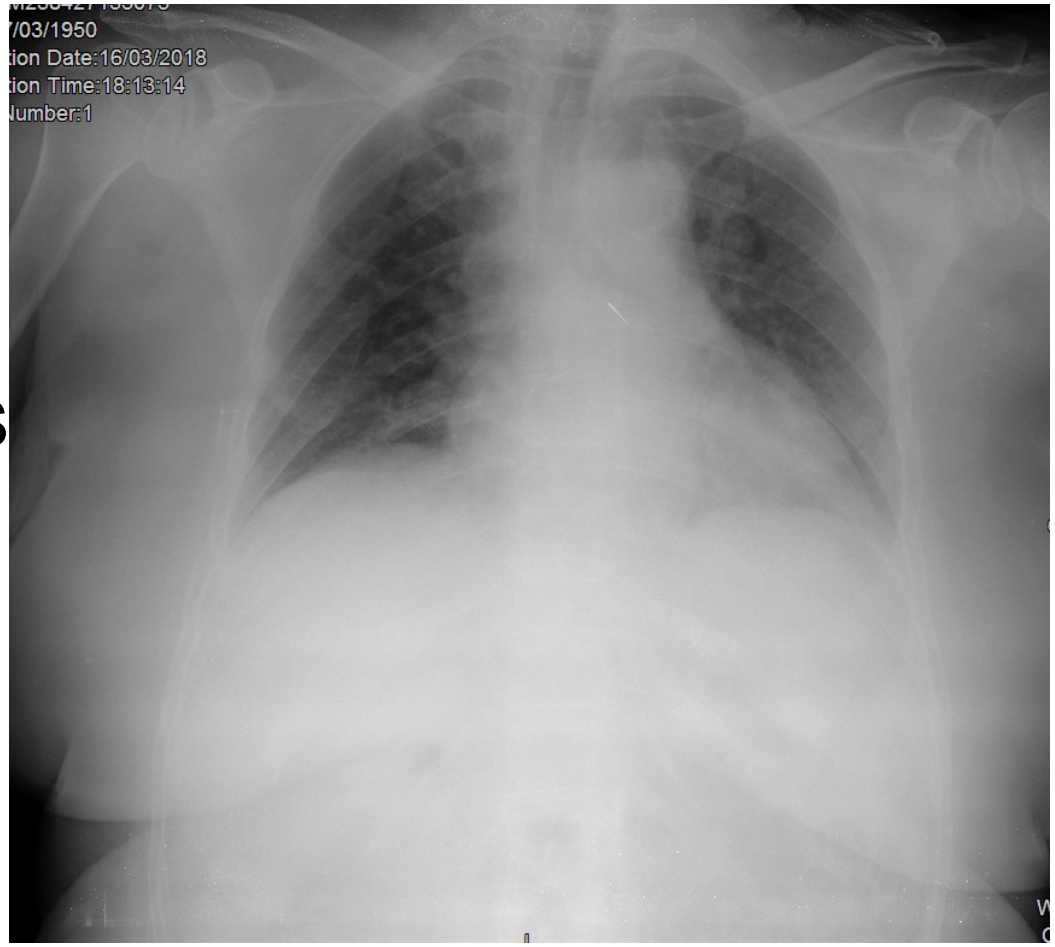


Imagen 1.

1. EN URGENCIAS

1.2 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

-TC craneal: lesión hipodensa en territorio de la arteria cerebral media derecha, concretamente en la ínsula, en probable relación con lesión isquémica aguda-subaguda (Imagen 2).

Imagen 2.

2. EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

La paciente fue ingresada en Medicina Interna con diagnóstico de infección respiratoria de vías bajas. Durante su estancia presentó varios picos febriles, de hasta 38’5 ºC, y entre otras pruebas, se realizó un cultivo de aspirado bronquial, con aislamiento de Candida Guillermondi.

Tres días después de su ingreso (19/03), comenzó con somnolencia, agresividad, alteraciones del lenguaje, rigidez generalizada, persistencia de cuadro febril y movimientos irregulares de ambos miembros inferiores, más marcados en lado derecho. Presentaba signos de irritación meníngea, con signos de Brudzinski y Kernig positivos.
Ante la clínica neurológica se realizó una nueva tomografía computarizada craneal (TC) (Imagen 3).

2. EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

2.1 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Imagen 3. TC craneal simple con hipodensidades en ambos lóbulos temporales, siendo la del hemisferio izquierdo de nueva aparición.

2. EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

2.1 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

•Imagen 3. En este estudio la hipodensidad del lóbulo temporal derecho producía un mayor borramiento del ribete insular y un efecto masa sobre la cisura de Silvio. También producía mayor afectación de hipocampo derecho, donde condicionaba una desdiferenciación de la sustancia gris y blanca, con efecto masa que colapsaba el asta temporal derecha. La línea media se encontraba desviada hacia la izquierda 2’6 mm.

2. EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

2.1 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

•Punción lumbar: el LCR tenía un aspecto claro, con 162 cel/uL siendo el 100% de ellas mononucleares; sin hematíes; con glucosa de 59 mg/dL (Valores normales: 40-60 mg/dL); proteínas: 135’1 mg/dL (Valores normales: 15-45 mg/dL) y ADA de 22 UI/L (Valores normales: 0-8 UI/L).
•Cultivo de LCR: negativo.*
•PCR de LCR: Virus Herpes Simple tipo 1.*
*Estas pruebas dieron sus resultados varios días después.

Dada la sospecha clínico-radiológica, acompañada de disminución del nivel de consciencia, se avisó a Medicina Intensiva, que tras la exploración física (Escala de Coma de Glasgow con puntuación de 8) decidió ingreso a su cargo.

3. EN UCI

En la Unidad de Cuidados Intensivos se estabilizó a la paciente y se administró tratamiento empírico antibiótico y antivírico, consistente en Aciclovir 800 mg vía intravenosa cada 8 horas, Vancomicina, Levofloxacino y Rifampicina. La paciente siguió buena evolución neurológica, sin focalidad, salvo crisis tónico-clónicas, por lo que se inició tratamiento con Fenitoína.

Presentó varios picos febriles, siendo también diagnosticada de infección de orina, para la cual fue tratada con Fosfomicina 1g cada 8 horas vía oral.

3.1 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Cultivo de orina: E.Coli BLEE (productora de betalactamasas de espectro extendido) sensible a Fosfomicina.

3. EN UCI

3.1 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Vídeo EEG en condiciones de coma farmacológico: actividad bioeléctrica anormal con lentificación de los ritmos corticales más acusada sobre regiones anteriores del hemisferio izquierdo y temporo-parietales de hemisferio derecho. En región fronto-temporal de hemisferio izquierdo había brotes de ondas agudas de moderada amplitud

El día 4 de abril, 18 días después de su ingreso, dada su mejoría, su situación estable, su movilización al sillón y su tolerancia a dieta oral, se decidió traslado a planta de Neurología para continuar tratamiento, donde ingresó el día 5.

4. EN PLANTA DE NEUROLOGÍA

4.1 EXPLORACIÓN FÍSICA

A su ingreso en plan de Neurología presentaba: FC: 109 lpm. TA: 144/83 mmHg. Tª: 37’4 ºC.

La paciente se encontraba con regular estado general, eupneica en reposo sin oxígeno suplementario. La auscultación cardiaca era rítmica sin soplos. La auscultación pulmonar impresionaba de disminución del murmullo vesicular en base derecha, no presentaba roncus ni sibilantes. El abdomen era blando y depresible, no doloroso a la palpación y sin masas ni organomegalias. En la exploración de miembros inferiores destacaba edema de ambas extremidades, más marcado en derecha, con pulsos pedios presentes y simétricos y sin signos de trombosis venosa profunda. Peso: 65 Kg. Talla: 1’57 metros. IMC: 26’37 Kg/m2.

4. EN PLANTA DE NEUROLOGÍA

4.2 EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA:

La paciente presentaba un nivel de consciencia normal, bien orientada en espacio y persona, pero con desorientación temporal. El lenguaje era normal y su discurso coherente. Los pares craneales fueron normales. La fuerza estaba conservada en los miembros superiores, mientras que en los inferiores tenía una fuerza disminuida, valorada como 4+ con la escala del Medical Research Council (puede realizar movimientos contra resistencia pero la fuerza no llega a ser normal), manteniendo la capacidad de deambular con ayuda. En la exploración de los reflejos miotáticos presentaba hiperreflexia generalizada. En reposo presentaba temblor muy leve en miembros superiores y mentón, y temblor mioclónico intermitente de ambos pies. En la exploración de cerebelo presentaba dismetría por temblor.

4. EN PLANTA DE NEUROLOGÍA

4.3 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

-Analítica: valores de hemoglobina disminuidos.

-RM cerebral con (Imágenes 4 y 5) y sin contraste: extensa alteración de señal, hiperintensa en T2/FLAIR, asimétrica en ambos lóbulos temporales, con predominio derecho y preferencia por el hipocampo, giro dentado y parahipocámpico derecho, que se extiende a zonas adyacentes, con compromiso de ambas ínsulas, afectando más a la del lado izquierdo. También se objetivaban sangrados subaracnoideos en ambas cisuras de Silvio, surcos temporales y frontales derechos. Todo era sugerente de cambios encefalomalácicos. Tras la administración de contraste no se observaban realces patológicos. El resto era normal.

-Vídeo EEG en condiciones de vigilia: actividad bioeléctrica cerebral irregular carente de significación patológica.

4. EN PLANTA DE NEUROLOGÍA

4.3 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

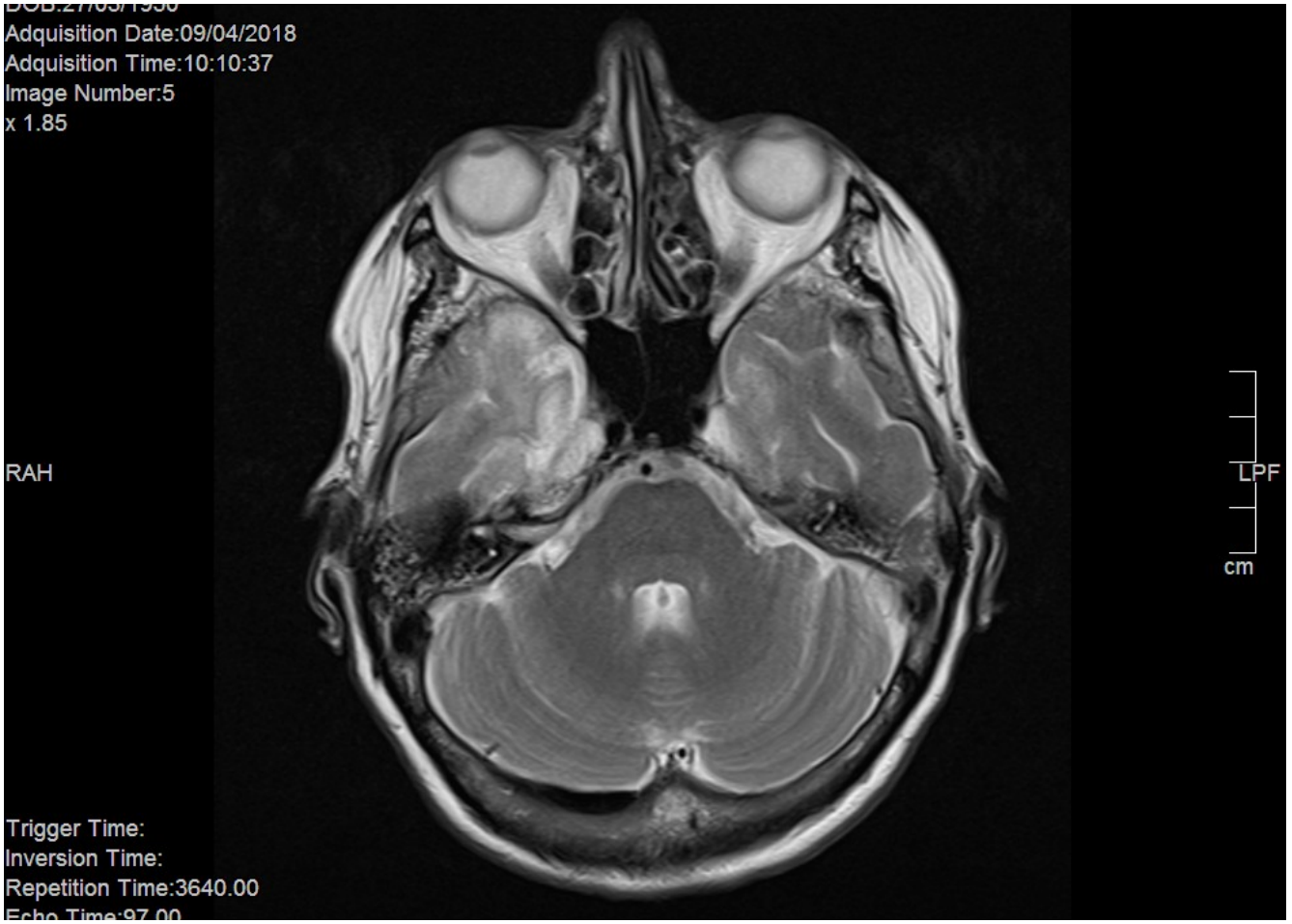


Imagen 4: RMN cerebral sin contraste, corte axial

4. EN PLANTA DE NEUROLOGÍA

4.3 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Imagen 4: RMN cerebral sin contraste, corte coronal

5. DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA

La sospecha de que la paciente presentaba un cuadro neurológico infeccioso con afectación encefálica (sobreañadido a la infección respiratoria por la que ingresó) vino de sus síntomas en planta de MI: somnolencia, alteraciones del lenguaje, agresividad, rigidez generalizada, y mioclonías. La afectación encefálica difusa, los signos de irritación meníngea y la fiebre hacían sospechar de meningoencefalitis, por lo que se realizó una punción lumbar cuyos valores (celularidad <500/μL, 100% de linfocitos, glucosa normal y proteínas aumentadas) orientaban a infección vírica (meningoencefalitis vírica). Previa a la punción lumbar se realizó una TC (menos sensible para detectar afectación del parénquima cerebral que RM pero más rápida y disponible) que mostraba hipodensidad de ambos lóbulos temporales, más marcadas en el derecho, siendo característica de la encefalitis herpética.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A. **Ictus isquémico/hemorrágico:** ante el desarrollo agudo de los síntomas y la sintomatología de afectación cortical (alteraciones del lenguaje y del comportamiento) y mioclonías (que pueden ser causadas por hipoxia) era la primera causa a descartar. La TC realizada durante el ingreso en Medicina Interna no mostraba hemorragia, por lo que descartaba ictus hemorrágico, mientras que la lesión hipodensa en ambos lóbulos temporales (afectación bilateral) y la ausencia de signos precoces de ictus isquémico como borramiento de surcos y desdiferenciación de la sustancia blanca y gris, no orientaban hacia ictus isquémico.
B. **Hemorragia cerebral:** a descartar ante clínica aguda. Era poco probable por la ausencia de TCE previo, quedando descartada con la TC, donde no había señales hipertensas correspondientes a hemorragia.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

C. **Absceso cerebral:** el antecedente de infección respiratoria (el pulmón es el foco más frecuente de diseminación hematógena), la fiebre y la clínica neurológica podían sugerir este proceso, que quedó descartado también por la prueba de imagen (TC), donde se hubiese visto un área focal hipodensa con edema perilesional, con captación de contraste en anillo. Tampoco tenía otros factores de riesgo para el desarrollo del mismo como otitis o mastoiditis, que causarían una extensión por contigüidad, traumatismo craneoencefálico abierto o cirugía previa.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

D. Tumor primario o metastásico: siempre a descartar ante cualquier trastorno neurológico focal (nuestra paciente tenía alteraciones del lenguaje) y no focal, como cambios en el comportamiento (nuestra paciente desarrolló agresividad). Los tumores metastáticos también podían dar fiebre y malestar general, pero nuestra paciente no tenía otros síntomas de organicidad como cuadro constitucional o afectación de otros sistemas más allá de la infección respiratoria. En este caso la clínica aguda jugaba en contra de este diagnóstico, siendo más bien de desarrollo subagudo. También se descartó con la TC craneal, donde hubiésemos visto lesiones ocupantes de espacio con halo hipercaptante en anillo y edema perilesional.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

E. **Encefalitis autoinmune o paraneoplásica:** causada por autoanticuerpos antineuronales, que puede estar o no asociados a un tumor sistémico subyacente, a cuyo debut clínico pueden preceder. Su desarrollo clínico sería subagudo, comenzando con una sola región del sistema nervioso central, periférico o autónomo para acabar dando una afectación multifocal. Quedó descartada por el análisis de LCR que mostraba características de infección vírica sin pleocitosis (signo más común en LCR en encefalitis autoinmunes).

F. **Encefalomielitis aguda diseminada:** de comienzo también brusco, suele tener un antecedente de vacunación o infección previa, cursando con clínica de fiebre, meningismo y letargia, como presentaba nuestra paciente, y cefalea y crisis epilépticas, que la paciente no tuvo.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

F. **Encefalomielitis aguda diseminada:** El diagnóstico diferencial vendría dado por el análisis del LCR, donde encontraríamos pleocitosis linfocitaria (aumento celular muy marcado) y proteínas muy elevadas, características que no tenía nuestra paciente.
G. **Encefalitis por otros virus:** una vez comprobadas las características del LCR junto con la clínica sugerente de cuadro infeccioso, pensaríamos en encefalitis viral, que podría estar causada en adultos inmunocompetentes tanto por VHS-1, Virus Varicela Zoster y menos frecuentemente enterovirus, de forma esporádica (en epidemias tendríamos que pensar en arbovirus o enterovirus). El diagnóstico etiológico de encefalitis vírica se realizó con PCR.

7. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

El rápido desarrollo de focalidad neurológica de la paciente junto a la fiebre, hacía sospechar una posible causa infecciosa. Se realizó primero una TC craneal para descartar otras patologías agudas y signos de hipertensión intracraneal, que además contraindicarían la punción lumbar. Los hallazgos de esta prueba de imagen ya eran sugerentes de encefalitis herpética (hipodensidad en lóbulos temporales).

El análisis del LCR también se mostraba a favor de etiología infecciosa vírica por lo que solo faltaba la **PCR, que es la prueba de elección en las infecciones víricas del SNC**. Esta prueba finalmente detectó ADN del Virus Herpes Simple tipo 1, siendo el diagnóstico definitivo de **MENINGOENCEFALITIS HERPÉTICA POR VHS-1.**

8. TRATAMIENTO

Una vez confirmada la etiología, el tratamiento consistió en Aciclovir 250 mg cada 8 horas, vía perfusión intravenosa, durante 19 días (en individuos inmunocompetentes sería de 14 días, y en inmunodeprimidos 21). En este caso (paciente inmunocompetente) el tratamiento se alargó dado que UCI dejó su valoración en manos de Neurología. En planta de Neurología se retiró Aciclovir y se ajustó tratamiento que en planta de Neurología fue: Omeprazol 20 mg vo 1 cápsula/24h; Lactulosa 10g/15mL vo (1 sobre)/24h; Bemiparina: 3500 UI sc 1/24h; Haloperidol 2mg/mL en 30mL (15 gotas) vo/a las 23h; Fenitoína 100mg vo/8h; y Levetiracetam 250mg vo/12h.

Posteriormente durante su ingreso se añadió Clonazepam 0'5mg: 1mg vo/24h, para mejor control del temblor de reposo y se sustituyó Haloperidol (porque le producía excesiva sedación) por Quetiapina 25mg vo/24h.

9. EVOLUCIÓN FINAL

Durante su ingreso en planta de Neurología la paciente permaneció estable hemodinámicamente y afebril.

Desde el punto de vista neurológico la paciente mejoró y sus síntomas remitieron, permaneciendo el temblor de miembros inferiores de predominio en reposo, que fue disminuyendo con la medicación pero que no se consiguió controlar del todo al alta, aunque sí mejoraba con el movimiento.

Finalmente fue dada de alta 10 días después de su ingreso en planta de Neurología, 29 días después de su visita a Urgencias, siguiendo revisiones en consultas externas de Neurología para control del temblor residual y ajuste del tratamiento.

10. DISCUSIÓN

La encefalitis herpética es una infección del sistema nervioso central causada por el Virus Herpes Simple (VHS) tipo 1 (90% casos), aunque cualquier Herpesvirus es capaz de producir encefalitis (como el VHS tipo 2, que causa más frecuentemente meningitis víricas o el Virus de Epstein Barr).

La encefalitis resulta de la primoinfección en 1/3 de las casos y de la reactivación en 2/3 de los mismos. Es muy importante sospechar esta entidad ante pacientes con semiología de disfunción encefálica acompañada de fiebre, porque sin tratamiento evoluciona a una meningoencefalitis necrotizante hemorrágica, que es mortal en todos los casos.

10. DISCUSIÓN

El VHS causa el 20% de todas las encefalitis (tanto infecciosas como no), siendo su incidencia anual de 1/250.000-500.000 en los países industrializados. Se dice que tiene una distribución bimodal, pues suele afectar a niños entre los 3 meses y los 6 años de edad y a ancianos.

Afecta de forma más frecuente a los lóbulos temporal y frontal, normalmente de manera asimétrica (como la paciente de este caso clínico, que presentaba mayor afectación de los citados lóbulos del hemisferio derecho). Puede manifestarse como cambios en la personalidad, deterioro cognitivo, afasia, crisis epilépticas, debilidad focal, hemiparesia, letargia, fiebre de bajo grado, dolor de cabeza, náuseas y vómitos (la paciente manifestó varios de estos signos y síntomas).

10. DISCUSIÓN

Ante la menor sospecha de encefalitis hay que hacer una punción lumbar. Un LCR de características normales, salvo en inmunodeprimidos profundos, hace muy improbable que estemos ante una encefalitis herpética. El patrón de laboratorio del LCR de una encefalitis vírica presenta celularidad normal o levemente aumentada, predominio o exclusividad de linfocitos, glucosa normal o baja y proteínas normales o levemente aumentadas (el LCR de nuestra paciente cumplía estas características).

La PCR es la prueba diagnóstica de elección en las infecciones víricas del SNC, siendo su sensibilidad del 98% y su especificidad del 99% para el VHS.

10. DISCUSIÓN

El hallazgo de alteraciones focales en TC o RM (más sensible) en un paciente con clínica de encefalitis sugiere encefalitis herpética, localizándose el 90% de las mismas en el lóbulo temporal.

En su diagnóstico diferencial hay que incluir otras causas virales de encefalitis, como VVZ, enterovirus o arbovirus; infecciones bacterianas (Ricketssias, Mycoplasma Pneumoniae y Chlamydias); enfermedades autoinmunes, como encefalitis paraneoplásica; encefalitis aguda diseminada y otras causas de encefalopatía no infecciosa.

10. DISCUSIÓN

El tratamiento con Aciclovir (10mg/Kg/8h iv) durante 14 días es eficaz contra las encefalitis víricas, y debe instaurarse empíricamente ante la sospecha clínica hasta los estudios de confirmación. Las dosis deberán de ajustarse en caso de insuficiencia renal, y en pacientes inmunocomprometidos se tratará durante 21 días.

Sin tratamiento la mortalidad llega al 70%, y a pesar del tratamiento, la mortalidad es de aproximadamente el 20% de los afectados, quedando secuelas, como corea o epilepsia, en el 50% de los pacientes que superan la infección.

11. BIBLIOGRAFÍA

Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Brau nwuld E. Harrison: Principios de Medicina Interna. 18ª ed. Méxi co DF: McGraw Hill, 2011.

Rozman C, Cardellach F, Ribera JM, de la Sierra A, Serrano S. Farreras-
Rozman: Medicina Interna. 16ª ed. Barcelona: Elsevier, 2009.

Dolin R, Bennett JE, Mandell GL. Mandell: Enfermedades infecciosas. Principios y Práctica. 8ª Edición. España: Elsevier; 2015.

BIBLIOGRAFÍA

Klein R. Herpes simples virus type 1 encephalitis [base de datos en Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc [actualizada el 21 de marzo de 2017; acceso 16 de abril de 2018]. Disponible en: http://www.uptodate.com

Orphanet. Herpes simplex virus encephalitis [base de datos en Internet]. Francia: Instituto Nacional Francés de la Salud y la Investigación Médica 1997- [actualizada en Junio de 2015; acceso el 16 de abril de 2018]. Disponible en: http://www.orpha.net/consor4.01/www/cgi-bin/index.php?lng=ES

TEMA 234. REPASO RESPIRATORIO PEDIATRÍA.

- MARÍA MENÉNDEZ CALZÓN
- GEMMA MENÉNDEZ CALZÓN

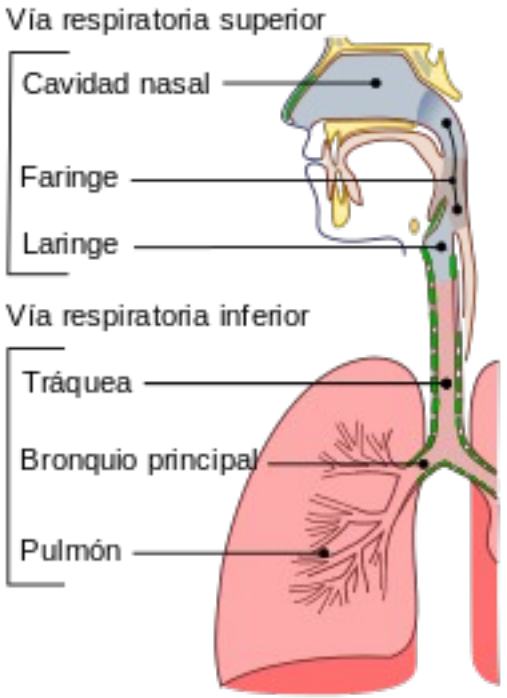
ÍNDICE

- RAPASO ANATÓMICO
- VÍAS DE CONDUCCIÓN
- INTERCAMBIO GASEOSO
- CONTROL DE LA RESPIRACIÓN
- AUSCULTACIÓN
- TIPOS DE RESPIRACIONES
- BIBLIOGRAFÍA

REPASO ANATÓMICO

Los pulmones son los órganos encargados de incorporar al organismo el oxígeno del aire y eliminar al exterior el CO_2. Para ello el aire debe alcanzar los alveolos donde se produce el intercambio por difusión pasiva.

RECUERDO ANATÓMICO DEL APARATO RESPIRATORIO:



Vias de conducción:

Vías altas/superior: son las encargadas de filtrar, calentar y humidificar el aire, no intervienen en el intercambio gaseoso.
Vías bajas/inferiores: también acondicionan y comprenden entre taquea y la generación 20-23 de bronquios, tampoco existe intercambio. (otras publicaciones la 15)

El volumen o espacio que comprenden estas vías en lo que se conoce como **espacio muerto**, este espacio muerto en el adulto equivale a unos 150 ml. Desde el punto de vista práctico, hay que recordar que los paciente entubados o con sistemas de ventilación tienen el espacio muerto aumentado lo que en algunos casos puede repercutir en la ventilación del paciente. Se debe minimizar ese espacio particularmente en niños muy pequeños. La tráquea se divide en dos bronquios siendo el **bronquio principal derecho** más ancho, corto y vertical, lo que justifica que la aspiración de cuerpos extraños sea más frecuente en el pulmón derecho.

INTERCAMBIO GASEOSO:

Se lleva a cabo en los sacos alveolares, para que se mantengan abiertos precisan de la acción del surfactante (fabricado por los neumocitos tipo II), muy importante en relación con la membrana hialina que veremos más adelante en el reciénn nacido prematuro.
De los músculos inspiratorios el principal y más importante es el diafragma, que produce una presión negativa que hace el aire entre en el tórax, los intercostales externos separan las costillas cuando es necesario aumentar la capacidad inspiradora, esto hace que en los niños las retracciones intercostales puedan constituir uno de los primeros signos de dificultad respiratoria, otros signos de dificultad respiratorio serian la retracción supraesternal y el aleteo nasal.

CONTROL DE RESPIRACIÓN:

SE LLEVA A CABO A NIVEL DEL BULBO POR EL SNC, esto hay que tenerlo en cuenta para prestar atención anillos con disminución del estado de conciencia (TCE) o con el uso de fármacos sedantes con los que puede existir depresión de los centros respiratorios con la consiguiente parada respiratoria.

Test Silverman anderson

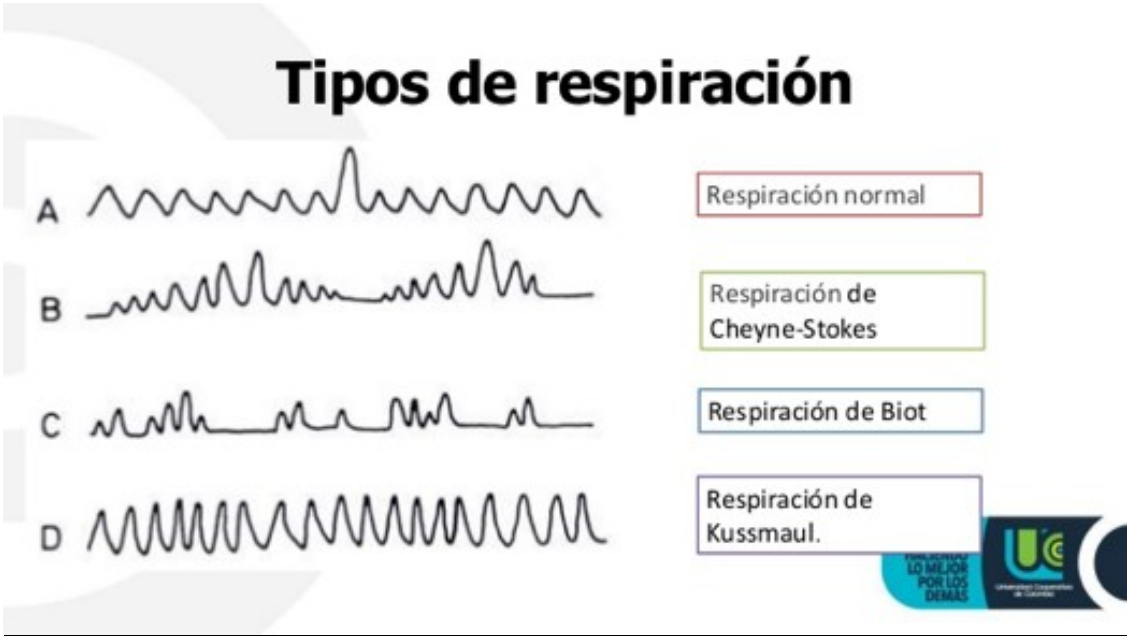
Signo	0	1	2
Elevación del tórax y el abdomen	Sincronizado	Poca elevación en inspiración	Desbalance tóraco-abdominal
Tiraje costal	No existe	Apenas visible	Marcado
Retrac. Xifoidea	Ausente	Apenas visible	Marcada
Aleteo nasal	Ausente	Mínimo	Marcado
Quejido	Ausente	Audible con estetoscopio	Audible sin estetoscopio

Puntaje	Dificultad respiratoria	Pronóstico
0	No dificultad respiratoria	Excelente
1 – 4	Ausente o leve	Satisfactorio
5 – 7	Moderada	Grave
8 – 10	Severa	Muy grave

- **AUSCULTACIÓN: es importante sobre todo cuando tenemos pacientes con VMI para saber si se están ventilando ambos pulmones, debido por ejemplo a cambios posturales o movimientos del TET.**
-

  - SIBILANCIAS: EN LA ESPIRACIÓN, BRONCOESPASMO, ASMA.
- - **RONCUS:** INSPIRACIÓN, SECRECIONES.
  - **CREPITANTES:** INSPIRACIÓN, CRIJIDO, CABELLO OREJA, PISAR NIEVE, COLAPSO PULMONAR.
- - **PLEURAL:** ROCE DE ROPA, INSPIRACIÓN Y ESPIRACIÓN.
- - **ESTRIDOR:** EN LA INSPIRACIÓN Y ESPIRACIÓN, POR CUERPO EXTRAÑO.

- **TIPOS DE RESPIRACIONES:**
- **EUPNEA: respiración normal. APNEA: ausencia de respiración KUSMAULL: respiración profunda y rápida, típica de ácidos metabólica. CHEYNE STOKE: hiperventila con apnea, regular se prevé la apnea BIOT: rápido profundo apnea, pausa súbita son previo aviso, fallo en tronco del encéfalo.TCE.**
- **GASPING AGÓNICO: jadeo.**



BIBLIOGRAFÍA

1. Fiona Macfarlane. Paediatric anatomy and physiology and the basics of paediatric anaesthesia. Mater children's hospital, Brisbane Australia. www.AnaesthesiaUK.com/WorldAnaesthesia.

2. E. Tardío, E. Sánchez. Bases anatómicas, fisiológicas e inmunológicas del aparato respiratorio. Manual de Neumología Pediátrica, Sociedad Española de Neumología Pediátrica, 2011.

3. Jiménez Montero B, Zafra Anta MA, Barrio Gómez de Agüero MI. Anamne- sis, exploración física y exploraciones com- plementarias. (RESPIRATORIO). Cap 126. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 5a ed 2009; PUBLIMED. MADRID. Págs 1191-8.

4. Pascual Sánchez MT, Marco Rived A. Semiología clínica. En: Andrés Martín A, Valverde Molina J eds. Manual de Neu- mología Pediátrica. Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Ed Panamericana. Madrid. 2011. p. 19-32.

.

- 5. Zuñiga V. Triángulo de Evaluación Pediá- trica. Regreso a las bases. Pediatr Integral. 2014; XVIII (5): 320-3.
- 6. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM. No 2007/05

TEMA 235. MANEJO DE LA ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: UNA MIRADA AL MINDFULNESS.

- LUZ MARÍA SABATER GARCÍA

ÍNDICE

- ¿EN QUÉ CONSISTE EL MINDFULNESS?
- INTERVENCIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA
- EVIDENCIAS DE SU EFECTIVIDAD EN ANSIEDAD
- ANSIEDAD EN ADOLESCENCIA
- APLICACIÓN EN ANSIEDAD EN POBLACIÓN ADOLESCENTE
- CONCLUSIONES

¿EN QUÉ CONSISTE EL MINDFULNESS?

El mindfulness, también llamado atención plena o conciencia plena, es una práctica consistente en estar atento a lo que hacemos, sin juzgar, apegarse, o rechazar en alguna forma la experiencia. Hablamos de una práctica basada en la meditación *Vipassana*, una técnica de meditación de la India. Consiste en prestar atención desapasionada a los pensamientos, las emociones, las sensaciones corporales y al ambiente circundante, sin juzgar si son adecuados. La atención se enfoca en lo percibido, sin preocuparse por los problemas, por sus causas y consecuencias. Desde la década de 1970 se ha promocionado el mindfulness con objetivos diversos, con la idea de mitigar el estrés, principalmente el causado por trabajo o situaciones vitales que pudieran ser foco de ansiedad.

INTERVENCIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Los principales programas son: Programa de Reducción del Estrés basado en Mindfulness, Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness y Prevención de recaídas basado en Mindfulness. Las intervenciones basadas en mindfulness destacan por ser sencillas, breves y adaptables al tipo de paciente y su patología.

Los componentes fundamentales son: centrarse en el momento presente, apertura a la experiencia y a los hechos, aceptación radical, elección de experiencias y renuncia al control.

La opción más utilizada incorpora aspectos cognitivos (meditación) junto con determinados tipos de relajación o ejercicios de concentración en sensaciones corporales o en respiración (centrar la atención en la respiración, estiramientos de hatha yoga, body scan, etc.) (1).

EVIDENCIA DE EFECTIVIDAD EN ANSIEDAD

Centrándonos específicamente en la ansiedad, las intervenciones basadas en Mindfulness se han demostrado eficaces para mejorar la sintomatología y trastornos depresivos comórbidos (2). También produce efectos en los marcadores fisiológicos, reduciendo el cortisol, la proteína C reactiva, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, los triglicéridos y el factor de necrosis tumoral alfa . Además, las meditaciones tipo atención focalizada reducen el cortisol y las de monitorización abierta la frecuencia cardíaca (1). Por otro lado, respecto a la ansiedad social, el mindfulness tiene beneficios significativos para reducir la sintomatología, aunque se requieren más investigaciones (3).

ANSIEDAD EN ADOLESCENCIA

Los trastornos de ansiedad, junto con los trastornos del comportamiento, se han convertido en uno de los motivos más frecuentes de consulta en la práctica diaria y afectan al 9-21% de los niños y adolescentes.

De acuerdo con las clasificaciones internacionales, los trastornos de ansiedad de los niños y adolescentes comprenden: las fobias, el trastorno de ansiedad a la separación, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo (4).

La fobia escolar es, sin duda, la más típica de la infancia, mientras que la fobia social lo es de la adolescencia. Cuando el trastorno de ansiedad es poco intenso y de corta evolución, puede ser suficiente el tratamiento mediante psicoterapia y asesoramiento a los padres, resolviéndose con facilidad si estos colaboran (4).

APLICACIÓN EN ANSIEDAD EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

La terapia psicológica por excelencia para tratar los trastornos por ansiedad en adolescentes es la terapia cognitiva conductual, llevada a cabo tanto de forma individual como grupal. Paralelamente se han encontrado metaanálisis y ensayos clínicos que sugieren la eficacia de las intervenciones basadas en el mindfulness como terapia adicional con gran potencial como método de trabajo en la escuela. Sin embargo, es necesaria más investigación que confirme estos resultados y no se han encontrado guías de práctica clínica que incorporen el mindfulness entre las opciones terapéuticas para los adolescentes. De hecho, la guía NICE hace una "no recomendación" general a toda la población que padezca ansiedad social: “No ofrecer rutinariamente intervenciones basadas en mindfulness o terapia de apoyo” (5).

Paralelamente, un metaanálisis realizado en 2015 (6) tuvo como objetivo comprobar la efectividad del mindfulness en mejorar los síntomas de salud mental y la calidad de vida en niños y adolescentes con diagnóstico clínico y niños y adolescentes sin diagnóstico de patología mental, observándose más efectiva la terapia mindfulness en grupos sin patología mental y mostrándose similar a los tratamientos estándar en pacientes con un diagnóstico clínico psiquiátrico. No obstante, debido a las limitaciones significativas de los estudios, los resultados deben interpretarse con precaución.

Otro metaanálisis llevado a cabo este año 2019 (7) incluyó 33 ensayos clínicos aleatorizados. En todos ellos, se encontraron efectos positivos significativos del Mindfulness, en relación con la atención habitual, para las categorías de resultados de atención plena, funcionamiento ejecutivo, atención, depresión, ansiedad/estrés y comportamientos negativos.

CONCLUSIONES

La terapia basada en Mindfulness no ha mostrado evidencia significativa respecto a la terapia cognitivo conductual, recomendada como recurso de primera línea.

A pesar de la amplia evidencia que respalda la terapia cognitivo conductual, dada la duración de las intervenciones y la necesidad de un seguimiento muy estrecho del paciente, terapias breves como intervenciones basadas en Mindfulness que además permiten generar grupos de trabajo de varios usuarios, podrían ser una solución aceptable. No obstante, resulta indispensable aumentar la evidencia disponible que compare distintas intervenciones de corta duración en Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barceló-Solera A, Monreal-Bartoloméa A, Navarro-Gila M, et al. Mindfulness aplicado a la atención primaria. FMC. 2018; 25(10): 564-73
2. Vollestad J, Nielsen MB, Nielsen GH. Mindfulness-and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. Br J Clin Psychol. 2012; 51: 239-260
3. Norton R, Abbott MJ, Norberg MM, Hunt C. A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. J Clin Psychol. 2015; 71(6): 283-301
4. Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad en el adolescente Pediatr Integral. 2005; 9(2): 125-134
5. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment . Clinical guideline NICE 2013.

BIBLIOGRAFÍA

6. Kallapiran K, Koo S, Kirubakaran R, Hancock K. Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: A meta-analysis. Child and Ad Mental Health. 2015; 20(4): 182-94.
7. Dunning DL, Griffiths K, Kuyken W, Crane C, Foulkes L, Parker J, Dalgleish T. Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents - a meta-analysis of randomized controlled trials. J Child Psychol Psychiatry. 2019; 60(3): 244-258.

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

ÍNDICE

- OBJETIVO Y METODOLODGÍA DEL ANALISIS
- RESULTADOS AL RESPECTO
- CONCLUSIONES OBTENIDAS
- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVO DEL ANÁLISIS

DETERMINAR LOS MEDIDAS ACTUALES EMPLEADOS PARA EVITAR ELPROCESO DE PERDIDA DEL CABELLO, QUE TANTO PREOCUPA A LA POBLACIÓN EN ESTA SITUACIÓN.

METODOLOGÍA EMPLEADA

PARA ESTE ARTICULO SE HA EMPLEADO LA BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA EN DISTINTAS BASES DE DATOS; ELSEVIER, SCIELO, MEDLINE…

RESULTADOS

Concienciar a los pacientes que estén realizando un tratamiento de quimioterapia que no a todo el mundo le sucede y tampoco de la misma manera. A determinados pacientes puede que le ocurra a los pocos días de finalizar el primer ciclo de tratamiento o a otros que no suceda hasta después del segundo ciclo. En algunas personas el pelo se caerá de forma brusca, en otras de manera más lenta, puede caerse una parte del cabello, por mechones e incluso verse afectado otras zonas del cuerpo, como las pestañas o el vello púbico.

Pero sobre todo informar ver que es una situación transitoria y que una vez finalizado el tratamiento el vello volverá a crecer pudiendo haber variaciones en el color o textura. Para evitar el impacto de la pérdida del cabello se pueden utilizar medidas como pelucas, pañuelos, en los hombres llevar el pelo muy corto o gorras. Hoy en día hay multitud de dispositivos que permiten disimular esta situación que tanto puede incomodar a las personas que la padecen.

CONCLUSIONES

Como profesionales sanitarios debemos colaborar en el bienestar de cada paciente, siendo conscientes que cada uno de ellos es diferente y requiere unas necesidades, que nosotros debemos saber atender, ayudando y colaborando con todo lo que este a nuestro alcance, para satisfacer las necesidades requeridas por los pacientes en este momento tan difícil y novedoso de sus vidas.

BIBLIOGRAFÍA

•Guía de cuidados de pelo en el paciente oncológico. AECC. Disponible en: https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBF_esES840ES840&sxsrf=ACYBGNTOZwpxiC8NRgMO1W98UnhvLks3kw%3A1569408729296&ei=2UaLXdbbEYCcjLsP26SpYA&q=guias+del+tratamiento+de+quimioterapia++y+caida+del+cabello&oq=guias+del+tratamiento+de+quimioterapia++y+caida+del+cabello&gs_l=psy-ab.3...21272.25405..26154...0.3..0.190.2716.0j18.....0....1..gws-wiz.....0i71j35i39j33i10.1-q2IBTCRac&ved=0ahUKEwiWrMSO5-vkAhUADmMBHVtSCgwQ4dUDCAs&uact=5

•La quimioterapia y sus efectos secundarios. OSAKIDETZA. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Quimioterapia_Secundarios_C.pdf

TEMA 237. ATAQUE DE PÁNICO POR CONSUMO DE DROGAS.

LIDIA ALMAGRO PÉREZ

ÍNDICE

- DESCRIPCIÓN DEL CASO
- EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- JUICIO CLÍNICO
- DIAGNÓSTICO CLÍNICO
- TRATAMIENTO
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 24 años se presenta en el servicio de urgencias en un estado de nerviosismo muy acentuado y enfatizando las elevadas palpitaciones que tiene. Sospecha algún tipo de ataque cardíaco. Reconoce haber consumido marihuana recientemente y ansiolíticos sin prescripción médica. Además destaca como antecedente familiar un caso de trastorno límite de la personalidad (TLP).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La respuesta médica inmediata consistió en una medición del pulso al tiempo que se realizó un electrocardiograma usando una crema de electrodos, tras el cual se comprueba que no se trata de un ataque cardíaco, ya que la frecuencia cardíaca va disminuyendo progresivamente, es decir que en principio se contempla el problema como originariamente psiquiátrico, por lo que el paciente es designado a la planta de Psiquiatría. En esta se le administra una benzodiacepina de acción rápida por vía intravenosa debido al estado de agitación. Posteriormente se realiza un análisis en sangre para comprobar el tipo de agente patógeno que ha podido ocasionar esta crisis, siendo identificada una significativa cantidad de cannabinoides.

JUICIO CLÍNICO

En principio se atisba una crisis de angustia ocasionada por un mal viaje con cannabis, el cual ha acentuado un problema previo de ansiedad generalizada. El individuo parece tener una predisposición a la somatización concretamente dirigida hacia el corazón, por lo que podría subyacer un problema de cardiofobia que requeriría supervisión psicológica por parte de un especialista. Al parecer el paciente solía tomar alguna dosis semanal de diazepam cuando sentía mucha agitación general, pero en principio no se puede concluir una interferencia negativa entre el ansiolítico y el cannabis, por lo que el episodio psicológico negativo (bad trip) únicamente contempla como anecdótico el consumo anterior de diazepam.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico es una crisis de pánico producida por una somatización acentuada hacia el aparato cardiaco, debido a el consumo de un psicoactivo conocido como cannabis. Dicha crisis es derivada de un Trastorno de Ansiedad Generalizada previo que no estaba recibiendo un tratamiento prescrito por ningún especialista. Los análisis del electrocardiograma descartan cualquier patología de ese origen.

TRATAMIENTO

El tratamiento prescrito consistirá en una dosis diaria de 3 miligramos de Alprazolam, un ansiolítico común. A su vez, le es encomendado al paciente el hacer actividad física semanal-especialmente recomendado el yoga- y llevar una dieta que no incluya demasiados estimulantes tales como cafeína o teína. Por supuesto es imperativo el rechazo a los estupefacientes de carácter psicoactivo como la marihuana.

CONCLUSIONES

En un caso clínico como éste no cabe sino adquirir consciencia con respecto al uso de drogas o fármacos de forma indebida por ser causantes de ciertos síntomas somáticos que pueden generar respuestas psíquicas indeseables. Señalar también el peligro sobretodo si se tienen en cuenta ciertas predisposiciones psicológicas que pueden ser desencadenadas por el consumo, por lo que se recomienda que a personas que ya de antemano sea sabido que no poseen una estabilidad mental deseada o que simplemente tengan cierta aprensión o sensibilidad elevada que no tengan mucha relación con este tipo de sustancias. De igual manera se recomienda la precaución cuando hay un caso familiar precedente, aunque no se trate del mismo problema-en este caso el antecedente tenía TLP-, ya que los problemas psiquiátricos de ese nivel tienen un alto índice de compatibilidad.

BIBLIOGRAFÍA

Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M y Hall W
(2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. BMJ; 325:1192-8.

Zvolensky MJ, Bernstein A, Sachs-Ericsson N, Schmidt NB, Buckner
JD, Bonn-Miller MO (2006). Lifetime associations between cannabis, use, abuse, and dependence and panic attacks in a representative sample. J Psychiatr Res; 40(6):477-84.

TEMA 238. CELIAQUIA EN PEDIATRIA.

- MARIA JOSEFA CASARRUBIOS ABAD
- MARIA JOSE DIAZ-PARREÑO CASARRUBIOS

ÍNDICE

- INTRODUCCION **DIAPOSITIVA 3**
- ¿ENFERMEDAD CELÍACA, QUE ES? **DIAPOSITIVA 4**
- DIAGNOSTICO **DIAPOSITIVA 5**
    1.- CLINICA
    2.- GENETICA
    3.- ANATOMIA PATOLOGICA

- SINTOMAS Y SIGNOS **DIAPOSITIVA 8**
- TRATAMIENTO **DIAPOSITIVA 9**
- CONCLUSIÓN **DIAPOSITIVA 14**
- BIBLIOGRAFIA **DIAPOSITIVA 15**

INTRODUCCION

Debemos dar importancia a la enfermedad celiaca, una vez que se haya diagnosticado, pues se ignora, que la alimentación que contiene gluten, aunque sea en pequeñas cantidades, produce daños muy importantes en el organismo de esos niños/as.

No solamente se produce los síntomas o signos de la enfermedad celiaca, sino que también pueden ir unidos a otras serie de patologías como pueden ser: reumatológicas, hepáticas, autoinmunes, diabetes, al ser una enfermedad de raíz inmunológica de hay que dar importancia y debe ser controlada por especialistas.

¿ENFERMEDAD CELIACA, QUE ES?

Es una enfermedad inflamatoria, crónica y autoinmune, que se produce por una intolerancia al gluten de forma permanente, afecta a las vellosidades del intestino delgado produciendo irritación y una menor absorción de los nutrientes que pasan por el intestino delgado.

En su mayor parte, afecta más ha personas genéticamente predispuestas a la intolerancia de cereales que contienen gluten.

Los alimentos que contienen gluten son: (**trigo, centeno, cebada y avena).**

DIAGNOSTICO

Para poder diagnosticar la Enfermedad celiaca se realizan una serie de pruebas, que son los que nos dan el diagnostico de la enfermedad celiaca con un 100% de certeza, estas pruebas son:

1.- Clínica: pueden existir pacientes que no tengan síntomas de la enfermedad, pero que tengan una serie de signos que demuestren que pueden tenerla, pues la forma de presentarse es muy variada, a veces en los niños empiezan a perder peso y tienen diarrea, atribuyéndose estos signos a otras serie de patologías.

2.- Genética: La combinación de **HLA-DQ2/HAL-DQ8** es una condición necesaria para que se produzca la enfermedad celiaca, pero tampoco hay que olvidar que dicha enfermedad es multigenética y ha veces necesita otros factores asociados como:

- Anticuerpos: Anticuerpos (EMA)
- Anticuerpos (anti-TG2)
- Anticuerpos (anti- DGP)

Para poder saber si la información que hemos obtenido de los anticuerpos es correcta, también hemos de tener en cuenta unas serie de conocimientos con son:

- ✓ Niveles de inmunoglobulina A (IgA)
- ✓ Administración de inmunosupresores o corticoides
- ✓ Contenido de gluten en la dieta

3.- Anatomía patológica: Se realiza una biopsia intestinal, esta biopsia es la que nos puede confirmar el diagnostico de la enfermedad celiaca, aunque lo correcto es que la obtención de las biopsias intestinales se realicen en distintas partes del duodeno, incluso partes mas distales para confirmarlo con mayor exactitud.

El informe anatomopatológico debe contener información sobre las vellosidades del intestino delgado y el grado de atrofia de estas vellosidades, esto nos confirmara la lesión de ese intestino.

CLÍNICA	SÍNTOMAS	SIGNOS
NIÑO PEQUEÑO	Diarrea crónica Falta de apetito Laxitud Apatía Tristeza Irritabilidad Dolor abdominal	Malnutrición Distensión abdominal Hipoproteinemia Anemia ferropénica Retraso ponderoestatural
NIÑO MAYOR/ADOLESCENTE	Cefaleas Estreñimiento Menarquía retrasad Irregularidades menstruales Artralgias Habito intestinal	Talla baja Aftas orales Debilidad muscular Artritis, osteopenia Queratosis folicular Hipoplasia del esmalte

TRATAMIENTO

La enfermedad celiaca no tiene tratamiento, es una enfermedad crónica intestinal y no se cura.

El niño que es celiaco es para toda su vida, pero el comer alimentos libres de gluten que es lo que les perjudica, hará que su vida sea más sana y no tengan síntomas/signos de la enfermedad celiaca.

Hay que eliminar de la alimentación de estos niños celiacos, esa proteína que esta en algunos alimentos y es perjudicial para su salud.

Deben realizar una dieta sin gluten, eliminando cualquier alimento que entre sus ingredientes lleve centeno, espelta, cebada, trigo y productos derivados como la harina, pan y pastas alimenticias.

Para la dieta y alimentación de estos niños que son celiacos hay que tener mucho cuidado en la forma de cocinar, porque el alimento que no tiene gluten, puede contaminarse con otros alimentos que si lo contienen y así el niño celiaco tomar ese alimento que se ha contaminado y causarle graves secuelas sin darse cuenta.

Los utensilios que se utilizan en las cocinas ha veces están contaminados y su limpieza no ha sido exhaustiva lo que provoca una contaminación cruzada.

Cada vez hay más gama de alimentos que se ofertan a estas personas, alimentos libres de gluten.

Para que no exista déficit de nutrientes, estos niños deben ser tratados por profesionales, sin olvidar siempre asistir a las consultas de su especialista, (nutricionistas y dietistas), para el seguimiento de la enfermedad celiaca.

Aquellos niños/as que padecen la enfermedad celiaca, cuando llevan una dieta correcta y eliminar de su dieta el gluten, estos niños/as pueden llegar a ser personas sanas, SIN OLVIDAR SIEMPRE QUE **NO** PUEDEN TOMAR **GLUTEN.**

ALIMENTOS LIBRES DE GLUTEN	
FRUTAS	HUEVOS Y LACTEOS
VERDURAS	AZUCAR, MIEL Y MANTEQUILLA
CARNES	CEREALES
PESCADOS	LEGUMBRES
TUBERCULOS	HORTALIZAS

Las personas celiacas que realizan esta dieta deben tener cuidado con todos aquellos productos envasados y manufacturados, así como leer con atención todas las etiquetas de los productos alimenticios, para comprobar que esos alimentos que compran **no** contienen **gluten**.

ALIMENTOS PROHIBIDOS PARA LOS CELIACOS	
PAN	MAGDALENAS
BOLLOS, GALLETAS	TALLARINES Y PIZZA
MACARRONES	BIZCOCHOS
PASTAS DE SOPAS	SEMOLA DE TRIGO
LECHE MALTEADA	HARINA TRIGO,CEBADA, CENTENO Y AVENA

CONCLUSIÓN

Actualmente la sanidad con todos sus avances y las manifestaciones clínicas y características de la enfermedad celiaca puede realizar un diagnostico precoz para estos pacientes.

Un diagnostico precoz evita complicaciones en paciente con esta enfermedad.

Los niños que son diagnosticados de ser celiacos su único tratamiento es evitar, para **siempre** las ingesta de gluten.

Poner más información en las escuelas (carteles, folletos, etc.) sobre la enfermedad celiaca, para dar ha conocer ha edades mas tempranas, los síntomas y signos que puede tener la ENFERMEDAD CELIACA.

BIBLIOGRAFÍA

- Garcia M, Introducción a la alimentation para niños celiacos.docx. Summer June 18, 2018

- Polanco Allué I, Estado actual del diagnóstico de la enfermedad celíaca en el niño y el adolescente. 2011;7:52www.evidenciasenpediatria.es

- Web consultas (Consulta de salud y bienestar) Disponible en: https://www.webconsultas.com>Salud al Día>Celiaquia

- Pagina WEB: Cuídate plus (recetas sin gluten) Disponible:https:///www.niddk.nih.gov>...>Enfermedades digestivas>enfermedad celiaca

TEMA 239. CUIDADOS DEL PACIENTE CON NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA

CRISTINA SOTO DÍAZ
IRADI LAFONT MIRA
MARIA CRISTINA BERNAL LUJÁN
MIRIAN MARTÍNEZ MARÍN

ÍNDICE

1. Introducción
2. Objetivos
3. Metodología
4. Resultados
5. Conclusión
6. Bibliografía

INTRODUCCIÓN

Se denomina **Nutrición enteral domiciliaria** (NED) a la administración de fórmulas enterales por vía digestiva, mediante la utilización de una sonda, ya sea nasoentérica u ostomía.

INTRODUCCIÓN

Esta técnica tiene como objetivo principal evitar o corregir la desnutrición de los pacientes que no pueden cubrir sus necesidades alimentarias mediante la vía oral, pero que mantienen la capacidad funcional del tracto gastrointestinal.

INTRODUCCIÓN

Se trata del procedimiento indicado para tratamiento de pacientes que sufren dificultad para la ingesta o trastornos de deglución secundarios a neoplasias y enfermedades de tipo neurodegenerativas.

INTRODUCCIÓN

El paciente candidato a NED no debe requerir otros cuidados hospitalarios y la duración prevista debe ser superior a 4 semanas.

Para poder llevar a cabo esta técnica, se deberá comprobar la tolerancia del enfermo a la nutrición enteral, obtener la conformidad del paciente y/o familia, y educarlos en dicha técnica.

INTRODUCCIÓN

La NED se ha convertido, por tanto, en una técnica de alimentación segura y eficaz que permite al paciente permanecer en su entorno sociofamiliar, siempre que se realice un seguimiento regular del enfermo.

OBJETIVOS

Describir los cuidados de enfermería realizados en el abordaje del paciente con nutrición enteral domiciliaria.

METODOLOGÍA

Se realiza una **revisión bibliográfica** en bases de datos científicas: Scielo, Dialnet y Cochrane.

Criterios de inclusión: artículos publicados entre 2010 y 2019, en idioma inglés y español.

Palabras clave: nutrición enteral domiciliaria, atención primaria, sonda nasogástrica, cuidados de enfermería.

RESULTADOS

Tras la búsqueda bibliográfica, encontramos 23 artículos referentes a nuestro tema, de los cuales seleccionamos 7 estudios por cumplir los objetivos planteados.

Estos artículos muestran que los cuidados enfermeros van dirigidos a la formación y entrenamiento de pacientes, familiares y cuidadores en el abordaje de la nutrición enteral domiciliaria a través de sonda.

RESULTADOS

La educación sanitaria tendrá como objetivo lograr la máxima independencia del paciente en su domicilio.

Los cuidados de enfermería se basarán en:

- Enseñar al paciente y familiares los conocimientos fundamentales de la nutrición enteral domiciliaria y pautas de administración.

RESULTADOS

- Enseñar la técnica de alimentación y manipulación de la sonda.
- Identificar y manejar complicaciones más habituales.
- Evaluar los conocimientos transmitidos.
- Lograr un estado nutricional óptimo.

CONCLUSIÓN

En la nutrición enteral domiciliaria, resulta necesario unificar criterios de actuación para lograr unos cuidados de calidad.

El enfermo puede permanecer en su entorno, favoreciendo la máxima autonomía, y bienestar psicosocial de éste.

.

CONCLUSIÓN

Se consigue prevenir riesgos asociados al manejo diario de la sonda, evitar largas estancias hospitalarias y reducir costes relacionados con posibles ingresos.

CONCLUSIÓN

Enfermería es responsable de transmitir los conocimientos necesarios y establecer un plan de cuidados individualizado, llevando un seguimiento periódico de cada uno de los enfermos.

CONCLUSIÓN

Por tanto, mediante la formación que el equipo de enfermería ofrece a pacientes y/o cuidadores sobre la nutrición enteral y uso de la sonda, se consigue mantener el equilibrio nutricional, reintegrando al paciente en su entorno social y mejorando la calidad de vida del enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

GRUPO NADYA-SENPE. Registro del Grupo NADYA-SENPE de Nutrición Enteral Domiciliaria en España 2016 y 2017. 2019; vol(36) nº.1: pag 233-237

Domínguez Maeso Ana, Del Sol Arroyo Maria Josefa, Beltrán Buendía, Maria de los Ángeles. Consulta de Enfermería en la nutriciónenteral domiciliaria. Inquietudes: Revista de enfermería. 2003; págs. 30-37

Molino Contreras Jose Luis, Cayuela Fuentes Pedro Simón, Martínez Martínez M.I., Segura López Gabriel, Cantero González María Lourdes. Enfermería y educación para la salud en nutrición enteral domiciliaria. Enfermería global: Revista electrónica trimestral de enfermería. 2006; Vol. 5, Nº. 1: 9 págs.

García Cano Belén, Jiménez Lagare Nuria, García Cano, Fernando. Nutrición enteral domiciliaria: Revisión bibliográfica. Hygia de enfermería: revista científica del colegio.2016; Nº. 91:págs. 40-45
Tordable Ramírez Ana María, Sanz Peces Eva María. Pacientes con gastrostomía en domicilio. Seguimiento por un equipo de soporte de atención domiciliaria. Metas de enfermería.2011; Vol. 14, N.º 2:10-14

GRUPO NADYA-SENPE. Manual de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria. Procedimientos educativos y terapéuticos. SENPE. 1996

Tejada Domínguez Francisco Javier, Ruiz Domínguez María del Rosario. Educación y entrenamiento de pacientes con nutrición enteral domiciliaria: Education and training of patients with domiciliary enteral nutrition. Hygia de enfermería: revista científica del colegio.2012; Nº. 79: págs. 56-66

TEMA 240. DIABETES GESTACIONAL. DIAGNOSTICO Y CUIDADOS.

- MARTA GRAU SUAREZ-VARELA
- Mª MERCEDES GOÑI AGUIRRE
- AINHOA SAN MIGUEL AGUIRRE

ÍNDICE

- Introducción y definición
- Diagnóstico de la diabetes gestacional (DG):
  - Gestantes con alto riesgo
  - Gestantes con riesgo moderado-bajo
  - Test de O´Sullivan
  - Sobrecarga Oral de Glucosa (SOG)
- Tratamiento de la diabetes gestacional
- Conclusiones
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN

- La diabetes gestacional se define como toda diabetes que se detecta o diagnostica por primera vez durante el embarazo ([1,2]).
- La diabetes gestacional es una de las complicaciones más frecuente durante la gestación. Presenta una prevalencia aproximada de un 12 %, dependiendo de la técnica y criterios diagnósticos utilizados para su cribado o detección. ([1,2]).

- Se ha postulado que el origen de la diabetes gestacional esta causado por una insuficiente adaptación a la insulinresistencia que se origina durante la gestación. Durante el embarazo a nivel placentario se producen algunas hormonas, como el cortisol, el lactógeno placentario y los estrógenos, que generan una insulinresistencia, sobre todo a partir de la semana 20-24, cuando sus niveles hemáticos empiezan a ser más notables. Es entonces cuando la producción insulínica a nivel pancreático puede llegar a ser insuficiente para contrarrestar el efecto bloqueador de estas hormonas ([1,2,3]).

- Su diagnóstico, tratamiento y seguimiento es de vital importancia durante el embarazo para prevenir complicaciones en el feto y la gestante. Entre las cuales nos encontramos:

  - Repercusión sobre el feto y neonato: malformaciones, crecimiento intrauterino retardado, abortos, macrosomía, riesgo de pérdida de bienestar fetal, miocardiopatía hipertrófica y la inmadurez fetal ([1,3,4]).
  - Repercusión sobre la madre durante la gestación: infecciones urinarias, candidiasis vaginal, polihidramnios, prematuridad y estados hipertensivos ([1,3,4]).

- Tras finalizar el embarazo la mayoría de las diabetes gestacionales se resuelven, aunque el riesgo de padecer diabetes a lo largo de la vida de la gestante se mantendrá elevado. Este hecho, define a la diabetes gestacional como un marcador de prediabetes. Además entre un 5-10% de los casos permanecerán siendo diabéticas.

DIAGNOSTICO DE LA DG:

- El Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE, 2014) clasifica a las gestantes según los factores de riesgo para desarrollar diabetes gestacional en los siguientes grupos:

  1- GESTANTES CON ALTO RIESGO

  2- GESTANTES CON MODERADO-BAJO RIESGO

1/ GESTANTES CON ALTO RIESGO:

- Edad superior o igual a los 35 años.
- Macrosomía en partos anteriores (>4 Kg).
- Obesidad (IMC >30)
- Antecedentes de diabetes gestacional u otras alteraciones del sistema metabólico de la glucosa.
- Antecedentes familiares de diabetes de primer grado
- Grupos étnicos de riesgo

Para valorar a la gestante como de alto riesgo debe cumplir uno o más de estos requisitos

2/GESTANTES CON RIESGO MODERADO-BAJO:

-Son todas aquellas que no entran en el primer grupo de clasificación.

- Durante el embarazo tiene gran importancia el diagnóstico temprano de la diabetes gestacional. Según clasifiquemos a la gestante en un grupo de riesgo u otro se le hará el cribado con el test de O ‘Sullivan antes o después.
- A las gestantes con alto riesgo se le deberá hacer el test de O ‘Sullivan en el primer trimestre del embarazo y también entre las semanas 24-28 semanas de gestación. (1)
- A las gestantes con riesgo moderado-bajo se les hará la prueba de O ‘Sullivan entre las semanas 24-28 de gestación. (1)
- Durante el 3º trimestres se realizará el O´Sullivan a aquellas gestantes que no se les realizó el estudio durante el 2º trimestre y a en las que aunque el resultado resultó negativo desarrollan complicaciones que se asocian a diabetes gestacional, como macrosomía fetal o el polihidramnios. (1)

Test de O´Sullivan

- El test de O´Sullivan consiste en realizar una determinación de la glucemia plasmática una hora después de la ingesta de 50 gr de glucosa. Se puede hacer en cualquier momento del día, y no es necesario realizar una dieta especial previa a la prueba.
- Un valor igual o superior a 140mg/dl (7,8mmol) se considera un resultado positivo, teniendo que confirmarse el diagnóstico con una sobrecarga oral de glucosa (SOG).

Sobrecarga Oral de Glucosa (SOG)

- La confirmación del diagnóstico de diabetes gestacional se realiza con una sobrecarga oral de glucosa de 100gr ([1,3]).

- Antes de realizar una SOG, hay que tener en cuenta, que ante dos glucemias basales ≥ 126 mg/dl (7,0mmol/l) en días diferentes o una glucemia al azar > de 200mg/dl(11,1 mmol/l) la gestante será diagnosticada de diabetes gestacional, por lo que no habrá que realizarle una SOG ([1,2,3]).

- Los 3 días anteriores a la prueba, se debe realizar una dieta con una cantidad igual o superior a 150 g/día de hidratos de carbono y una actividad física normal.
- La sobrecarga oral se debe realizar por la mañana, tras ayuno de unas 10-12 horas. Durante la prueba la gestante deberá mantenerse en reposo, sentada y sin poder fumar. Se valorará la glucosa antes de la sobrecarga, a la hora, 2 horas y 3 horas después de haberla tomado.
- Se considerará diagnóstico de diabetes gestacional si 2 o más valores son iguales o superiores a los siguientes ([1,2,4]).
  - Antes de la sobrecarga: 105mg/dl (5,8mmol)
  - 1 h después: 190mg/dl (10,6mmol)
  - 2 h después: 165mg/dl (9,2mmol)
  - 3h después: 145mg/dl (8,1mmol)
- En el caso de que sólo hubiese una cifra alterada se debería repetir la SOG unas 2-4 semanas después.

TRATAMIENTO DE LA DG

- Una vez diagnosticada, se debe derivar a la Unidad de diabetes y/o embarazo correspondiente para iniciar el tratamiento lo antes posible.
- Para reducir al máximo el riesgo de macrosomía fetal, mantener una ganancia ponderal materna adecuada y evitar la cetosis se recomienda como objetivo mantener la glucemia basal lo más próxima a los valores normales. Para ello se deberá realizar un control metabólico y ginecológico que se basa en:

  1- autocontroles o automonitorización

  2- Dieta

  3- Ejercicio

  4- Fármacos

  5- Exploraciones complementarias

1- Autocontroles o automonitorización:

- A la gestante se le deberá enseñar a controlar su glucemia con controles en casa. Deberá de realizar 6 controles al día, antes de las tres comidas principales y una hora después de ellas. Las cifras deberán de estar entre los siguientes valores o lo más próximo posible ([1,3,4]):
  -Glucemia basal: <95mg/dl (sin hipoglucemias)
  -Glucemia pospandrial 1 h después: <140mg/dl
  -Glucemia pospandrial 2 h después:<120mg/dl.

- Se deben evitar las hipoglucemias y los estados de cetonuria.
- Se recomienda el control de la cetonuria, para descartar la existencia de cetosis, en aquellas gestantes con diabetes gestacional que tengan glucemias mayores de 200mg/dl o presenten perdida de peso.

2- Dieta:

- Deberá llevar un control estricto de la alimentación, sobre todo de los hidratos de carbono.
- Las calorías que podrá tomar se determinaran según el IMC de la gestante.
- La cantidad de hidratos de carbono se repartirán durante el día, debiendo pesar la cantidad que toma.

3- Ejercicio:

- Es de gran importancia la realización del ejercicio, adaptado a la gestante.
- Tomar como rutina una hora de ejercicio al día y evitar el sedentarismo ayudara en el buen control de la diabetes gestacional.

4- Fármacos:

- Cuando la dieta y el ejercicio no es suficiente para lograr los objetivos de control metabólico, se deberá añadir tratamiento farmacológico, siendo la insulina el fármaco de elección ([1,3]).

5- Exploraciones complementarias:

- Cada 15 días se le deberá controlar el peso y la tensión arterial.
- Se realizará mensualmente analíticas para determinar la HbA y ecografías a partir de la semana 28. La HbA deberá mantenerse por debajo de 6% ([1,3]).
- El ingreso hospitalario se llevará a cabo cuando no se consiga un buen control glucémico, exista pielonefritis, riesgo de parto prematuro y nefropatía o HTA mal controlada.

CONCLUSIONES

- La diabetes gestacional es una complicación frecuente durante el embarazo. Su diagnóstico temprano ayuda a mejorar la calidad de vida de la gestante y del feto.
- Una vez diagnosticada, el control adecuado de la glicemia es el objetivo más importante del tratamiento, siendo este posible en un 85% de las veces, sin necesidad de tratamiento farmacológico, con la realización de un buen control de la alimentación y ejercicio.
- Llevar un óptimo control metabólico es imprescindible puesto que se reduce la morbilidad y mortalidad materno-fetal y neonatal.

BIBLIOGRAFÍA

1- Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE). Asistencia a la gestante con diabetes. Guía de práctica clínica actualizada en 2014. Av Diabetol. 2015;31(2):45-59. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.avdiab.2014.12.001. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134323014001525)

2- World Health Organization (WHO). Criterios diagnósticos y clasificación de la hiperglucemia detectada por primera vez en el embarazo. Washington, DC : OPS, 2016.

3- López-Álvarez Muiño X.L, et al. Guía clínica de diabetes gestacional – Fisterra. Actualizado 2015. Disponible en:

https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-gestacional

4- American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes 2015. DiabetesCare. 2015;38(Suppl 1):S1-S90.Texto completo

5 - Velázquez G Pablo, Vega M Genaro, Martínez M Martha Leticia. MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL ASOCIADA A LA DIABETES GESTACIONAL. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2010 [citado 2019 Abr 26] ; 75(1): 35-41. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000100005&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000100005

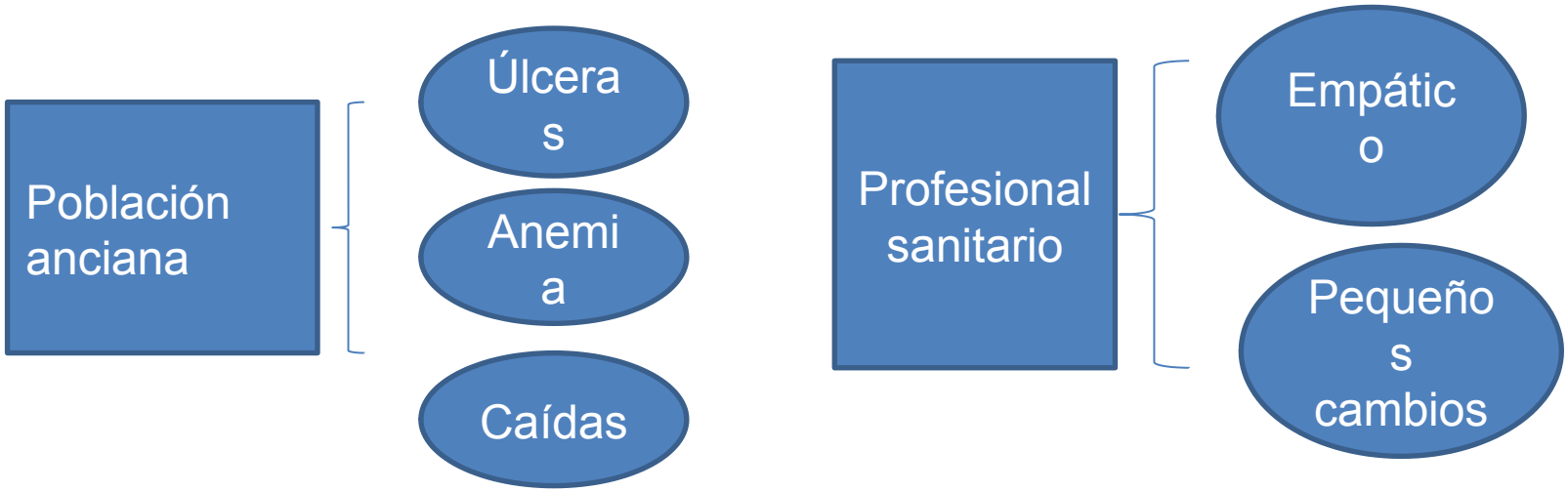
TEMA 241. DIETAS EN LA TERCERA EDAD.

- **Mª AMPARO GARCÍA RUÍZ.**
- **JOSE LUIS RUIZ CAROT.**
- **FRANCISCO JOSE VILLALGORDO GIL.**
- **DANIEL VALLEJO SIERRA.**

ÍNDICE:

1. Nutrición y envejecimiento.
2. Factores que condicionan la adherencia terapéutica.
3. Aspectos que influyen en la alimentación.
4. Cambios fisiológicos en el anciano.
5. Raciones en el anciano.
6. Consejos generales.
7. Dieta recomendada.
8. Triturados y suplementos.
9. Anciano en casa acompañado o solo.
10. Anciano institucionalizado u hospitalizado.
11. La alimentación como base en un anciano.
12. Nutrición en ancianos.
13. Bibliografía.

1. Nutrición y envejecimiento.



2. Factores que condicionan la adherencia terapéutica.

- Relación con el profesional sanitario.
- Recursos económicos.
- Apoyo de familiares y amigos

3. Aspectos que influyen en la alimentación.

- El envejecimiento va acompañado de una serie de cambios fisiológicos que modifican los requerimientos nutritivos y que modifican además la utilización de los alimentos por el organismo.
- La coexistencia de enfermedades físicas y/o mentales pueden incrementar o disminuir por un lado los requerimientos nutricionales
- El aislamiento social que puede aparecer como resultado de la enfermedad o del envejecimiento o los cambios culturales puede limitar también el acceso a los alimentos apropiados.

4. Cambios fisiológicos en el anciano.

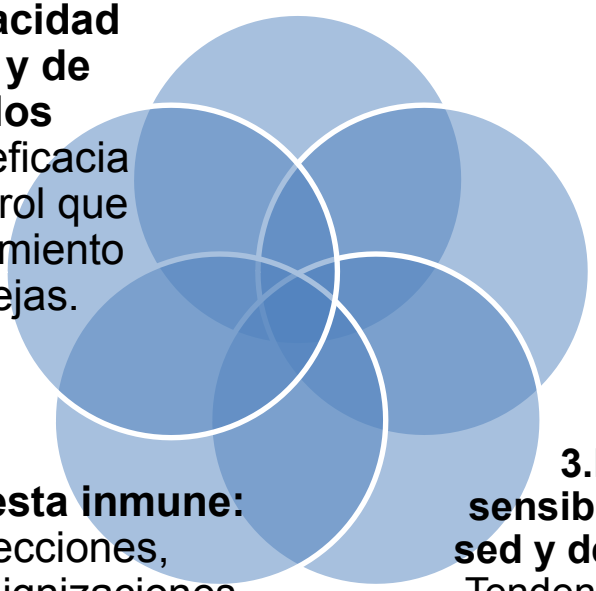
1.Variaciones de peso y talla.

2.Modificación en la composición corporal.

3.Diminución de la sensibilidad del centro de la sed y de los osmoreceptores: Tendencia a la deshidratación, especial cuidado con diuréticos.

4. Atenuación de la respuesta inmune: Mayor frecuencia de infecciones, patología autoinmune y malignizaciones en el anciano.

5. Disminución de la capacidad de homeostasis interna y de adaptación externa a los cambios: Descenso en la eficacia de los mecanismos de control que se reflejan por un enlentecimiento de las respuestas complejas.

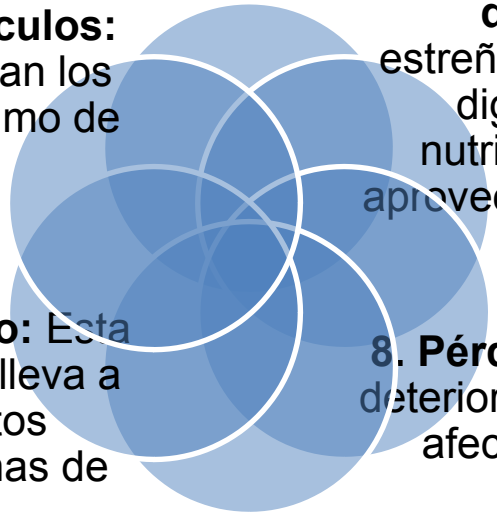


4. Cambios fisiológicos en el anciano.

6. Tendencia natural al estreñimiento.

7. Cambios morfológicos y funcionales del aparato digestivo: originando estreñimiento, alteraciones en la digestión y absorción de nutrientes y por tanto menor aprovechamiento de los alimentos ingeridos.

11. Formación de divertículos: las molestias que ocasionan los llevan a disminuir el consumo de alimentos.



10. Disminución del olfato: Esta alteración es progresiva y lleva a un cambio en los hábitos alimenticios en las personas de mayor edad.

8. Pérdida de dientes: Debido al deterioro progresivo de las encías, afectando a la eficacia de la masticación.

9. Disminución de las papilas gustativas

5. Raciones en el anciano.

- LACTEOS:LECHE O YOGURT: 200mL QUESO FRESCO: 60-80 g QUESO SEMICURADO: 60 g
- CARNES Y EQUIVALENTES: CARNES: 100g - PESCADOS: 100g - HUEVOS: 1 UNIDAD – POLLO ¼
- FARINACEOS: PAN: 50 g - ARROZ O PASTA: 40 g - PATATAS: 200 g - LEGUMBRES: 40 g
- FRUTAS: en general 130 gramos
- VERDURAS: en general 150 gramos
- GRASAS: 30 gramos

Consejos generales

- Las dietas deben ser sencillas y de fácil elaboración
- Mantener en lo posible los hábitos y gustos personales
- Cuidar la presentación de la comida
- Fraccionar la dieta en varias comidas
- Moderar el consumo de café, alcohol y bebidas estimulantes.
- Acostumbrarle a beber líquidos entre comidas
- Las comidas deben ser ligeras
- El ambiente a la hora de las comidas debe ser agradable y armonioso
- Los alimentos deben ser de fácil masticación y deglución
- Se debe dar importancia en la alimentación a la leche y los derivados lácteos
- Cuidar la ingesta de sal y azúcar.
- Potenciar la ingesta de fibra y alimentos integrales

7.Dieta recomendada

- **DESAYUNO**
- leche semidesnatada o desnatada
- pan integral, cereales integrales o bollería no grasa
- confitura o queso
- **MEDIA MAÑANA**
- fruta y/o infusión
- **ALMUERZO**
- pasta o arroz o legumbre
- carne poco grasa o pescado (blanco/azul)
- guarnición vegetal
- frutas (cruda o cocida)

- **MERIENDA**
- yogurt poco azucarado o con miel
- galletas o tostadas, bollos o bizcochos
- **CENA**
- sopa o pasta o verduras o patata y verduras
- pescado o queso o huevo
- fruta cruda o zumo sin azúcar
- **AL ACOSTARSE**
- leche caliente o infusión

8. Triturados y suplementos.

- TEXTURA NECTAR
- los líquidos pueden beberse en una taza, o con ayuda de una pajita.
- TEXTURA MIEL
- los líquidos se pueden beber en una taza, pero no con una pajita.
- TEXTURA PUDDING
- deben tomarse con una cuchara.
- SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS. Batidos
- ESPESANTES

9. **Anciano en casa acompañada o solo**

Solo

En soledad absoluta, sin nadie que pueda interesarse por sus necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales. Ni él mismo.

Deterioro notorio en poco tiempo.

Depresión y retracción en su mundo.

Acompañado

Cuidador a cargo del anciano, que puede ser hijo/a o otra persona ajena a la familia.

Debiera estar entrenado para su cuidado, tener conocimientos esenciales sobre esta etapa de la vida, para poder cumplir objetivos adecuados.

Mejor atendido generalmente.

10. Anciano institucionalizado

- En este caso el anciano debería de estar más controlado y con un estado de bienestar mejorado.
- Atendidas sus necesidades básicas y fisiológicas, en acuerdo a sus gustos y con relación a sus patologías de base.
- Siempre en hospitalización hay por su parte tristeza, depresión, miedos, etc.
- Hay una estandarización de acciones iguales a todos los ancianos, rutinas, pruebas, medicación, etc.
- Imposición de normas pautadas por el médico, las enfermeras, auxiliares,etc.

11. Alimentación como base del anciano.

- Para una persona anciana que esté bien alimentada será mucho más beneficioso su envejecimiento, porque estará más fuerte que otra con sus mismas características que coma mal.
- Para que sus huesos y sus músculos no se deterioren y puedan seguir haciendo sus actividades rutinarias, durante más tiempo.
- Para que tengan mejor sistema inmunitario.
- Para estar bien psicológicamente y por lo tanto tener ganas de relacionarse con su entorno.
- Para su descanso.
- Para reponer con la dieta minerales y vitaminas que se pierden con la edad, al no ser absorbidas por el organismo.

12. Nutrición en los ancianos

- Independientemente de estar en casa u hospitalizado si puede alimentarse por la boca será mucho mejor y más variada, más saludable dependiendo de las necesidades de cada uno,(individualizada).
- Si no puede ser así existen hoy muchas opciones como son:

  -molidas.

  -enriquecidas.

  -suplementarias.

  -especiales, etc.

La nutrición entonces puede ser con sonda (nasogástrica, yeyunal, etc.) y sería nutrición enteral y puede ser también nutrición parenteral (periférica o central).

Desnutrición en ancianos.

- La desnutrición en las personas de edad avanzada es más frecuente que en otros grupos de edad en los países desarrollados.
- El deterioro fisiológico asociado a la edad.
- Determinadas enfermedades como Alzheimer o demencia.
- Limitaciones económicas y la situación social y psicológica también contribuyen a estados de desnutrición en los ancianos.
- Factores de riesgo:
  - Edad mayor a 80 años.
  - Ingresos bajos.
  - Vivir solo o falta de apoyo.
  - Polimedicación.
  - Enfermedades crónicas (insuficiencia cardiaca, demencia, patología orofaríngea o neurológica).
  - Alteraciones de la masticación.
  - Hospitalización e institucionalizados.
  - Alcoholismo.
  - Depresión.

INSTRUMENTOS PARA EL DESPISTAJE DE RIESGO NUTRICIONAL Y DE DESNUTRICIÓN

- El índice de masa corporal (IMC).
- La medida de la circunferencia abdominal.
- **Escala "Mini Nutritional Assessment" (MNA)**
  - Dispone de un test de cribado formado por los seis primeros ítems.
  - Las categorías nutricionales establecidas son: **estado nutricional normal**, **riesgo de malnutrición** y **malnutrición**.

TEST DE CRIBAJE			
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**		**PUNTOS**
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	0	Anorexia grave	
	1	Anorexia moderada	
	2	Sin anorexia	
B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)	0	Pérdida de peso > 3 kg	
	1	No lo sabe	
	2	Pérdida de peso entre 1 y 3kg	
	3	No ha habido pérdida de peso	
C. Movilidad	0	De la cama al sillón	
	1	Autonomía en el interior	
	2	Sale del domicilio	
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses?	0	Sí	
	1	No	
E. Problemas neuropsicológicos	0	demencia o depresión grave	
	1	demencia o depresión moderada	
	2	sin problemas psicológicos	
F. Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)2 en kg/m2)	0	IMC < 19	
	1	19 < ó = IMC < 21	
	2	21 < ó = IMC < 23	
	3	IMC > ó = 23	
PUNTUACIÓN TOTAL (Cribaje)			

Evaluación del cribaje (subtotal máximo 14 puntos)
- 11 puntos o más: normal, no es necesario continuar.
- 10 puntos o menos: posible malnutrición, continuar la evaluación.

TEST DE EVALUACIÓN			
PREGUNTAS	**RESPUESTAS**		**PUNTOS**
G. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?	0	No	
	1	Si	
H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?	0	Sí	
	1	No	
I. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?	0	Sí	
	1	No	
J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos platos y postre)	0	1 comida	
	1	2 comidas	
	2	3 comidas	
K.¿Consume el paciente...(Sí o no) • productos lácteos al menos una vez al día? • huevos o legumbres 1 ó 2 veces a la semana? • carne, pescado o aves, diariamente?	0	0 ó 1 Síes	
	0,5	2 Síes	
	1	3 Síes	
L. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?	0	No	
	1	Sí	
M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (Agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza)	0	Menos de 3 vasos	
	0,5	De 3 a 5 vasos	
	1	Más de 5 vasos	
N. Forma de alimentarse	0	Necesita ayuda	
	1	Se alimenta solo con dificultad	
	2	Se alimenta solo sin dificultad	
O. ¿Considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)	0	Malnutrición grave	
	1	No lo sabe o malnutrición moderada	
	2	Sin problemas de nutrición	
P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?	0	Peor	
	0,5	No lo sabe	
	1	Igual	
	2	Mejor	
Q. Circunferencia braquial (CB en cm)	0	CB < 21	
	0,5	21 ≤ CB ≤ 22	
	1	CB > 22	
R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)	0	CP < 31	
	1	CP ≥ 31	
PUNTUACIÓN TOTAL (Global)			

Evaluación global (cribaje + evaluación, máximo 30 puntos)
- De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición.
- Menos de 17 puntos: malnutrición.

13. Bibliografia.

- Goena MIG. Nutrición y valoración del estado nutricional en el anciano. Matia Fundazio Dispon En Www Matiaf Netprofesionalesarticulos. 2001;
- Jiménez Sanz M., Sola Villafranca J. M., Pérez Ruiz C., Turienzo Llata M. J., Larrañaga Lavin G., Mancebo Santamaría M. A. et al . Estudio del estado nutricional de los ancianos de Cantabria. Nutr. Hosp. [Internet]. 2011 Abr [citado 2017 Abr 05] ; 26(2): 345-354. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200016&lng=pt
  .
- DeCS Server - Main Menu [Internet]. [citado 5 de abril de 2017]. Disponible en: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&interface_language=e&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start
- Agudelo MIF. Alimentación en los Ancianos. Investig Educ En Enferm. 1985;3(2)
- Matía Martín P, Cuesta Triana F-M. Nutrición en el anciano hospitalizado. Rev Esp Geriatría Gerontol. 1 de noviembre de 2006;41(6):340-56.
- Presentación Corporativa Pfizer [Internet]. [citado 5 de abril de 2017]. Disponible en: https://www.pfizer.es/docs/flippingbook/Presentacion_Corporativa/index.html

- Luis Daniel A. de, Aller Rocío, Izaola Olatz. Menú de textura modificada y su utilidad en pacientes con situaciones de riesgo nutricional. Nutr. Hosp. [Internet]. 2014 Abr [citado 2017 Abr 05] ; 29(4): 751-759. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000400006&lng=es. http://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.29.4.7003.
- download.pdf [Internet]. [citado 5 de abril de 2017]. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/guia_NESTLE.pdf
- Montejano Lozoya Raimunda, Ferrer Diego Rosa M.ª, Clemente Marín Gonzalo, Martínez-Alzamora Nieves. Estudio del riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. Nutr. Hosp. [Internet]. 2013 Oct [citado 2017 Abr 05] ; 28(5): 1438-1446. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000500010&lng=es. http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.5.6782.

- Méndez Estévez Eugenia, Romero Pita Juana, Fernández Domínguez Mª José, Troitiño Álvarez Patricia, García Dopazo Silvia, Jardón Blanco Milagros et al . ¿Tienen nuestros ancianos un adecuado estado nutricional?: ¿influye su institucionalización?. Nutr. Hosp. [Internet]. 2013 Jun [citado 2017 Abr 05] ; 28(3): 903-913. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000300048&lng=es. http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.3.6349.
- Tarazona Santabalbina F. J., Belenguer Varea A., Doménech Pascual J. R., Gac Espínola H., Cuesta Peredo D., Medina Domínguez L. et al . Validez de la escala MNA como factor de riesgo nutricional en pacientes geriátricos institucionalizados con deterioro cognitivo moderado y severo. Nutr. Hosp. [Internet]. 2009 Dic [citado 2017 Abr 05] ; 24(6): 724-731. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000600014&lng=es
.
- Pinedo V, Fernando L. Nutrición en el Adulto Mayor: Nutrition in the elder population. Rev Medica Hered. julio de 2013;24(3):1-2.

TEMA 242. ESTUDIO DEL GANGLIO CENTINELA DE MAMA

HISTOPATOLOGÍA RUTINARIA VS OSNA.

- ANGELA HERNANDO TEMPRANA

ÍNDICE

1- INTRODUCCIÓN

2- ¿QUÉ ES EL GANGLIO CENTINELA?

3- DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO DEL GANGLIO CENTINELA

4- MÉTODO OSNA

5- CONCLUSIONES

6- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en mujeres.

El estudio de los ganglios linfáticos de la axila se realiza para determinar el potencial de propagación del tumor.

Cuando las células cancerosas del tumor primario se mueven por el cuerpo a través de la linfa o la sangre, puede surgir otro tumor secundario, que se denomina metástasis.

Se ha demostrado que la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es eficaz para detectar metástasis ganglionares axilares en pacientes que habrían mostrado una imagen negativa en pruebas de rayos. (1)

¿QUÉ ES EL GANGLIO CENTINELA?

Se llama ganglio centinela al primer ganglio linfático en el que las células tumorales actúan para intentar propagarse a través de la linfa.

Si en el estudio de este ganglio no encontramos células tumorales, se entenderá que no habrá afectación del resto de los ganglios axilares. [2]

DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO DEL GANGLIO CENTINELA

Para el estudio intraoperatorio del ganglio centinela se inyecta una sustancia radioactiva o un tinte azul cerca del tumor, que a través de los conductos linfáticos llega al ganglio centinela.

Se comprueba con una linfogammagrafía que la sustancia ha marcado los ganglios centinela justo antes de la intervención.

En el quirófano se realiza una pequeña incisión en la axila para extraer el ganglio o ganglios centinela que hayan quedado marcados, y se envían al servicio de Anatomía Patológica para analizar la presencia de células tumorales. (3)

El diagnóstico de metástasis en el ganglio centinela puede evitar intervenciones posteriores si éste da falso negativo, o vaciamientos innecesarios en caso de negatividad.

Los cortes por congelación son el método más común, aunque presentan inconvenientes como el consumo de tejido o posibles artefactos en la muestra. Además, tiene una baja sensibilidad para detectar micrometástasis, con un rango entre el 52 y el 96%. [4]

Se describió una técnica que estudiaba 30 secciones del GC e incluía técnicas de inmunohistoquímica si la tinción rutinaria de hematoxilina-eosina era negativa. Tenía una tasa de 5,5 % en falsos negativos, aunque como inconveniente está el costoso trabajo para el estudio, que deja muy poca muestra para el estudio final y tiene un elevado coste económico. [5]

La impronta citológica es también comúnmente utilizada. Es fiable, eficiente y de bajo coste, además de conservar mucho tejido para el diagnóstico posterior con técnicas de inmunohistoquímica.

Podría decirse en contra de este método, que aporta un pequeño número de células para el estudio intraoperatorio y la sensibilidad para encontrar micrometástasis es también demasiado baja. (6)

MÉTODO OSNA

El estudio del GC por OSNA (One Step Nucleic Acid), es un procedimiento isotérmico que amplifica los ácidos nucléicos, para determinar el nivel de expresión del ARN de la citoqueratina 19 (CK19).

Esta CK19 es un marcador celular que no suele estar en el tejido de los ganglios linfáticos.

No se producen falsos positivos porque el método isotérmico evita la amplificación del ADN genómico, y se evita también la amplificación de los pseudogenes.

El tejido del ganglio linfático se introduce en un aparato de detección en tiempo real que nos dará resultados rápidos, precisos y estandarizados.

Pueden analizarse 4 ganglios a la vez y tarda unos 40 minutos.

Los resultados del número de copias del marcados CK19 indica no sólo resultado positivo o negativo, sino la presencia de metástasis, micro o macrometástasis. [7]

CONCLUSIONES

El estudio del ganglio centinela tiene diversas opciones, todas ellas con sus ventajas y desventajas.

Se podría entonces poner en un lado todos los estudios intraoperatorios como los cortes en congelación y las improntas de citología, métodos más dependientes del personal humano, y con menos precisión en la localización de metástasis.

Y por otro lado el método OSNA, más estandarizado sin dar lugar a muchas interpretaciones.

Un estudio comparativo entre el OSNA y la histopatología rutinaria [8], reveló que no habría una gran diferencia en los diagnósticos positivos entre las dos formas de estudio. Sí que sería reseñable que el estudio por OSNA diferencia entre macrometástasis y micrometástasis, siendo en el caso de estas últimas evitable la linfadenectomía axilar.

Señalan así que OSNA tiene un valor predictivo positivo demasiado bajo, por lo que se realizan vaciamientos axilares que no se harían utilizando la histología en el estudio del GC. [8]

BIBLIOGRAFÍA

1- Rubio I, Roca I, Sabadell D, Xercavins J. Benefit of sentinel node biopsy in patients with breast ductal carcinoma in situ. Cirugía Española (English Edition). 2009;85(2):92–95.

2- Quercy G, Warren R. Cáncer de mama. Marban libros; 2015.

3- Fundación Tejerina. www.cpm-tejerina.com; Fecha de acceso 20/09/2019; https://www.cpm-tejerina.com/tratamiento-cancer-mama/cirugia-oncologica-mama/ganglio-centinela/

4-Gulec SA, Su J, O'Leary JP, Stolier A.; Clinical utility of frosen section in sentinel node bipsy in breast cáncer. Am Surg. 2001 Jun; 67 (6) : 529-32. PubMed PMID: 11409799

5- Veronesi U, Paganelli G, Galimberti V, Viale G, Zurrida S, Bedoni M, Costa A, de Cicco C, Geraghty JG, Luini A, Sacchini V, Veronesi P. Sentinel-node biopsy to avoid axillary dissection in breast cáncer with clinically negative lymph-nodes. Lancet. 1997 Jun 28; 349 (9069) 1864-7. PubMed PMID: 9217757

6- Cox C, Centeno B, Dickson D, Clark J, Nicosia S, Dupont E, Greenberg H, Stowell N, White L, Patel J, Furman B, Cantor A, Hakam A, Ahmad N, Diaz N, King J. Accuracy of intraoperative imprint cytology for sentinel lymph node evaluation in the tratment of breast carcinoma. Cancer. 2005 Feb 25; 105 (1) : 13-20. PubMed PMID: 15605359

7- Cserni G. Complete sectioning of axillary sentinel nodes in patiens withbreast cáncer. Analysis of two different step sectioning and inmunohistochemistry protocols in 246 patients. J Clin Pathol. 2002 Dec; 55 (12) : 926-31. PubMed PMID: 12461060

8-Tiernan JP, Verghese ET, Nair A, Pathak S, Kim B, White J, Thygesen H, Horgan K, Hanby AM. Systematic review and meta-analysis of cytokeratin 19-based one-step nucleic acid amplification versus histopathology for sentinel lymph node assessment in breast cáncer. Br J Surg. 2014 Mar; 101 (4) : 298-306. PubMed PMID: 24536007

TEMA 243. FLOSS-BAND, NUEVA TÉCNICA TERAPÉUTICA.

- **MIGUEL ÁNGEL SERRANO RODRÍGUEZ**

ÍNDICE

1. ¿QUÉ ES EL FLOSSBAND?
2. ¿QUIÉN LO INVENTÓ?
3. ¿PARA QUÉ SE UTILIZA?
4. ¿CUÁNDO NO SE UTILIZA?
5. MECANISMOS DE ACCIÓN
6. PRINCIPIOS DE APLICACIÓN
7. TÉCNICAS DE APLICACIÓN
8. BIBLIOGRAFÍA

1. ¿QUÉ ES EL FLOSSBAND?

Se trata de una banda elástica compresiva, hecha de látex, que se caracteriza por ser no adhesiva a la zona de aplicación.

Existen diferentes longitudes, anchuras y grosor o densidad, lo cual confiere a las bandas diferentes niveles o grados de compresión y elasticidad. Esta diferencia de compresión y elasticidad se distingue por el color de cada una de las bandas.

1. ¿QUÉ ES EL FLOSSBAND?

Hay 4 grados de compresión:

-Nivel o grado 1: intensidad de compresión baja
-Nivel o grado 2: intensidad de compresión media
-Nivel o grado 3: intensidad de compresión fuerte
-Nivel o grado 4: intensidad de compresión muy fuerte

2. ¿QUIÉN LO INVENTÓ?

En EEUU defienden que fueron inventadas por Kelly Starrett, que las denominó “Voodoo Floss Band”, para usarlas en los levantadores de peso mientras realizaban sus ejercicios correspondientes.

En Europa, se defiende que el método de tratamiento con Flossband fue desarrollado por Sven Kruse. A este método lo denominó Easy Flossing.

3. ¿PARA QUÉ SE UTILIZA?

Actualmente se está utilizando tanto para la mejoría del rendimiento deportivo como para la rehabilitación.

Nos permite:
-Mejorar la función miofascial, al movilizar los diferentes planos fasciales.
-Mejorar la elasticidad, activación y regulación del tono muscular.
-Ruptura de adherencias en fase post-quirúrgica.
-Eliminar o acelerar la desaparición de las agujetas (DOMS).

3. ¿PARA QUÉ SE UTILIZA?

-Mejorar el rango de movimiento articular.
-Mejorar la propiocepción al estimular receptores cutáneos, mecanorreceptores y terminaciones nerviosas libres.
-Disminución del dolor.
-Disminución de edemas gracias a la capacidad drenante.
-Aumentaar la circulación en la zona tratada (además puede generar hiperemia reactiva).

4. ¿CUÁNDO NO SE UTILIZA?

Está contraindicada su utilización en:

-Procesos cancerígenos

-Problemas cardiacos

-Problemas circulatorios (ej: trombos, varices…)

-Períodos de gestación

-Heridas o fracturas abiertas

-Ingesta de medicamentos como anticoagulantes o corticoides de larga duración

-Estados febriles

-Alergia al látex

5. MECANISMOS DE ACCIÓN

La acción mecánica de torsión, tracción, compresión, velocidad de ejecución del movimiento, etc.., sobre el tejido muscular y conectivo es sobre los que se sostienen los mecanismos de acción del Flossband.

6. PRINCIPIOS DE APLICACIÓN

-Dirección de la aplicación: en sentido contrario a la restricción del tejido y de distal a proximal.
-Tiempo de aplicación: mínimo 3 minutos, máximo 5 minutos.
-Nº de repeticiones: pueden aplicarse entre 3 y 10 veces en la sesión.
-Intensidad de aplicación: entre un 20% y un 70% (en función de la patología y banda usada).
-Tensión localizada en la zona deseada.

6. PRINCIPIOS DE APLICACIÓN

-Ejercicio activo: se llevará a cabo justo cuando se coloque y se ejecutará con fuerza, velocidad elevada y sin un patrón marcado de movimiento.
-Velocidad de retirada: a mayor velocidad, mayor rellenado circulatorio
-Disminución del tono
-Optimización del rendimiento

7. TÉCNICAS DE APLICACIÓN

1. Técnicas articulares
2. Aplicaciones musculares
3. Aplicaciones miofasciales
4. Período postraumático
5. Aplicación linfática (no en linfedemas agudos)

BIBLIOGRAFÍA

- Kreutzer R, Stechmann K, Eggers H, Kolster B.C. Flossing. Técnicas de aplicación de las bandas compresivas. 1ª Ed. Badalona (España). Editorial Paidotribo; 2018.
- Ahlhorn A, Krämer D. Flossing in Therapie und Training. 2ª Ed. München (Germany): Riva Verlag; 2019.
- Plocker D, Wahlquist B, Dittrich B. Effects of tissue flossing on upper extremity range of motion and power. Int. J. Exerc. Sci: Conference Proceedings. 2015; 12(1):37.
- Scott W, Cheatham and Russel Baker. Quantification of the Rockfloss^{R} Floss Band Stretch Force at different elongation lengths. Journal of Sport Rehabilitation 2019; doi: 10.1123/jsr.2019-0034.

BIBLIOGRAFÍA

- Robert P, Robert S, Sven M. Tissue Flossing: A new short-duration compression therapy for reducing exercise-induced delayed-onset muscl soreness. A randomized, controlled and doublé-blind pilot. Cross-Over Trial. The Journal os Sport Medicine and Physical Fitness 2018; doi:10.23736/S0022-4707.18.08701-7
- Mills B, Mayo B, Tavares F, Driller M. The effect of tissue flossing on ankle range of motion, jump and sprint performance inelite rugby union athletes. Journal of Sport Rehabilitation. 2018; doi: 10.1123/jsr.2018-0302.
- Andrew Cage S, Brandon J Warner, Phil Stevenson, Arturo A Arce-Esquivel. Flossing bands to treat keinböck's disease in a collegiate men's basketball player: a case report. Int Phys Med Rehab J. 2018;3(2):166–168.

TEMA 244. FLUIDOTERAPIA PERIOPERATORIA.

- CARLOS MANUEL ASENCIO SÁNCHEZ
- VÍCTOR SILVESTRE VICEDO
- JOANA BALDÓ GONSÁLVEZ
- JENNY MEDINA VÁSQUEZ

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN Y OBJETIVO
2. NECESIDADES Y PÉRDIDAS DIARIAS
3. TERCER ESPACIO
4. GLICOCÁLIX
5. SITUACIÓN ACTUAL
6. TIPOS DE FLUIDOS
   - COLOIDES
   - CRISTALOIDES
7. FLUIDOTERAPIA RESTRICTIVA VS LIBERAL

1. DEFINICIÓN Y OBJETIVO

La fluidoterapia consiste en la administración intravenosa de fluidos. Su objetivo es la recuperación y mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico y de la volemia para asegurar una adecuada perfusión y oxigenación de los tejidos. Hay dos conceptos distintos que deben marcar nuestra práctica clínica, la adecuada hidratación o reposición de líquidos y el mantenimiento de la volemia.

2. NECESIDADES Y PÉRDIDAS DIARIAS

Las necesidades de agua del organismo varían con la edad, la actividad física, la temperatura corporal o el estado de salud. De forma clásica, los requerimientos de agua pueden calcularse mediante la regla 4-2-1, que se basa en la relación peso corporal/tasa metabólica:

Peso Corporal	Líquido mL/Kg/h
Entre 0-10 Kg	4
Entre 11-20 Kg	2
Más de 1 Kg	1

Ejemplo 54 kg: 40 (10 primeros Kg) +20 (hasta 20 Kg)+ 34 (a partir de los 20 Kg) = 94 ml/h.

Actualmente se ha demostrado que los conceptos tradicionales en el cálculo del equilibrio hídrico durante la cirugía tienden a sobreestimar el déficit y las pérdidas de agua.

Abordaje clásico de las pérdidas en cirugía

1-2 ml/Kg/h en cirugías sin una gran exposición visceral.
4-15 ml/Kg/h si hay peritonitis.
6 ml/Kg/h en cirugía tóraco-abdominal o abdomino-perineal.
15 ml/Kg/h en cirugía abdominal mayor.

Pérdidas insensibles

Suponen la pérdida continua de agua por evaporación en el tracto respiratorio y por difusión a través de la piel, y se estiman en 10 ml/kg/día.

La pérdida de agua respiratoria depende de la humedad del aire. Así, inhalar aire saturado de agua casi al 100% causa pérdidas mínimas, mientras que la inhalación de aire seco puede causar pérdidas de hasta 0,5 ml/kg/h.

Importancia del ayuno

Clásicamente se consideraba que por cada hora de ayuno se debían reemplazar unos 80 ml de agua. Sin embargo, algunos autores como Jacob han medido la volemia a pacientes con 10 horas de ayuno, estimando el déficit en unos 350 ml (prácticamente nulo). Además, el ayuno suele ser nocturno y, por la noche, la permanencia en decúbito favorece la reabsorción del agua intersticial acumulada en las piernas.

Así, los estudios más recientes abogan por no reponer el ayuno perioperatorio.

3. TERCER ESPACIO

El concepto clásico consiste en la acumulación de fluido en el espacio extracelular funcional y no funcional. El agua se acumula durante el intra y el postoperatorio, favorecido por el daño en relación al trauma quirúrgico. El resultado es, entre otros, la formación de ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico o de asas intestinales. La acumulación de líquido aumentaría con la reposición hídrica liberal. Este déficit del tercer espacio funcional requiere la infusión de 6 ml/kg/h en algunas intervenciones de cirugía abdominal mayor.

Sin embargo, recientes estudios muestran que el volumen extracelular no solamente desciende, sino que puede verse aumentado, dando evidencia suficiente de la no existencia de un tercer espacio durante la cirugía y por tanto no sería necesario su reposición.

4. EL GLICOCÁLIX

Es una estructura compleja rica en proteoglicanos y glicoproteínas que recubre el endotelio vascular, el endocardio y los vasos linfáticos. Está formado por componentes del plasma relacionados entre sí de una manera directa o a través de proteoglicanos y/o glucosaminoglicanos. Cuando existe degradación del glicocálix, se altera la permeabilidad endotelial y el flujo sanguíneo microcirculatorio.

Ejerce una función de “filtro molecular”, media transportes enzimáticos, funciona como una barrera permeable e influye en la interacción de la pared de los vasos con células rojas, plaquetas y leucocitos.

Los estímulos que degradan el glicocálix o inducen una integración en su estructura más abierta (como enzimas, citosinas, isquemia y reperfusión), aumentan las moléculas de adhesión, que a su vez permiten la interacción celular con el endotelio y alteran las microvellosidades del glicocálix y su membrana.

Importantes mediadores anticoagulantes, como la antitrombina III, pueden unirse al glicocálix. Esto contribuye a la naturaleza tromborresistente del endotelio.

EL glicocálix tiene un papel decisivo en enfermedades caracterizadas por disfunción endotelial, entre las que destacan diabetes mellitus, isquemia/reperfusión, aterosclerosis y sepsis.

5. EN QUÉ MOMENTO ESTAMOS

La fluidoterapia perioperatoria ha experimentado un enorme cambio en su práctica clínica en los últimos años. Las pautas de reposición y/o restauración de la volemia descritas en los libros clásicos de anestesiología se apoyaban en una débil evidencia científica.

Se ha producido un cambio de paradigma basado en aspectos como la mayor mortalidad asociada a un balance excesivamente positivo de fluidos en el periodo perioperatorio, la inexistencia del tercer espacio no anatómico y la necesidad de preservar el endotelio capilar y su glicocálix.

El estudio de Rivers en 2001, aportó evidencias de que una fluidoterapia precoz dirigida a un objetivo específico proporciona una mejoría en la evolución de los pacientes con sepsis severa.

Este trabajo determina, probablemente, el momento del inicio del cambio en el manejo de la fluidoterapia, complementado y continuado por la implementación de la cirugía laparoscópica y la cirugía «*fast-track*».

Algunas consideraciones iniciales

- No existe un protocolo general exacto de fluidoterapia intravenosa para cada cuadro clínico.
- Individualizar las pautas de fluidos.
- Pautar líquidos en función de los déficit calculados.
- Ajustar especialmente en situaciones de insuficiencia orgánica (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal aguda, insuficiencia hepática).
- Realizar un balance diario de líquidos, ajustando según aportes y pérdidas.
- Evitar soluciones hipotónicas en situaciones de hipovolemia por incrementar el volumen extravascular.
- Evitar soluciones glucosados en enfermos neurológicos. Se comportan como hipotónicos y pueden favorecer la aparición de edema cerebral.
- Realizar monitorización hemodinámica en enfermos crónicos sometidos a fluidoterapia intensiva: presión arterial, diuresis/hora, FC, PVC, ionograma, osmolaridad, etc.

Consideraciones que influyen en la pauta de fluidoterapia

Preoperatorio	Intraoperatorio	Postoperatorio
Condición fisiológica: volemia previa del paciente	Pérdidas: hemorragia, gran superficie de respiración insensible	Régimen de cirugía mayor ambulatoria
Ayuno preoperatorio	Características propias de la cirugía: cirugía pulmonar, laparoscópica	Tiempo de ayuno en el postoperatorio y/o necesidad de fluidoterapia
Tratamiento previo con diuréticos	Ventilación controlada en circuito abierto o cerrado	
Náuseas y vómitos, oclusión intestinal, restricción hídrica, sepsis, edemas, etc	Técnica de la monitorización de la fluidoterapia: clínicos, guiada por objetivos	Limitada reserva cardiovascular

6. TIPOS DE FLUIDOS

Se dividen en dos grupos principales: cristaloides y coloides.

Cristaloides:

Soluciones de iones que se mueven libremente a través de las membranas semipermeables y contienen sodio y cloro, que determinan la tonicidad del fluido. Pueden tener aniones ----acetato, malato, lactato, gluconato, citrato---- que se convierten en bicarbonato, sin que su administración modifique el equilibrio ácido-base. Se pueden clasificar por la tonicidad relativa respecto al plasma (hipotónicos, isotónicos e hipertónicos) y por sus propiedades, composición fisicoquímica y similitud al plasma (equilibrados balanceados- similares al plasma en cuanto a osmolaridad y composición de los principales electrólitos- o no balanceados).

En cuanto a su comportamiento clínico, tienen tendencia a salir del compartimento intravascular y difundir en el intersticio, por lo que hidratan todos los compartimentos siendo poco eficaces en la reposición intravascular. Además, al introducirlos, la albúmina se diluye, bajando la presión oncótica y saliendo más líquido todavía del compartimento intravascular.

1. Hipotónicas

- Hiposalino al 0,45%: ideal para el aporte de agua libre exenta de glucosa.

2. Isoosmóticas: Se distribuyen fundamentalmente en el líquido extracelular, permaneciendo a la hora de la administración únicamente el 20% intravascular.

- Solución fisiológica al 0,9%. Elevado contenido en cloro y sodio. Ideal para pérdidas importantes de cloro (estados hiperemeticos). Sodio (154 mEq) y su pH es 5,5. Es ligeramente hipertónico. Es de primera elección en pacientes neuroquirúgicos o con aumento de la PIC. Para la reposición de volumen ha de emplearse una relación 3-4:1, dada su escasa permanencia intravascular, por lo que no es de elección. Su administración en exceso puede dar lugar a edemas y acidosis hiperclorémica.

- . Solución de Ringer lactato o Hartmann. Isotónica, aunque realmente levemente hipotónica respecto al plasma. Contiene lactato, que tiene un efecto buffer ya que es transformado primero en piruvato y luego en bicarbonato como parte del ciclo de Cori. La presencia de hepatopatías o una disminución de la perfusión, la diabetes mellitus (la metabolización del lactato aumenta la glucemia y el hipoaldosteronismo hiporrinémico el potasio) y situaciones de hiperpotasemia son contraindicaciones para su administración por la disminución en el metabolismo del lactato y los problemas que de ello se derivan. Una desventaja es que su utilización invalida la determinación del lactato en plasma como marcador de hipovolemia-hipoperfusión hídrica.

- Otras soluciones equilibradas. Plasmalyte e Isofundin. Son absolutamente isotónicas y cuentan con moléculas tampón distintas al lactato. En caso del Isofundin son el malato y el acetato, y en caso de Plasmalyte, el gluconato y acetato. Una objeción menor al Plasmalyte es su excesivo contenido en aniones metabolizables, que tras su biotransformación darán lugar a un exceso de bicarbonato en relación con el contenido normal de éste en plasma. Esto en ocasiones puede resultar beneficioso.

- Solución glucosada al 5%. En las deshidrataciones hipertónicas y para proporcionar energía durante un periodo corto de tiempo. Tras su infusión, casi inmediatamente tan sólo queda un 8-10% intravascular. Contraindicados en enfermedad de Addison porque puede provocar crisis Adissonianas.

- Solución glucosalina isotónica. Combinación de glucosa y sodio en proporciones variables. Así, durante el ayuno se puede emplear el "estándar" para aportar las necesidades basales de líquidos, a la vez que evitar hipoglucemias, cetosis o tendencia al catabolismo proteico. Del mismo modo, se ha visto que puede disminuir la respuesta al estrés quirúrgico, la resistencia insulínica o mejorar el estado subjetivo en el postoperatorio. En el intraoperatorio puede emplearse en situaciones de hipernatremia o como fuente de glucosa.

3. Hipertónicas

- Solución salina hipertónica. Se recomienda al 7,5% con una osmolaridad de 2400 mOsm/L. Aconsejable monitorizar sodio plasmático (nunca rebasar 160 mEq/L) y osmolaridad (cuidado si >350 mOsm/L).
- Soluciones glucosadas al 10%, 20% y 40%. Aportan energía y movilizan sodio desde la célula al espacio extracelular y potasio en sentido opuesto. La glucosa deshidrata la célula y atrapa agua en el espacio intravascular.

4. Soluciones alcalinizantes:

- Bicarbonato sódico 1/6M (1,4%). Ligeramente hipertónico. Más empleada para corregir la acidosis metabólica. Supone un aporte de 166 mEq/L de bicarbonato sódico.
- Bicarbonato sódico 1M (8,4%). Hipertónica (2000 mOsm/L) de elección para corregir la acidosis metabólica aguda severa.
- Soluciones de lactato sódico.

5. Soluciones acidificantes

- Cloruro amónico 1/6 M. Isotónica. Se indica en alcalosis hipoclorémica grave. La corrección debe realizarse lentamente (infusión de 150 mL/h máximo) para evitar mioclonías, alteraciones del ritmo cardíaco y respiratorias. Contraindicado en insuficiencia renal y hepática.

Coloides:

Son suspensiones de moléculas en una solución transportadora (cristaloide) con poca capacidad de atravesar una membrana capilar semipermeable sana, por lo que se distribuyen exclusivamente por el compartimento intravascular. Se clasifican en naturales (albúmina) y semisintéticos (dextranos, gelatinas y almidones).

El efecto volumétrico de un coloide isooncótico también dependerá del estado volumétrico del paciente. Así, en un paciente hipovolémico puede tener un efecto expansor del 100%, mientras que en un paciente normo o hipervolémico sólo es del 40%.

Coloides naturales

Albúmina. Proteína de síntesis hepática que representa más del 50% de las proteínas plasmáticas. Resulta fundamental para el transporte de sustancias endógenas y exógenas, como ácido débil (para mantener el equilibrio ácido-base), así como antioxidante y antiinflamatorio. Una vez administrada por vía intravenosa, su vida media intravascular es de unas 16h, disminuyendo en situaciones en las que la permeabilidad capilar está alterada.

Pueden ser portadoras de pirógenos y bacterias. Asímismo, en el proceso de pasteurización, pueden formarse polímeros de albúmina muy alergénicos.

La solución está libre de isoglutininas, por lo que puede ser administrada a cualquier grupo sanguíneo. Los preparados están disponibles a concentraciones del 5, 20 y 25%. La solución al 5% es la única indicada para la reposición de volumen y se considera isooncótica (presión oncótica de 20 umHg, similar a la del plasma).

Los preparados al 20 y 25% se administran exclusivamente para el tratamiento de la hipoproteinemia que requiera tratamiento sustitutivo. La solución al 25% se considera hiperoncótica respecto al plasma. Transcurridos 30-60 min de su administración, produce un incremento del volumen 5 veces superior a la cantidad aportada.

La velocidad de infusión recomendada es 1-2 ml/min y nunca superando los 30 ml/min, ya que puede producirse un fenómeno de hipervolemia.

Indicaciones para el uso de la albúmina

- Shock hipovolémico y otras situaciones acompañadas de shock.
- Deficiencia de plasma y/o albúmina.
- Pacientes críticos con hipoalbuminemia (albúmina < 2,5 g/dl).
- Cirrosis, insuficiencia hepática.
- Paracentesis (> 4l): 10 g/l de ascitis extraída.
- Síndrome nefrótico.
- Grandes quemados.
- Malnutrición, kernicterus.
- Situaciones de “tercer espacio” (pancreatisis, peritonitis, etc).

➢Otros

- Plasmaféresis: en sesiones de alto recambio (> 20 ml/kg).
- Prevención del síndrome de hiperestimulación ovárica.
- Cirugía cardíaca, pediátrica y trasplante hepático.

No existe evidencia de que la reanimación con albúmina

Complicaciones asociadas con su administración

Unas de las complicaciones más importantes son las reacciones anafilactoides. También puede ejercer efectos anticoagulantes (inactiva la agregación plaquetaria y aumenta la inhibición del factor Xa por la antitrombina III), exacerbar la insuficiencia renal, la transmisión de infecciones y el efecto inotropo negativo.

Coloides sintéticos

Dextranos. Los dextranos son moleculas de polisacáridos muy ramificados producidas por la bacteria *Leuconostoc mesenteroides* despues de la conversion de la sacarosa en el medio de crecimiento por la dextrano sacarasa bacteriana.

toxicidades, que son las siguientes:

- Efecto antitrombotico
- Pruebas cruzadas sanguineas: los dextranos recubren la membrana celular de los eritrocitos y pueden interferir.
- Reacciones anafilactoides
- Disfunción renal

Coloides artificiales

Gelatinas. Soluciones polipeptídicas compuestas de aminoácidos obtenidos del tejido conectivo bovino. El proceso puede dar lugar a diferentes gelatinas dependiendo de las roturas en las uniones intramoleculares: las gelatinas poligeninas (Hemoce®), las gelatinas succiniladas (Gelafundina® o de segunda generación) y las oxipoligelatina.

Al estar constituidas por moléculas de pequeño tamaño, una parte de ellas pasa directamente al espacio intersticial nada más infundirse, desde donde pueden retornar a través del sistema linfático al espacio intravascular. Su mecanismo de eliminación es fundamentalmente renal, filtrándose sin metabolizar. La eliminación alcanza el 50% a las 6h; y 70% a las 24h. No tiene lugar acumulación plasmática ni hística, incluso tras su administración repetitiva.

El efecto expansor inicial oscila entre el 80-100% en las succinadas y 60-80% en las poligeninas, siendo su efecto mayor en las últimas (3-4h) respecto a las primeras (2-3h).

Al igual que la mayoría de los coloides, están formuladas sobre una base de suero salino. La Gelafundina posee menor concentración de cloro (respecto al Hemoce) y su pH es el fisiológico. Además no posee calcio (las de primera sí), con lo que se elimina la incompatibilidad con la administración conjunta con productos sanguíneos. La Gelafundina ® está desprovista de potasio, mientras que Hemoce ® sí lo contiene.

Provocan cierta alteración de la coagulación, aunque en menor medida que los almidones. Hemodiluciones leves provocan un estado de hipercoagulabiilidad y, hemodiluciones graves, de hipocoagulabiliad. Otra de las variaciones sobre la hemostasia es una alteración en la agregación y adhesión plaquetaria.

Desde el punto de vista renal son seguras y son el patrón de referencia a comparar en cuanto daño renal por coloides. Este daño tiene lugar por un “fallo renal agudo hiperoncótico”, que tiene lugar cuando el aumento de la presión oncótica es tal que supera a la hidrostática y anula la filtración.

Almidones. Los hidroxietilalmidones (HEA) son polisacáridos naturales modificados extraídos del maíz o de la patata. Al no ser polisacáridos naturales (están modificados), es mayor su estabilidad y resistencia a las amilasas. Los distintos HEA comercializados son diferentes en cuanto a sus componentes.

La farmacocinética de los HEA viene definida por tres acontecimientos: la hidrólisis enzimática por la acción de las α-amilasas, la acumulación y degradación lenta en células del sistema retículo-endotelial y la eliminación renal.

Las moléculas de HEA van siendo hidrolizadas por las amilasas, dando lugar progresivamente a moléculas de menor tamaño y peso molecular. Llega un momento en el que su tamaño hace que sean eliminadas por el filtrado renal. Esta eliminación junto al fraccionamiento posterior de las no filtradas inicialmente, disminuye el peso molecular a la vez que aumenta el número de moléculas presentes, lo que conduce a un aumento de la presión oncótica y de la volemia hacia la tercera hora de infusión.

- Hetastarch ® : duración >24h
- Elohes ® 12-24h
- Voluven ® 4-6h

Se ha rebatido la objeción al empleo de HEA en unidades de UCI por la alteración de permeabilidad capilar que conduciría a la formación de edemas.

En términos generales, comparados con las gelatinas, los HEA poseen un mayor poder expansor plasmático y también una mayor persistencia de los efectos.

La gran mayoría de los HEA están formulados sobre una base de suero fisiológico, pero los de nueva generación lo hacen ya sobre un solvente polielectrolítico combinado, con lo que se evita la posible acidosis hiperclorémica que, a pesar de que hay debate en torno a si es transitoria o no, parece asociarse a mayor morbi-mortalidad en modelos animales.

Las posibles desventajas de los almidones son:

- Efectos adversos sobre la hemostasia: acortamiento del tiempo de trombina (TT), disminución del fibrinógeno, alargamiento del TTPA al disminuir el factor VIII.

Dosis únicas de Elohes ® de hasta 33 ml/Kg/día no altera la coagulación, pero su uso se ha restringido a un máximo de 3 días consecutivos y a dosis total de 80ml/kg por la aparición de efectos adversos graves por el acúmulo plasmático y la alteración consecuente en la coagulación. Voluven ®, Isohes ® y Volulyte ® (similar a Voluven ® pero en base balanceada) tienen mejor perfil y está autorizado hasta 50ml/kg/día.

En cuanto a las plaquetas, alteran su función directa e indirectamente. En estudios no se han obtenido diferencias en cuanto a daño renal al compararlos con las gelatinas.

Manitol: diurético osmótico. Favorece el paso de agua desde el tejido cerebral al espacio vascular. Está indicado en la hipertensión intracraneal y el TCE con una pauta de 0,5-1,5 gr/kg IV en 30 minutos y un mantenimiento de 0,25-0,50 gr/kg/6h.Se debe vigilar NA, glucemia, potasio, tensión arterial, osmolaridad, frecuencia cardíaca y diuresis. Se puede producir una hipertensión intracraneal paradójica por aumento de volemia y del flujo sanguíneo cerebral. Está contraindicado en el shock hipovolémico.

6. FLUIDOTERAPIA LIBERAL VERSUS RESTRICTIVA

Fluidoterapia liberal:

- Menor incidencia de náuseas y vómitos en el postoperatorio.
- Menos dolor postoperatorio.

Fluidoterapia restrictiva:

- Tránsito intestinal precoz o tiempo de vaciado gástrico.
- Evita el aumento de peso.
- Disminuye la estancia hospitalaria.
- Evita complicaciones cardiopulmonares.
- Evita complicaciones de cicatrización.

BIBLIOGRAFÍA

- Myles PS, Bellomo R, Corcoran T et al. Restrictive versus Liberal Fluid Therapy for Major Abdominal Surgery. N Engl Med. 2018. 378.24.
- Llau JV, Basora M, Gómez A, Moral V. Tratado de medicina transfusional perioperatoria. 1ª edición. Barcelona. Elsevier; 2010.
- Girish P Joshi. Intraoperative fluid management. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, mA: UpToDate Inc. https://www.uptodate.com/contents/intraoperative-fluid-management (Acceso 1 de febrero de 2019).
- Shin CH, Long DR, McLean D. Effects of Intraoperative Fluid Management on Postoperative Outcomes. Ann Surg. 2017.
- Basora M, Colomina MJ, Moral V et al. Guía de práctica clínica para la elección del fluido de restauración volémica perioperatoria en los pacientes adultos intervenidos de cirugía no cardíaca. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2015. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935615001747?via%3Dihub
- Muñoz Alonso MA, Jaime Montalván LF, Gómez Luque A, et al. Fluidoterapia intravenosa en Urgencias y Emergencias.

TEMA 245. HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS EN NIÑOS DE PRIMARIA.

- MARÍA DOLORES ALCARAZ ANDREU
- JOSÉ CARLOS GÓMEZ GARCÍA
- ANA ISABEL CASTEJÓN ROS
- EDITA RAKASIENE

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- ACTIVIDAD FÍSICA EN LA INFANCIA
- PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
- LA ESCUELA: UN CONTEXO IDÓNEO PARA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad nos enfrentamos, dentro de la comunidad escolar, a nuevos problemas de salud difíciles de abordar sin la ayuda de profesionales de la salud. Los niños y adolescentes de hoy en día tienen necesidades en materia de salud que no pueden ser cubiertas por padres o profesores sin la ayuda de profesionales de la salud.
Por otro lado, los niños y niñas con enfermedades y discapacidades crónicas deben ser integrados y atendidos en sus necesidades de salud, por lo que requieren una serie de cuidados y atenciones en la escuela, lugar donde pasan la mayor parte del día.

Pese a las campañas informativas divulgadas para crear buenos hábitos alimenticios y conductas saludables, numerosos estudios actuales demuestran la poca efectividad en la población adolescente. Por ello, es necesario idear estrategias de intervención educativa que den respuesta a los problemas sanitarios que se van generando.

El profesional de enfermería es el profesional adecuado para hacer frente a los problemas de salud que puedan presentar desde su triple perspectiva: asistencial, docente e investigadora. El profesional de enfermería está cuantificado por su conocimiento asistencial y su capacidad de comunicación, además de prestar los cuidados necesarios para su correcto tratamiento y a su vez enseñar hábitos de vida saludables entre la comunidad escolar en temas como alimentación, higiene corporal y ambiental, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

- A partir de la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en 1986, fue plasmada en la carta de Ottawa el significado a la promoción de la salud como “capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo su participación en el control de este proceso” La carta de Ottawa de 1986 y la Declaración de Yakarta en 1997 han supuesto desarrollos posteriores de este concepto como derecho humano fundamental, en el contexto de ofrecimiento de la salud.
- La Educación para la Salud tiene como objetivo la adquisición de conocimientos y el desarrollo de hábitos que fomenten estilos de vida saludables que favorezcan el bienestar y el desarrollo personal, familiar y de la comunidad.

Los estilos de vida influyen en la salud en un 50% y comprenden nuestras actitudes, valores y conductas en áreas como el ejercicio, la dieta, el tabaco, el alcohol y la sexualidad. Los estilos y las condiciones de vida (ambiente físico, social, cultural y económico) está condicionados ya que si influimos en las condiciones podemos hacer que el estilo de vida cambie. Aquí es donde enfermería debe hacer más hincapié ya que muchas conductas no saludables se adquieren en las primeras etapas de la vida (la infancia) y es donde la enfermera debe incidir de una manera holística e integral desde el entorno más cercano a los niños.

ACTIVIDAD FÍSICA EN LA INFANCIA

La actividad física tiene importantes efectos beneficiosos en la salud de niños y niñas. Algunos beneficios en la infancia de la práctica continuada de actividad física, tienen que ver con la prevención del desarrollo de múltiples trastornos de salud en frecuencia, duración e intensidad, entre ellos:

- Previene la obesidad y el sobrepeso.
- Previene el desarrollo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares.
- Promueve un perfil de lípidos más saludable y previene la hipertensión.
- Mejora la condición física (resistencia, fuerza, flexibilidad, agilidad).
- Incrementa la densidad mineral ósea.
- Tiene efectos positivos sobre la ansiedad, depresión y satisfacción corporal.
- Contribuye a la mejora del rendimiento académico (efectos sobre la concentración, memoria y comportamiento durante las clases).

Además, la actividad física realizada durante la infancia puede tener efecto a largo plazo sobre la salud en la edad adulta.

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Se considera conveniente la implantación de programas estables de educación y promoción de la salud en el medio escolar.. Entre los ámbitos trabajados se encuentran:

- Prevención de obesidad infantil. Programa PERSEO
- Promoción de la red de Escuelas para la Salud (red SHE).
- Educación afectivo-sexual
- Promoción del uso prudente de los antibióticos y el desarrollo de hábitos saludables relacionados con la prevención de enfermedades infecciosas.
  Programa europeo e-bug
- Prevención de drogodependencias.
- Prevención de enfermedades de transmisión sexual.

LA ESCUELA: UN CONTEXTO IDÓNEO PARA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Uno de los principales escenarios educativos para el desarrollo de actividades de Educación para la salud es la escuela, ya que es en la edad infantil cuando se fija la personalidad y se adquieren hábitos y conductas que perdurarán a lo largo de toda la vida adulta, y que pueden traducirse en saludables o favorecer la aparición de enfermedades.

Las razones que hacen de la escuela un contexto idóneo para la educación para la salud son:

- Garantiza la accesibilidad y la continuidad de las acciones de salud durante mucho tiempo.
- Garantiza la receptividad o vulnerabilidad ante las actividades educativas al acceder a los niños desde edades muy tempranas.
- Permite la confluencia simultánea y ordenada de escenarios e influencias relevantes en la vida de los niños.
- Garantiza el apoyo social de los valores y prácticas de salud aprendidas al contar con el apoyo y aceptación del grupo de iguales.
- Permite ubicar la Educación para la Salud en una perspectiva del desarrollo integral de los niños.

La enfermera en el ámbito escolar está capacitada para:

- Ofrecer conocimientos y cuidados en la salud.
- Inculcar hábitos saludables en la población escolar.
- Contribuir a la formación de estilos de vida saludables en el niño y adolescente.
- Fomentar en el niño, adolescente y sus familias una cultura de salud.
- Dirigir pautas de actuación para modelar temas implicados en las necesidades de salud.
- Advertir sobre la problemática que en algún momento pueda sufrir esta población.
- Planificar acciones en salud para los maestros y el personal escolar, que aumenten su bienestar, satisfacción y compromiso laboral.

Para que la función de la enfermera en el centro educativo sea eficaz conviene que haya un compromiso, implicación, apoyo y participación de padres, madres, profesorado y alumnado. Los alumnos tienen que estar motivados e interesados para que puedan participar en su autocuidado, con la educación para la salud que la enfermería le proporciona.

BIBLIOGRAFÍA

- Frías Osuna, A. Salud pública y educación para la salud. 1ª Ed. Barcelona. Masson. 2006.
- Perea Quesada, R. La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. Madrid. Diaz de Santos. 2004. Disponible en: http://www.uned.es/educacionXX1/pdfs/04-01.pdf
- Siston, AN; Vargas, LA. El enfermero en la escuela: prácticas educativas en la promoción de la salud de los escolares. Enfermería global. 2007 Nov [citado 2008 Dic 10]. 11, 1-14. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/view/409/522

- VV.AA. Enfermería comunitaria 3. Actuación en enfermería de comunitaria. Sistemas y programas de salud. Madrid. McGraw-Hill Interamerica. 2000.
- VV.AA. La enfermera como educadora escolar. Rev Rol Enf. 2007 Junio. 30(6), 9-12.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Programa PERSEO disponible en: http://www.perseo.aesan.msps.es/es/programa/programa_perseo.shtml
- Organización mundial de la salud. Disponible en: http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html

- Declaración de Alma-Ata. Pan America Health Organitations. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Salud Pública Educ Salud. 2001 [citado 2009 Ene 3]. 1, (1), 19-22. Disponible en: http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf
- España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/Ley_14_86_GRAL_SANIDAD_1.pdf

TEMA 246. HIGIENE DEL MEDIO HOSPITALARIO.

- VANESA MONTES COLLIA
- HECTOR CRISTOBO MARTINEZ
- PATRICIA SUAREZ RODRIGUEZ
- RAUL GUTIERREZ PRADO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- PRODUCTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECTANTES
- TIPOS DE LIMPIEZA Y PROCESO DE LA MISMA
- ERRORES MAS FRECUENTES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La higiene hospitalaria es uno de los aspectos fundamentales en el control de la infecciones. Los hospitales son lugares que necesitan unos altos niveles de desinfección para prevenir posibles problemas de salud en los pacientes ingresados.

Se estima que hasta un 40% de las infecciones nosocomiales (IN) podría verse reducidas si se aplicaran las medidas de prevención adecuadas. Entre esas medidas se encuentra la limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario, la higiene personal o el uso adecuado de antisépticos y desinfectantes.

El lavado de manos es la primera medida de prevención del ambiente hospitalario frente a las enfermedades contagiosas.

No todas las áreas tienen el mismo riesgo a la hora de transmitir infecciones. Distinguimos :

- Área crítica: donde existe un riesgo alto de infección, ya sea porque se realizan procedimientos de riesgo o porque se encuentren pacientes inmunodeprimidos.
- Área semicrítica: donde se encuentran pacientes con enfermedades infecciosas de baja transmisibilidad y enfermedades no infecciosas.
- Área no crítica: zonas donde no hay pacientes y no se realizan procedimientos de riesgo.

Las manos de los trabajadores en contacto con superficies, mantenimiento de superficies húmedas o polvorientas, condiciones precarias de revestimiento o mantenimiento de la materia orgánica son factores que favorecen la contaminación del ambiente dentro de un hospital.

PRODUCTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECTANTES

Para llevar a cabo la limpieza hay dos productos imprescindibles: jabón y detergente.
El jabón es un producto para el lavado y limpieza doméstica.
El detergente en un producto destinado a la limpieza de la superficie y tejidos.
Cuando hablamos de desinfección hablamos de alcohol. El alcohol etílico o etanol es el más común de los desinfectantes hospitalarios. Es muy eficaz contra las bacterias patógenas. El desinfectante hospitalario elegido no debe dañar las manos del personal durante su uso, por eso es necesario el uso de guantes.

TIPOS DE LIMPIEZA Y PROCESO

En cuanto a los tipos de limpieza se hacen dos diferencias debido a su minuciosidad.

- Rutinaria o concurrente. La limpieza que se realiza día a día con la finalidad de limpiar y organizar el ambiente.
- Terminal. Aquella limpieza que se realiza después de dar el alta al paciente, es más exhaustiva y minuciosa (por ejemplo, colchón, cunas, incubadoras, accesorios del paciente y mobiliario).

En cualquier sector la limpieza, debe efectuarse con el siguiente orden:

- Comenzar desde las zonas menos sucias hacia las más sucias y de las zonas más altas a las más bajas.
- Las superficies más altas deben limpiarse con un elemento impregnado con un agente de limpieza evitando dispersar el polvo.
- Hay que observar si hay manchas en el cielorraso o en las paredes provocadas por pérdidas de las cañerías . Si existen deben ser reparadas para disminuir el riesgo de desarrollo de hongos ambientales.
- Las paredes , ventanas y puertas deben limpiarse de forma regular aunque no estén visiblemente sucias.

- Las superficies horizontales como mesas , sillas, camas, repisas u otras instalaciones deben limpiarse con un paño y detergente , enjuagarse y desinfectarse con agua lavandina al 0.1%.
- En las habitaciones de pacientes en aislamiento se utilizará la misma metodología de limpieza.
- Es muy importante limpiar cuidadosamente y exhaustivamente los elementos de la unidad del paciente .
- No se aconseja el uso de cortinas , de existir deben cambiarse y limpiarse regularmente para evitar la acumulación de polvo.

- En caso de derrames de fluidos corporales sobre las superficies, se deberá de colocarse guantes, cubrir la superficie con papel absorbente, retirar la mayor parte de la suciedad, tirar el papel y por último realizar la limpieza de forma habitual.
- Limpiar los baños por lo menos una vez una vez por día.
- Eliminar hongos en uniones de azulejos baldosas y bañeras.
- Repetir la limpieza cada vez que sea necesario.
- La limpieza debe ser realizada con movimientos en un sola dirección.

ERRORES MAS FRECUENTES

A continuación vamos a pasar a enumerar los principales errores en la realización de la higiene hospitalaria:

- Ausencia de normas escritas para la higiene hospitalaria
- Ausencia de sistemas de control de calidad de las tareas de higiene.
- Falta de capacitación del personal que efectúa las tareas de limpieza.
- Falta de control de calidad de los productos usados en la higiene.
- Utilización inadecuada para los desinfectantes.

BIBLIOGRAFÍA

.

- **Página WEB : Rosa María García García**: http://www.sintesis.com
- **Página WEB:** http://www.amirsalud.com

TEMA 247. IMPORTANCIA DE LA PRECOCIDAD DEL TTº FISIOTERAPICO EN LA TMC.

- LAURA DÍAZ FERNÁNDEZ
- INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ
- ÁGUEDA CAPARRÓS MARTÍNEZ
- ÁNDRES MINGUÉLIZ VALCARLOS

INDICE

- RESUMEN……..2–5 pág
- INTRODUCCION…….....6-28 pág
- MATERIAL Y METODO…….……29-31 pág
- RESULTADOS…….33-48 pág
- CONCLUSION……..49 pág
- BIBLIOGRAFIA……50-61 pág

RESUMEN

- **Introducción:** La tortícolis muscular congénita es un tipo de patología donde los músculos del cuello, particularmente el músculo esternocleidomastoideo, se contrae involuntariamente y hacen que se incline la cabeza. Puede producirse como consecuencia de un parto difícil, debido a un defecto en el desarrollo del esternocleidomastoideo o como causa de una posición fetal anormal en el útero.

RESUMEN

Sus síntomas más comunes son; inclinación de la cabeza del bebe hacia un lado, mentón del bebe inclinado hacia el lado opuesto, masa pequeña y firme de uno o dos centímetros en medio del músculo esternocleidomastoideo. Su tratamiento inicial siempre es conservador y consiste en fisioterapia, basado en un programa de ejercicios de elongación suaves y estimulación del bebe, en algunos casos tratamiento quirúrgico.

RESUMEN

- **Material y método:** El presente trabajo es un estudio de revisión bibliográfica, basado en la revisión de los trabajos científicos de los últimos 18 años de la precocidad del tratamiento fisioterápico en la TMC. Como fuente principal de este trabajo hemos utilizado estas bases de datos como: Medline, PEDro, LILACS, Science-Direct, Elseviere-Doyma, Pediatrics, Springer Link, IME-Biomedicina y CINAHL.
- **Objetivo:** Estudio de la precocidad de la fisioterapia en la tortícolis muscular congénita en los últimos 18 años.

RESUMEN

- **Resultado- discusión:** el índice de éxitos del tratamiento conservador es sobre todo dependiente en la edad de los pacientes en la iniciación del ejercicio. Los niños tratados durante el primer año de vida han obtenido mayores resultados.
- **Conclusión:** Como resultado de nuestra investigación en un periodo de los últimos 18 años podemos resaltar que la edad media de pacientes ha ido disminuyendo al paso de los años. Destacando así, una disminución de 5 meses de edad desde 1992 hasta el 2010.

- **Palabras clave:** Congenital Torticollis, Treatment, Physical therapy y Precociousness.

INTRODUCCION

- **DEFINICIÓN:**
- El nombre tortícolis procede del latín tortus collum (cuello torcido), significa inclinación o actitud viciosa de la cabeza y del cuello por diferentes causas.
- La TMC es un tipo de patología relativamente frecuente donde los músculos del cuello, particularmente el músculo esternocleidomastoideo, se contrae involuntariamente y hace inclinación ipsilateral de la cabeza y rotación contralateral de la cara y de la barbilla, demostrando atrofia del músculo y fibrosis intersticial.
- Se presenta en el recién nacido o se manifiesta en los dos primeros meses de vida. (1, 2)

INTRODUCCION

- La tortícolis muscular se puede subdividir en tres grupos:
- Grupo 1: es el grupo esternocleidomastoideo del tumor (SMT).Consiste en tortícolis con un tumor palpable, es decir, colli de la fibromatosis. Esto es una masa dura, movible dentro de la sustancia del SCM que se observa en el nacimiento. Esta masa, puede ser blanda a la palpación y regresa generalmente dentro del primer año de vida. Ésta es la presentación más común.
- Grupo 2: conocido como TA (muscular la tortícolis) Consiste en tortícolis con la tirantez del SCM. No hay ningún tumor palpable.

INTRODUCCION

- **ETIOLOGÍA:**

- Las etiologías son numerosas y de gravedad variable, incluyendo patologías puramente musculares, traumáticas, inflamatorias, infecciosas, tumorales y patologías no musculares, oculares, ORL, digestivas y sobre todo anomalías medulares y del sistema nervioso central.

INTRODUCCION

- La tortícolis puede producirse sin que se conozca la causa (idiopática), puede ser de origen genético (hereditaria) o puede ser adquirida secundaria a daños del sistema nervioso, como consecuencia de un parto difícil, debido a un defecto en el desarrollo del esternocleidomastoideo o como causa de una posición fetal anormal en el útero.

INTRODUCCION

- La fibrosis y el acortamiento del músculo podrían deberse también a una alteración en la irrigación sanguínea del propio músculo durante el embarazo. La arteria que lleva sangre al músculo está comprimida. La causa podría también ser un traumatismo obstétrico que provocaría un sangrado, un hematoma y una cicatrización dentro del músculo. Esto sucede con frecuencia cuando el bebé viene mal presentado o cuando es muy grande.(3, 4, 5)

INTRODUCCION

- **<u>INCIDENCIA</u>:**
- La Tortícolis se presenta en un 0.4 % de todos los nacimientos. Es más común en el período de recién nacido con una incidencia total que puede ser tan alta como nacimientos del 1:250.
- La variabilidad se divulga para extenderse a partir del 0.3 a 2.0% (3-6). Parece haber un predominio masculino leve con un cociente relativo aproximadamente del 3:2 (3). El lado derecho es más comúnmente afectado. (6)

INTRODUCCION

- **FISIOPATOLOGIA**
- Existen diferentes teorías para explicar la causa de la tortícolis muscular congénita:
- La primera de ellas relaciona la deformidad con la posición dentro del útero de la cabeza del bebé, lo que provocaría que se contrajera el músculo(esternocleidomastoideo) y, como consecuencia, que este músculo se engrosara (fibrosis) y acortara.
- La fibrosis y el acortamiento del músculo podrían deberse también a una alteración en la irrigación sanguínea del propio músculo durante el embarazo (la arteria que lleva sangre al músculo está comprimida).

INTRODUCCION

- La causa podría también ser un traumatismo obstétrico que provocaría un sangrado, un hematoma y una cicatrización dentro del músculo. Esto sucede con frecuencia cuando el bebé viene mal presentado o cuando es muy grande.
- Los músculos del cuello (esternocleidomastoideo principalmente) se estiraron demasiado durante el parto a la salida de la cabeza, causando un sangrado (hematoma) que se acumula presionando el músculo del cuello.

INTRODUCCION

- Poco a poco, este hematoma se reabsorbe y deja una cicatriz (tejido fibroso) que acorta y resta flexibilidad al músculo y esto hace que la cabeza se incline hacia un lado.
- Habitualmente aparece un pequeño bulto en el interior del músculo que es palpable y en ocasiones visible (puede medir de 1 a 3 cm. de diámetro). Este bultito, en forma de oliva, se aprecia mejor a las pocas semanas de vida y desaparece hacia los 3 meses.
- Trastornos espinales a nivel de las vértebras, generalmente en el curso de malformaciones congénitas (a esto se le llama “malformación congénita de la espina cervical”).
- Existen otras causas para que se pueda torcer el cuello del bebé, pero ninguna de estas provoca la hinchazón o edema del músculo esternocleidomastoideo como sucede en la Tortícolis Congénita.(7)

INTRODUCCION

- Factores de riesgo:
- Un bebé con peso elevado.
- Inadecuada presentación durante el parto
- Parto patológico.

INTRODUCCION

- **DIAGNOSTICO**
- Por lo general, un examen físico del bebé puede mostrar la inclinación característica de la cabeza, la tensión del músculo esternocleidomastoideo y la presencia de una masa en la porción media del músculo. Además de este examen y los antecedentes médicos completos, los procedimientos para diagnosticar la tortícolis muscular congénita pueden incluir los siguientes:
- **Radiografía** - para evaluar anomalías en los huesos del cuello y los hombros; examen de diagnóstico que utiliza rayos de energía electromagnética invisible para obtener imágenes de los tejidos, los huesos y los órganos internos en una placa radiográfica.

INTRODUCCION

El examen radiológico cuidadoso permite excluir la deformidad de Sprengel, el síndrome de Klippel-Feil, la mielodisplasia cervical y la occipitalización del atlas.

- **Ecografía** - para evaluar el músculo alrededor de la masa; técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia y una computadora para crear imágenes de vasos sanguíneos, tejidos y órganos. Se utiliza para ver el funcionamiento de los órganos internos y para evaluar el flujo sanguíneo a través de diversos vasos. Se ve asociación entre la tortícolis congénita y el pie zambo.

- **TAC** – puede en casos dudosos, descartar patología de las partes blandas del cuello que pueden producir tortícolis (linfangioma, hemangioma, teratoma).(8, 9, 10,11)

INTRODUCCION

- **TRATAMIENTO :**

- Si el trastorno no se corrige, el bebé no podrá mover la cabeza correctamente. Incluso puede provocar tensión permanente del músculo con asimetría (desarrollo desparejo) del cuello y la cara. El tratamiento específico para la tortícolis muscular congénita será determinado por el médico basándose en lo siguiente:(12, 13,14)

- la edad , el estado general de salud y los antecedentes médicos
- la gravedad del trastorno
- la tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias
- las expectativas para la evolución del trastorno
- Opinión o preferencia

INTRODUCCION

- El tratamiento puede incluir lo siguiente:

- programa de ejercicios de elongación suaves (para ayudar a aliviar la tensión y alargar el músculo esternocleidomastoideo)

- estimulación del bebé (para ayudarlo a aprender a mover y elongar el músculo)

- cirugía (para corregir el músculo acortado)

En la revisión bibliográfica consultada, se tuvieron también en cuenta otras variables no citadas en nuestro estudio, tales como la aplicación de la toxina botulínica para evitar una rigidez articular, según la opinión de diferentes autores consultados (15, 16).

INTRODUCCION

VALORACIÓN FISIOTERÁPICA

- Antes de comenzar el tratamiento tendremos en cuenta:

1. Aspecto general del niño sobre todo de la posición de la cabeza con respecto al cuerpo.
2. Palpación de la tumefacción para determinar su extensión y si hay dolor.
3. Movilización pasiva y activa para determinar el ángulo de movilidad existente.
4. Grado de asimetría facial y craneal se valora girando la cabeza del niño hacia la posición media con la cara hacia arriba.
5. Valorar durante la etapa de desarrollo la posible aparición de asimetrías de los miembros o del tronco y la anormalidad de reflejos.

INTRODUCCION

TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

- Debe comenzar en cuanto se detecta la deformidad, es decir, recién nacido o en los primeros meses de vida y el porcentaje de curación completa sin deformidades llega a alcanzar el 90%.
- Los fisioterapeutas, enseñan a los padres estos ejercicios de modo que lo realicen 4 ó 5 veces al día durante 15 minutos, después seremos los encargados de comprobar la eficacia y hacer las correcciones pertinentes.

INTRODUCCION

El tratamiento consta de las siguientes fases:

FASE PREPARATORIA

- Intentamos que el niño se relaje colocándolo en sedestación sobre nuestras piernas e imprimiéndole movimientos de bamboleo y lateralización. Añadimos maniobras de masoterapia (amasamiento, pellizcamiento, vibración…) con el objeto de disminuir el tono muscular por inhibición de los husos neuromusculares.

INTRODUCCION

FASE DE MOVILIZACION PASIVA

- Consta de unos ejercicios de estiramiento que tienen que ser realizados por dos personas, de forma que una realiza las movilizaciones de cuello y la otra estabiliza los hombros para evitar compensaciones. Se coloca al niño en decúbito supino con la cabeza fuera de la camilla y la maniobra consiste en lateralizar el cuello hacia el lado contralateral, rotarlo hacia el lado homolateral añadiendo una ligera flexión de cuello y un amasamiento en sentido longitudinal de las fibras del ECM para conseguir una elongación del músculo.

INTRODUCCION

- Con el niño en decúbito prono y con la cabeza girada hacia el lado afectado se hace una elongación del trapecio homolateral desde su origen hasta su inserción.
- Además se realizan pellizcamientos en el cuerpo muscular del trapecio del lado contrario, acompañándolos con estímulos sonoros y táctiles a ambos lados para desarrollar su simetría.

INTRODUCCION

FASE DE ESTIMULACIÓN

- Aquí se debe conseguir el movimiento activo del niño en sentido de corrección, con las maniobras que vamos a detallar a continuación. Se debe en todo momento fijar los hombros para evitar la compensación del tronco.

¬ Volteos: sensación de volteo hacia el lado no afecto insistiendo en la rotación que provoca la elongación del ECM.

¬ Maniobra de Pull to Sit: paso de acostado a sentado desde decúbito supino y desde decúbito lateral.

¬ Reacción óptica: estimulaciones visuales.

INTRODUCCION

¬ Reacciones de enderezamiento: se harán de acuerdo a su desarrollo madurativo y en el sentido normalizador de la contractura.

¬ Reflejo de incurvamiento lateral del tronco o Reflejo de Galant: colocamos al niño en sedestación y estimulamos entre la 9ª y la 12ª costilla del lado del hemicuerpo no afecto. La respuesta será lateralizar el tronco, cuello y cabeza hacia el lado que estimulamos.

- Los niños que al año y medio de edad no han respondido satisfactoriamente a este tratamiento o han sido diagnosticados tardíamente, pueden necesitar tratamiento quirúrgico consistente en un alargamiento del ECM.

INTRODUCCION

EVOLUCION

- La evolución habitual es la recuperación completa en 2-3 meses. Si a los 6 meses de edad persiste la tortícolis, si el niño presenta plagiocefalia al diagnóstico o en el mayor de un año y sin mejoría de la fisioterapia se debe considerar la cirugía por liberación monopolar o bipolar del músculo esternocleidomastoideo, con alargamiento por división de músculo, e inmovilización en posición sobrecorregida durante varias semanas, con fisioterapia posterior.

INTRODUCCION

OBJETIVOS

- Estudiar las manifestaciones de la tortícolis muscular congénita y el tratamiento de fisioterapia.

- Analizar la precocidad del tratamiento de la fisioterapia en los estudios sobre la tortícolis muscular congénita asi como sus medidas terapéuticas.

MATERIAL Y METODO

- Es un estudio de revisión bibliográfico en la base de datos y plataformas electrónicas:
- Medline
- PEDro
- LILACS
- Science-Direct
- Elseviere-Doyma
- Pediatrics
- Springer Link
- IME-Biomedicina
- CINAHL.

MATERIAL Y METODO

- Los descriptores utilizados para las búsquedas; Congenital Torticollis, Treatment y Physical therapy. Dichos descriptores han sido unidos con el operador lógico AND.
- Los límites seleccionados en las búsquedas de estudios fueron: artículos a texto completo gratuitos o resúmenes, publicados en castellano, inglés, francés y portugués. Datados en los últimos 18 años.
- El periodo de búsqueda de este trabajo se ha realizado desde Octubre del 2009 hasta Abril del 2010.

MATERIAL Y METODO

- Los criterios de inclusión para esta búsqueda han sido diversos relacionados con tratamiento fisioterapéutico, ensayos clínicos, precocidad, tratamiento postural y estudios de campo.
- Fueron excluidos artículos realizados a mayores de 20 años, relacionados con el tratamiento médico, cirugía, farmacología y estudios realizados sobre plagiocefalia y luxación de cadera.

MATERIAL Y METODO

- El total de artículos revisados fueron 158 de los cuales descartamos 117 por falta de información, siéndonos validos 41 articulos. La estrategia de búsqueda para esta revisión se ve reflejada en la siguiente tabla 1.

BASES DATOS	*CMT AND PRECOCIOUSNESS*	*CMT AND TREATMENT*	*CMT AND PHYSICAL THERAPY*	*FULL TEXT*
Medline	4(2)	14(8)	5(2)	40(19)
PEDro	1(1)	-	-	1(1)
LILACS	2	3(2)	1	1(1)
Science-Direct	-	20(4)	2	10(2)
Elseviere-Doyma	1(1)	-	-	1(1)
Pediatrics	3(2)	4(1)	2	8(2)
IME-Biomedicine	6(3)	28(3)	11(2)	20(3)

Tabla 1. Bases de datos consultadas- descriptores utilizados.

(Nº(Nº) = Artículos obtenidos /Artículos seleccionados.)
CMT = Congenital Muscular Torticollis

RESULTADOS

- Los beneficios que se obtuvieron en la precocidad del tratamiento fisioterápico de la TMC, fueron muy diversos, puntualizando la eficacia de dicho tratamiento realizado en niños en los primeros meses de vida ,evitando así, el tratamiento quirúrgico. Dentro de este tratamiento podemos destacar una mejora en amplitud del movimiento articular, alivio de la tensión muscular, elongación del músculo esternocleidomastoideo.(17,18).

RESULTADOS

Exploración

- Para las valoración del diagnóstico de la tortícolis muscular congénita por lo general se empieza realizando un examen físico del paciente. Además de este examen y los antecedentes médicos completos, los procedimientos para diagnosticar la tortícolis muscular congénita pueden incluir un examen radiológico evaluando las anomalías en los huesos del cuello y los hombros o una ecografía para la evaluación de los músculos alrededor de la masa, en caso dudoso puede ser complementado con un TAC. El cual, descarta patologías de las partes blandas del cuello que pueden producir tortícolis. (1,19).

RESULTADOS

Patologias asociadas de TMC

- En los diferentes artículos revisados podemos destacar que los niños con tortícolis muscular congénita presentan alguna patología asociada, destacando por su mayor incidencia la plagiocefalia en primer lugar, seguida en un menor grado la luxación congénita de cadera. Por eso es muy importante realizar una exploración minuciosa de la cadera, incluyendo una ecografía a las 6 semanas. También se ve asociación entre la tortícolis muscular congénita la fractura de clavícula y las deformidades de los pies, destacando el pie zambo.(20, 21, 22, 23,24,25,)

RESULTADOS

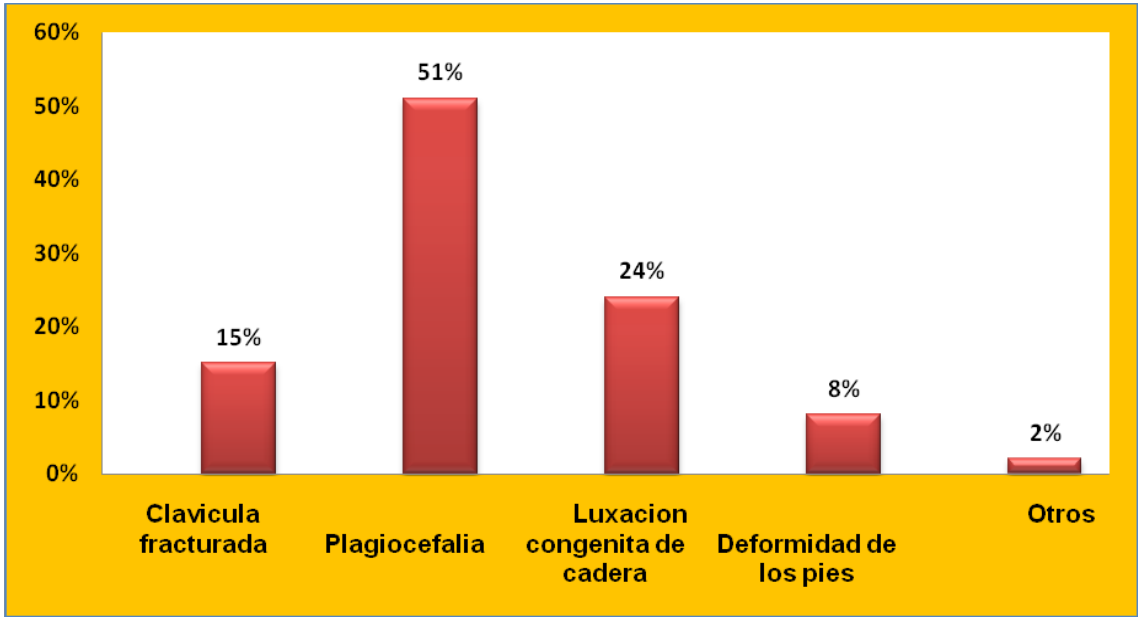


Figura 1. Representación gráfica de las patologías asociadas a la tortícolis muscular congénita.

En varios artículos revisados se resaltó que si el tratamiento no era realizado precozmente podría aparecer una deformidad del cráneo más asimetría facial denominada, plagiocefalia. Patología asociada a la tortícolis muscular congénita más común, como hemos mostrado anteriormente.

RESULTADOS

Incidencia.

- La Tortícolis muscular congénita se presenta en un 0.4 % de todos los nacimientos. Es más común en el período de recién nacido con una incidencia total que puede ser tan alta como nacimientos del 1:250.
- La variabilidad se divulga para extenderse a partir del 0.3 a 2.0%. Parece haber un predominio masculino leve con un cociente relativo aproximadamente del 3:2 . El lado derecho es más comúnmente afectado.(Figura 2)

RESULTADOS

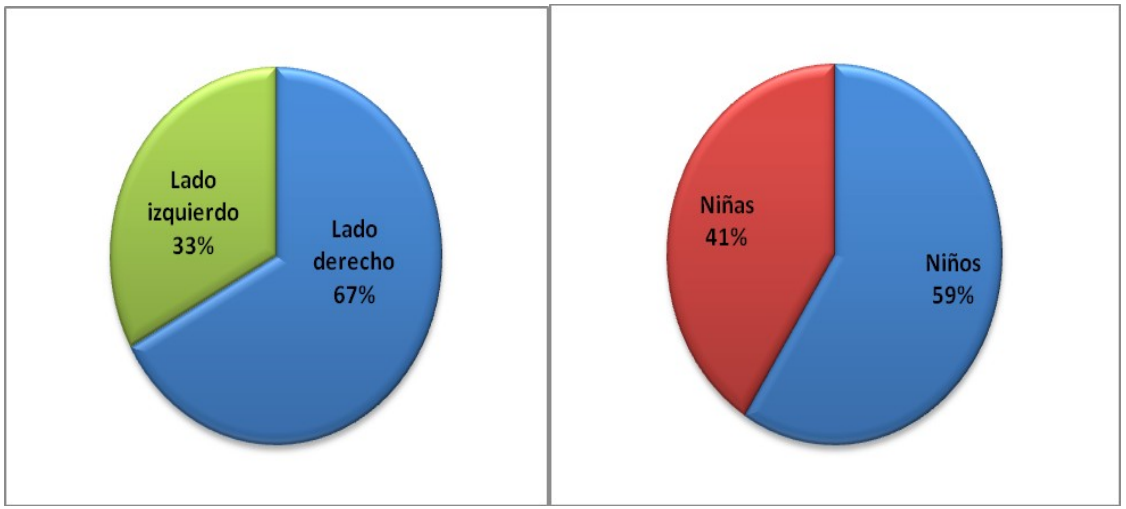


Figura 2. Representación grafica del porcentaje lados afectos y sexo de los pacientes

En nuestro estudio, hemos analizado que la incidencia de sexo en los diferentes caso clínicos ha sido más notable en niños, así como su lado afecto, siendo el derecho.(26, 27)

RESULTADOS

Factores de riesgo predominantes en la tortícolis congénita muscular.

- Existen diferentes teorías obtenidas en la búsqueda de diferentes artículos para explicar la causa de la tortícolis muscular congénita. En primer lugar podemos destacar la deformidad de la posición dentro del útero de la cabeza del bebé, otra causa podría ser una alteración en la irrigación sanguínea del propio músculo durante el embarazo y por último se podría producir un traumatismo obstétrico que provocaría un sangrado, un hematoma y una cicatriz dentro del músculo.

RESULTADOS

Edad del inicio del tratamiento en la tortícolis muscular congénita.

- Es de suma importancia la aclaración de diversos autores acerca del inicio de la edad del tratamiento en la tortícolis muscular congénita :

- Savav Demirbilek ( ) realizó un estudio, durante 5 años(1992- 1997), con 57 pacientes con TMC , con una edad media entre 3 y 5 meses. Obteniendo mejores resultados en los niños tratados antes de los 3 meses de edad. Destacando unos excelentes resultados en un 49% de pacientes.

RESULTADOS

- Carolyn Emery ( ) basándose en un estudio de 101 pacientes, durante un año(1994), con una edad media de 4 meses, obteniendo unos resultados especialmente notables de los 4-7 meses de tratamiento, alcanzando todos excepto uno la recuperación completa de movimiento.

- Susan Scott Freed ( ) expone que tras realizar un estudio durante dos años(2004-2005) de 40 pacientes, con una edad media entre 24 dias y 4 meses. El resultado fue mejorable en un 38% para niños tratados antes de los 2 meses de edad.

RESULTADOS

- M. Lukac y D. Jani( ) realizaron un estudio de 980 pacientes de los cuales 496 eran varones y 488 hembras, con una edad media entre 1 y 12 meses. Este estudio tuvo lugar durante un periodo de tres años(2007-2009), obteniendo un resultado mas favorable en aquellos pacientes tratados antes de los 3 meses de edad.

Diversos autores han defendido que el índice de éxitos del tratamiento conservador es sobre todo dependiente en la edad de los pacientes en la iniciación del ejercicio. Los niños tratados durante el primer año de vida han obtenido mayores resultados. (art. 1995/1941).(28, 29, 30, 31)

RESULTADOS

Tratamiento fisioterápico en TMC

Según los artículos revisados hemos observado que el tratamiento fisioterápico será determinado en cada paciente basándose en los siguientes datos: (32, 33, 34, 35)

- Edad del paciente
- Estado general de su salud
- Antecedentes médicos
- Gravedad de su transtorno
- Tolerancia a la terapia

RESULTADOS

Diversos autores aclaran la importancia del tratamiento fisioterápico:

- Il Jae Lee (2007), realizó un estudio observacional de 20 pacientes a los que se le realizó un tratamiento fisioterápico conservador obteniendo un 98% de resultados favorables y un 2% se le realizo cirugía por limitación de 10º en rotación e inclinación lateral del cuello.
- Chandler FA y Atenberg A. (1994), exponen un estudio con 101 pacientes recibiendo un tratamiento de terapia manual realizándoles estiramientos pasivos del esternocleidomastoideo afectado, ejercicio de fortalecimiento para el lado contralateral e higene postural. Obteniendo unos resultados de 99% favorables con recuperación completa del movimiento y tan solo 1% cirugía a los 14 años por falta de recuperación.

RESULTADOS

- Colleen Coulter-O'Berry,(2004) elabora un estudio de 69 pacientes de los cuales el 47% manifestaban un bulto palpable. Recibieron un tratamiento conservador usando además vendas elásticas de Cheng, obteniendo como resultados favorables un 69% y un 31% de pacientes se le realizó cirugía.

- Farzad Omidi-Kashani(2008) En su estudio realizado a 14 paciente durante un año, usando un tratamiendo conservador basado en ejercicios activos y pasivos obtuvo como resultado 7 pacientes con una mejoría muy favorable, 5 pacientes con evolución favorables y 2 pacientes casi sin evolución, los cuales recibieron un tratamiento quirúrgico a los 18 años. Destacando entre ellos 3 pacientes con una acentuada mejoría en escoliosis.

RESULTADOS

- Halil Faruk Atayurt(1992) realizó un estudio de 52 pacientes con un tratamiento conservador de estiramientos de los cuales 44% de los pacientes tuvieron unos resultados excelentes.
- Tras este estudio los pacientes deben de someterse a un tratamiento fisioterápico, según nuestra revisión los tratamiento más usados se basa en la terapia manual, destacando con un resultado bastante favorable las movilizaciones pasivas desde su iniciación al tratamiento, así como estiramientos pasivos del esternocleidomastoideo afectado y ejercicios de fortalecimiento para el lado contralateral.

RESULTADOS

Tratamiento quirúrgico

A través de este estudio bibliográfico se ha observado que el tratamiento quirúrgico es generalmente ultilizado en casos muy avanzados en el desarrollo de esta patología, habiendo realizado antes un tratamiento fisioterápico sin evolución favorable.

- El autor Lee IJ SY: realizó un estudio de 20 pacientes con tortícolis muscular congénita durante el periodo 2007-2008. La edad paciente era 47.6 meses en la operación.

RESULTADOS

- Dieciocho de los 20 pacientes comenzaron un programa de fisioterapia preoperatoriamente. Todos los pacientes recibieron la fisioterapia satisfactoriamente postoperatoria y llevaron un collarín para corregir la posición de la cabeza. En 3 meses postoperativamente, el recorrido articular del cuello fueron determinadas. Dieciocho pacientes mostraron una amplitud completa de movimiento de rotación de cuello y la flexión lateral, pero un paciente mostró 10º de limitación en la flexión lateral, y el otro mostró 10º de limitaciones de rotación de cuello y la flexión lateral.

CONCLUSION

- Podemos decir que nuestra revisión bibliográfica hemos alcanzado algunos de los objetivos planteados como pueden ser: el estudio de la precocidad del tratamiento fisioterápico en casos de esta patología y proporcionar medidas terapéuticas.
- Haciendo una valoración global de nuestro estudio, en el que hemos abarcado un periodo de los últimos 18 años podemos resaltar que la edad media de pacientes con el paso de los años ha ido disminuyendo hasta 5 meses de edad cronológica en el periodo de tiempo desde 1992 a 2010.

BIBLIOGRAFÍA

1: Sankar WN, Weiss J, Skaggs DL. Orthopaedic conditions in the newborn. J Am
Acad Orthop Surg. 2009 Feb;17(2):112-22. Review. PubMed PMID: 19202124.
2: Turkyilmaz Z, Karabulut R, Bayazit YA, Sonmez K, Koybasioglu A, Yilmaz M,
Kemaloglu YK, Basaklar AC. Congenital neck masses in children and their
embryologic and clinical features. B-ENT. 2008;4(1):7-18. Review. PubMed PMID:
18500016.
3: Peyrou P, Moulies D. [Torticollis in children: diagnostic approach]. Arch
Pediatr. 2007 Oct;14(10):1264-70. Epub 2007 Sep 4. Review. French. PubMed PMID:
17804208.

BIBLIOGRAFIA

4: Stevens P, Downey C, Boyd V, Cole P, Stal S, Edmond J, Hollier L. Deformational plagiocephaly associated with ocular torticollis: a clinical study
and literature review. J Craniofac Surg. 2007 Mar;18(2):399-405. Review. PubMed
PMID: 17414292.
5: Herman MJ. Torticollis in infants and children: common and unusual causes.
Instr Course Lect. 2006;55:647-53. Review. PubMed PMID: 16958498.
6: Goel A, Sharma P, Dange N, Kulkarni AG. Techniques in the treatment of craniovertebral instability. Neurol India. 2005 Dec;53(4):525-33. Review. PubMed
PMID: 16565547.

BIBLIOGRAFIA

7: Brodsky MC, Donahue SP, Vaphiades M, Brandt T. Skew deviation revisited. Surv
Ophthalmol. 2006 Mar-Apr;51(2):105-28. Review. PubMed PMID: 16500212.

8: Do TT. Congenital muscular torticollis: current concepts and review of
treatment. Curr Opin Pediatr. 2006 Feb;18(1):26-9. Review. PubMed PMID: 16470158.

9: van Vlimmeren LA, Helders PJ, van Adrichem LN, Engelbert RH. Torticollis and
plagiocephaly in infancy: therapeutic strategies. Pediatr Rehabil. 2006
Jan-Mar;9(1):40-6. Review. PubMed PMID: 16352505.

BIBLIOGRAFIA

10: Sönmez K, Türkyilmaz Z, Demiroğullari B, Ozen IO, Karabulut R, Bağbanci B,
Başaklar AC, Kale N. Congenital muscular torticollis in children. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 2005;67(6):344-7. Epub 2005 Dec 1. Review. PubMed
PMID: 16327275.
11: van Vlimmeren LA, Helders PJ, van Adrichem LN, Engelbert RH. Diagnostic
strategies for the evaluation of asymmetry in infancy-a review. Eur J Pediatr.
2004 Apr;163(4-5):185-91. Epub 2004 Feb 17. Review. PubMed PMID: 14986126.
12: Lincoln TL, Suen PW. Common rotational variations in children. J Am Acad
Orthop Surg. 2003 Sep-Oct;11(5):312-20. Review. PubMed PMID: 14565753

BIBLIOGRAFIA

13: Brodsky MC. Latent heliotropism. Br J Ophthalmol. 2002 Dec;86(12):1327-8.
Review. PubMed PMID: 12446357; PubMed Central PMCID: PMC1771414.
14: van Wouwe JP, Siderius EJ, Borstlap R, Nijenhuis TA, Hirasing RA. [Optimal
medical care for children with Down syndrome and their parents]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2001 Aug 25;145(34):1617-21. Review. Dutch. PubMed PMID: 11552361.
15: McGee S, Burkett KW. Identifying common pediatric neurosurgical conditions in
the primary care setting. Nurs Clin North Am. 2000 Mar;35(1):61-85. Review. PubMed PMID: 10673565.

BIBLIOGRAFIA

16: Berguerand F, Esteve C. [Torticollis in the newborn. A case presentation and
review of the literature]. Rev Med Suisse Romande. 1998 Mar;118(3):251-3. Review.
French. PubMed PMID: 9594600.
17: McPherson E, Clemens M. Bruck syndrome (osteogenesis imperfecta with
congenital joint contractures): review and report on the first North American
case. Am J Med Genet. 1997 May 2;70(1):28-31. Review. PubMed PMID: 9129737.
18: Porter SB, Blount BW. Pseudotumor of infancy and congenital muscular
torticollis. Am Fam Physician. 1995 Nov 1;52(6):1731-6. Review. PubMed PMID:
7484683.

BIBLIOGRAFIA

19: Hiraga T, Abe M, Iwasa K, Takehana K, Tanigaki A. Cervico-pectoral ectopia

cordis in two Holstein calves. Vet Pathol. 1993 Nov;30(6):529-34. Review. PubMed

PMID: 8116146.

20: Panter KE, Keeler RF. Quinolizidine and piperidine alkaloid teratogens from

poisonous plants and their mechanism of action in animals. Vet Clin North Am Food

Anim Pract. 1993 Mar;9(1):33-40. Review. PubMed PMID: 8457928.

21: Bauer H, Appaji G, Mundt D. VOJTA neurophysiologic therapy. Indian J Pediatr.

1992 Jan-Feb;59(1):37-51. Review. PubMed PMID: 1535338

BIBLIOGRAFIA

22: Darrouzet V, Greselle JF, Diogo de Paiva A, Bébéar JP. [Diagnostic

contribution of the new imaging systems in arterial and nerve disorders of the

posterior fossa]. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 1991;112(3):239-44. Review.

French. PubMed PMID: 1896698.

23: Lawrence WT, Azizkhan RG. Congenital muscular torticollis: a spectrum of

pathology. Ann Plast Surg. 1989 Dec;23(6):523-30. Review. PubMed PMID: 2696414.

24: Wolfort FG, Kanter MA, Miller LB. Torticollis. Plast Reconstr Surg. 1989

Oct;84(4):682-92. Review. PubMed PMID: 2675152.

BIBLIOGRAFIA

25: Cruysberg JR, Mtanda AT, Duinkerke-Eerola KU, Huygen PL. Congenital adduction

palsy and synergistic divergence: a clinical and electro-oculographic study. Br J

Ophthalmol. 1989 Jan;73(1):68-75. Review. PubMed PMID: 2645932; PubMed Central

PMCID: PMC1041646.

26: Holdiness MR. Neurological manifestations and toxicities of the

antituberculosis drugs. A review. Med Toxicol. 1987 Jan-Feb;2(1):33-51. Review.

PubMed PMID: 3547005.

27: Rubin SE, Wagner RS. Ocular torticollis. Surv Ophthalmol. 1986

May-Jun;30(6):366-76. Review. PubMed PMID: 3523807.

BIBLIOGRAFIA

28: Jacobson RI. Abnormalities of the skull in children. Neurol Clin. 1985

Feb;3(1):117-45. Review. PubMed PMID: 3887124.

29: Hensinger RN, Jones ET. Developmental orthopaedics. II: The spine, trauma and

infection. Dev Med Child Neurol. 1982 Apr;24(2):202-18. Review. PubMed PMID:

7047264.

30: Mehregan AH. Superficial fibrous tumors in childhood. J Cutan Pathol. 1981

Oct;8(5):321-34. Review. PubMed PMID: 7037883.

BIBLIOGRAFIA

31: Dommisse GF, de Wet IS, Scholtze O, Hamersma T, de Beer MG. Juvenile

fibromatosis and other diseases of connective tissue. S Afr Med J. 1979 Dec

8;56(24):1035-40. Review. PubMed PMID: 399095.

32: Illingworth RS. Why blame the obstetrician? A review. Br Med J. 1979 Mar

24;1(6166):797-801. Review. PubMed PMID: 373851; PubMed Central PMCID:

PMC1598444.

33: Saperstein G, Leipold HW, Dennis SM. Congenital defects of sheep. J Am Vet

Med Assoc. 1975 Aug 15;167(4):314-22. Review. PubMed PMID: 238924.

BIBLIOGRAFIA

34: Shtul'man DR. [Spinal cord lesions in several congenitll and acquired

diseases of the spine (review of the literature)]. Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S

Korsakova. 1970;70(9):1418-29. Review. Russian. PubMed PMID: 4929750.

35: Tachdjian MO. Diagnosis and treatment of congenital deformities of the

musculoskeletal system in the newborn and the infant. Pediatr Clin North Am. 1967

May;14(2):307-58. Review. PubMed PMID: 5337113.

TEMA 248. CARCINOMATOSA LEPTOMENÍNGEA COMO DEBÚT DE ADENOCARCINOMA PULMONAR ESTADIO IV.

- LAURA PULIDO FONTES
- MARTA PULIDO FONTES
- MARTA RINCÓN FRANCÉS
- MARTA GOMEZ ALONSO

ÍNDICE

- HISTORIA CLÍNICA
- ANTECEDENTES PERSONALES
- EXPLORACIÓN FÍSICA
- PLAN INICIAL
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS INICIALES
- PLAN POSTERIOR
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS POSTERIORES
- DIAGNÓSTICO INICIAL
- EVOLUCIÓN CLÍNICA
- DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
- CARCINOMATOSIS LEPTOMENINGEA
- BIBLIOGRAFIA

HISTORIA ACTUAL

- Mujer de 55 años de edad valorada en consultas externas por cefalea intensa diaria de inicio hace 4 meses, sin respuesta a distintas pautas analgésicas (prednisona, gabpentina, paracetamol, fentanilo)
- Inicialemente dolor cervical con extensión holocraneal, posteriormente dolor continuo holocraneal. Peor en decúbito.
- El dolor le incapacita para las actividades de la vida diaria, le dificulta el descanso nocturno y en ocasiones le despierta. No asocia otra clínica.

ANTECEDENTES PERSONALES

- Mujer 55 años. Fumadora de 1 paquete cigarrillos/día.
- Diagnósticos previos:

  -Colón espástico.

  -Migraña

  -Histerectomia con anexectomía unilateral por miomas.

  - En 2000 linfoma folicular nodular estadio IV (infiltración MO y hepática), bulky abdominal, en remisión completa (2002) tras quimioterapia y radioterapia abdominal de consolidación.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- TA: 120/85; FC:65
- Consciente, orientada y colaboradora. Lenguaje normal. MOE y campos visuales por confrontación normal. Balance motor y sensibilidad normal. No dismetrias dedo-nariz. Dolor a la movilización cervical.

PLAN INICIAL

- Se refuerza analgesia con paracetamol+tramadol pautado cada 8 horas y amitriptilina 25mg cada 24 horas.
- Se solicita RM craneal

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS INICIALES

- ANALÍTICA SANGUÍNEA GENERAL: dentro de parámetros de la normalidad.

- RM CRANEAL: M**últiples lesiones nodulares** de tamaño subcentimétrico de distribución supra e infratentorial, de localización periférica. A nivel supratentorial se localizan en la **región temporal anterior izquierda**, en **núcleos mediales talámicos, rolándica y parietal izquierdas, y en el hemisferio contralateral, en circunvolución inferior temporal, circunvolución frontal medial y parietal izquierdas.** Tras contraste **realce intenso**, unas de forma **homogénea y otras de forma anular**, apreciándose en la fosa posterior la presencia de un **realce leptomeníngeo significativo**. Las lesiones no se acompañan de restricción a la difusión, siendo todas ellas compatibles con metástasis. Conclusión: hallazgos compatibles con **metástasis parenquimatosas y meníngeas**

PLAN POSTERIOR

- Ante los hallazgos de la RM se completa estudio con:

  -Analítica sanguínea completa con marcadores tumorales.

  -Punción lumbar

  -Ecografía mamaria y mamografía

  -TAC tóraco-abdominal

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS POSTERIORES

- Analítica sanguíneas: PCR y VSG: normal. ECA: normal. Leve aumento,1.9, tiroxina libre (0.8-1.76) con tirotropina normal. Marcadores de autoinmunidad normal. Marcadores tumorales carcinoembrionario 201.98 (0-5), Ca 125 131.3 (0-35), Enolasa especifica neuronal 15.13 (0-12.5) Serologías negativas.

- Punción lumbar: 20 leucocitos 10 glucosa 121 Proteínas

  Citometría de flujo en LCR: no datos de infiltración por linfoma. En la citología células de gran tamaño que no corresponden con células de estirpe hematológica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS POSTERIORES

- Ecografia mamaria y mamografia: sin hallazgos patológicos.

- TAC Toraco-abdominal: Imagen nodular de densidad sólida de 2,4 cm de diámetro, en el lóbulo pulmonar superior izquierdo, con contorno lobulado y cierta infiltración parenquimatosa periférica. Múltiples imágenes nodulares subcentimétricas, distribuidas difusamente por el parénquima pulmonar de ambos hemitórax. En hígado se identifican 3 nódulos hipodensos. Bazo, vesícula y vías biliares, páncreas, retroperitoneo medial, aorta abdominal, riñones y colectores urológicos normales. Conclusión: Nodularidad pulmonar y hepática. Adenopatías mediastínicas. Nódulo predominante en el LSI, considerar primario pulmonar.

DIAGNÓSTICO INICIAL

- Carcinomatosis leptomeníngea como primera manifestación de tumor primario (probable pulmonar)

EVOLUCIÓN CLÍNICA

- Se deriva a la paciente a neumología donde programan lavado broncoalveolar cuya citología concluye **“positivo para células neoplásicas. Carcinoma no microcitico. Compatible con adenocarcinoma de pulmón”**

- Con estos resultados presentada en el comité de tumores de torax ▭ RxTx holocraneal con posterior cita en oncología medica para valorar tratamiento sistémico.

- Evolución clínica: control analgésico farmacológico (amitriptilina 20mg/24, paracetamol 1gr/8, tramadol ½ amp/ 8h, morfico) Exploratoriamente signos meníngeos sin otros hallazgos.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Carcinomatosis leptomeníngea como primera manifestación de tumor primario. Adenocarcinoma de pulmón LSI T4 N2 M1b. Estadio IV.

CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA

GENERALIDADES:

- Diseminación de células neoplasicas en el espacio leptomeníngeo.
- Considerada complicación rara del cáncer, debido a la mayor supervivencia de los pacientes con cáncer entidad con frecuencia en aumento.
- Entre un 4-15% de los pacientes con cáncer. Más frecuente en LLA, LNH grado intermedio o alta y tumores sólidos: mama, pulmón, melanoma y gastrointestinal. Adenocarcinoma.
- Primera manifestación del cáncer 10-20% Habitual aparición tardía asociada a otras metástasis.

CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA

PATOFISIOLOGÍA

- Diseminación hematógena (vía arterial desde metástasis parenquimatosas ó a través de los plexos coroideos o plexos venosos paravertebrales)
- Invasión espacio subaracnoideo o ventrículos desde ruptura de metástasis.
- Extensión retrograda desde raíces nerviosas y nervios craneales.
- Desde metástasis óseas adyacentes

CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA

CLÍNICA

- Afectación simultanea de diversos niveles.
- Síntomas de presentación mas comunes incluyen neuropatías craneales, radiculopatias (lumbosacras) y síntomas cerebrales generales como cefalea y alteraciones del estado mental. Puede provocar hidrocefalia y cefalea por obstrucción del LCR.

CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA

DIAGNÓSTICO

- LCR: estudio más especifico, sensibilidad limitada aumentando la misma en punciones sucesivas (3) Estudio de biomarcadores en LCR (CEA, beta-glucuronidasa, Ca 15.3, b-microglobulina) aumento de la sensibilidad diagnostica y útiles en la monitorización.
- Alteraciones en LCR: aumento de la P de apertura, hiperproteinoraquia, hipoglucorraquia y pleocitosis mononuclear.
- Estudios de imagen: RM contraste de elección. Realce leptomeningeo (no especifico, hipotensión de LCR, meningitis crónicas, neurosarcoidosis,…) Sugestivo hidrocefalia sin masa identificable.
- Clínica

CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

- No esquema bien definido. Dirigido a la totalidad del espacio subaracnoideo
- Opciones:
  - Quimioterapia intratecal (metotrexate, citarabina y tiotepa) administración por medio de PL o implantación de reservorio intraventricular. Recordar que la distribución del fármaco se puede ver afectada por la existencia de obstrucción del flujo de LCR.
  - Radioterapia: útil para lesiones focales con lesión localizada y sintomática. De elección para tratamiento paliativo.
- Pronóstico: desfavorable. Sin tratamiento supervivencia media 4-8 semanas, con tratamiento 3-6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

- Le Rhun E, Galanis E. Leptomeningeal metastases of solid cancer. Curr Opin Neurol. 2016 Dec;29(6):797-805. Review.
- Lukas RV, Buerki R, Mrugala MM. Management of Leptomeningeal Disease From Solid Tumors. Oncology (Williston Park). 2016 Aug;30(8):724-30. Review.
- Trinh VT, Medina-Flores R, Chohan MO. Leptomeningeal carcinomatosis as primary manifestation of pancreatic cancer. J Clin Neurosci. 2016 Aug;30:124-127. Review.
- Sekhar A, Corbo B, Das K, Biswas S. Leptomeningeal carcinomatosis: easy to miss. J R Coll Physicians Edinb. 2017 Dec;47(4):351-352.

TEMA 249. ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN NUEVAS TECNOLOGÍAS Y ESTRÉS EN CENTROS DE SALUD.

FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- INVESTIGACIÓN
- PLAN DE TRABAJO
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

En el trabajo planteado, trataré de realizar una investigación sobre el estrés a consecuencia de las nuevas tecnologías que se introducen en las instituciones sanitarias, tratando de focalizarme en los nuevos riesgos que pueden surgir.. Para ello trataré de analizar la evolución en lo que se refiere a nuevas tecnologías aplicadas y las innovaciones en cuanto a los nuevos protocolos de actuación que modifican las metodologías de trabajo que se venían siguiendo. El estrés como nueva patología asociada a los cambios tecnologicos que aparece suelen constituir fuentes de absentismo laboral, que repercuten muy negativamente en los costes de la empresa y en la salud de los propios trabajadores.

OBJETIVOS

- Identificar las relación entre las nuevas tecnologías que deben usar los trabajadores y la aparición de estrés a consecuencia de ello, que se puedan dar en los centros e salud y que puedan afectar al personal que ejerce su actividad laboral en ellos.

- Analizar el alcance que pueden alcanzar dichos factores y las medidas que habría que tomar para evitarlos o eliminarlos.

INVESTIGACIÓN

Se llevaría a cabo un estudio descriptivo con diseño transversal y usando el método cualitativo, que nos permita analizar los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios planteados. Las variables del estudio serán psicoemocionales, estilo de vida, etc...
La población de estudio será una muestra de al menos 50 profesionales aquejados de problemas psicosociales sin limite de edad o sexo.

PLAN DE TRABAJO

Se incluiran en el trabajo profesionales que lleven al menos 10 años de experiencia en atención primaria.

Se incluira en el estudio personal medico, diplomados y tecnicos superiores, incluyendo personal de gestión y servicios o personal laboral no estatutario.

Se establece una media de 5 meses para obtener resultados concluyentes.
Anonimato de los participantes en el estudio.

Se realizarán cuestionarios abiertos y anónimos que se recogerán en un buzón de Atención Primaria para que cada trabajador se exprese libremente.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- Psicología de la organización.Schein,E. Prentice Hall
- Estrés laboral y evaluación de riesgos. Agencia Europea para la seguridad y salud (2009)

Bournout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes. .

TEMA 250. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CATETER VENOSO CENTRAL

- **LUCÍA ÁLVAREZ PRENDES**

ÍNDICE

- **Introducción**
- **Evaluar los cuidados de enfermería para la prevención de infecciones en pacientes con catéter venoso central.**
- **Analizar los cuidados del catéter venoso central (CVC) en la Unidad de Hemodiálisis.**
- **Determinar los cuidados del catéter venosos central (CVC) que el paciente debe realizar en su domicilio.**

INTRODUCCIÓN

¿Qué cuidados o medidas debe llevar a cabo un paciente en diálisis?

1. Líquidos: Uno de los aspectos a controlar en un paciente sometido a un programa de diálisis, es la ingesta de líquidos diaria, para evitar su retención excesiva y la formación de edemas, ya que no es capaz de eliminarlo a través de la orina. En general, la ingesta diaria de líquido recomendada oscila entre los 500 y los 800 ml, dependiendo de la función renal de cada paciente.

2.Alimentación:será de suma importancia, evitar los alimentos más ricos en potasio y sodio.

3.Acceso vascular: La necesidad de mantener un buen funcionamiento (ya sea mediante fístula arteriovenosa o a través de catéter venoso central o periférico) obliga a tener un gran cuidado del mismo.

¿Qué debe realizar el personal de enfermería?

- Para proporcionar la máxima calidad a los pacientes en tratamiento renal sustitutivo, se debe proporcionar la información básica tanto al paciente como a su familia y de esta forma el personal sanitario será capaz de lograr una adecuada adherencia terapéutica.

Resulta muy importante tener en cuenta que un paciente cuando entra en un programa de crónicos, en este caso en el programa de hemodiálisis, se van a alterar una serie de aspectos, tanto físicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales. Es imprescindible que desde el primer momento, se establezca un plan de cuidados indivualizado para cada paciente, en función del proceso de enfermedad y su estado.

- Es imprescindible que desde el primer momento, se establezca un plan de cuidados indivualizado para cada paciente, en función del proceso de enfermedad y su estado. Por tanto, el personal de enfermería deberá definir qué cuidados específicos necesitará durante cada sesión de diálisis, así como los procedimientos que se deben aplicar y la información de la que carece el paciente y tenemos la obligación de trasmitir, resolviendo todas las dudas que puedan ir surgiendo.
- El personal sanitario y específicamente el personal de enfermería será el responsable de la adecuada educación sanitaria (dieta, medicación e higiene) que se debe aportar, ya que será necesaria para controlar el proceso de la enfermedad y además también se debe de poner en conocimiento de su familia, para que entre todos se organicen y el tratamiento sustitutivo sea lo más efectivo posible.

ANALIZAR LOS CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC) EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.

Un aspecto importante de la Hemodiálisis (HD) es la determinación del acceso vascular por donde se va a dializar al paciente. La primera elección siempre apunta a una Fístula Arteriovenosa (FAV) pero esto no siempre es posible y por ello, debemos de valorar la colocación de un catéter venoso central. Características clínicas que puede presentar un paciente para ser entrar en el programa de hemodiálisis:

- Fracaso renal agudo o crónico agudizado en el que se precise una HD de forma urgente.
- Necesidad de HD con FAV en fase de maduración o complicada sin posibilidad de punción, a la espera de un nuevo acceso.

Imposibilidad o dificultad de realizar un acceso vascular adecuado por falta de desarrollo venoso o mal lecho arterial.

- HD por periodos cortos en espera de trasplante renal de donante vivo.
- Pacientes con contraindicación de diálisis peritoneal e imposibilidad de realizar FAV.
- Circunstancias especiales: enfermedad maligna, contraindicación de FAV por su estado cardiovascular, deseo expreso del paciente, etc.

Una vez seleccionado el CVC como acceso vascular para las sesiones de Hemodiálisis hay que tener en cuenta los cuidados enfermeros que se requieren para su buen funcionamiento y para prevenir las complicaciones que puede conllevar, como pueden ser, las infecciones, trombosis, entre otros. Estos cuidados abarcan las siguientes técnicas y recomendaciones:

- Toda manipulación del catéter venoso central, tales como conexión, desconexión, sellado, etc, han de realizarse según las recomendaciones de asepsia universales. Se han de utilizar campo y guantes estériles .Tanto el personal sanitario como el paciente deben de utilizar mascarilla durante la manipulación del catéter.

- Los catéteres vasculares para HD únicamente se deben de utilizar para realizar las sesiones de HD y ser manipulados por personal adecuadamente entrenado.

Protocolo de manipulación en pacientes con CVC:

1. Se ha de observar el estado del orificio de salida y/o túnel del catéter, y valorar la presencia de signos y síntomas de infección tales como enrojecimiento, inflamación, supuración, dolor, etc., aconsejándose la realización de cultivo ante la presencia de exudado. Asimismo, se ha de observar el estado del propio catéter: acodaduras, posibles roturas, así como extrusión o desplazamiento del mismo. Se recomienda movilizar las pinzas a lo largo de las ramas del catéter, para evitar que pinzamientos repetidos en la misma zona puedan producir fisuras.

2. Ha de tenerse especial cuidado con las soluciones antibióticas o antisépticas utilizadas en el catéter. El alcohol, el polietilenglicol que contiene la crema de mupirocina o la povidona yodada, interfieren con el poliuretano, y pueden romper el catéter. La povidona yodada también interfiere con la silicona, y produce su degradación y rotura.

3. No se recomienda la utilización de pomadas antimicrobianas de forma rutinaria, ya que no disminuye el riesgo de infección y crean cepas resistentes.

4. Antes de realizar la conexión al circuito de HD se debe comprobar el correcto funcionamiento del catéter. En caso de encontrar problemas de flujo o presiones elevadas, se recomiendan las siguientes actuaciones: lavados en bolo rápido con solución salina, cambios posturales del paciente, realización por parte del paciente de inspiración profunda o tos fuerte (en catéteres yugulares o subclavios), rotación del catéter (en catéteres no tunelizados) o inversión de las ramas; hay que tener en cuenta que, en caso de invertir las ramas del catéter, puede disminuir la eficacia de la diálisis al aumentar la recirculación sanguínea. Si a pesar de estas maniobras, el flujo o presiones no son adecuadas o el catéter no queda permeable al infundir o aspirar, se aplicarán tratamientos trombolíticos o se hará revisión radiológica del catéter.

5. Al finalizar la sesión de HD y durante el sellado de las luces del catéter, el pinzado ha de realizarse de forma rápida y bajo presión positiva para evitar el flujo de retorno en la luz del catéter El sellado del catéter se realizará según el protocolo del centro y las características de cada paciente, y se recomienda sellar con el volumen de anticoagulante equivalente al volumen de cebado indicado en el mismo.

6. Una vez finalizada la sesión de HD, se han de cubrir tanto el orificio de salida como el extremo distal del catéter.

7. En todo paciente portador de un catéter venoso central, la presencia de signos y síntomas de infección sin un foco de origen confirmado, obliga descartar el catéter como fuente de la misma. En este caso, siempre se han de realizar hemocultivos simultáneos de ambas ramas del catéter y sangre periférica

Una de las técnicas más empleadas y la primordial para evitar complicaciones del catéter venoso central es la cura del orificio de salida del catéter. Para ello seguiremos las siguientes pautas:

1. Catéteres temporales:

- Vigilar punto de inserción.
- Lavado del punto de inserción con suero salino con movimientos circulares de dentro hacia fuera, secar y desinfección con clorhexidina 2% , y se pondrá una gasa estéril en punto de inserción y apósito de saco protegiendo los ramales.
- Esta cura se hará cada vez que se use el catéter o el apósito esté sucio o despegado. Curar y revisar cada 3 días.

2. Catéteres permanentes

- Suero salino, desinfección con clorhexidina al 2%.
- Se hará una vez por semana.
- También se realizará la cura cuando el apósito esté despegado, mojado o si hay exudado.

- Al hacer la cura observaremos: orificio de inserción y túnel: eritema u otros datos de inflamación-infección.
- Colocación de apósito transparente estéril de poliuretano en zona de inserción del catéter cada 7 días evitando manipulaciones. Es fundamental que la piel esté realmente seca a la hora de aplicarlo. Está contraindicado cuando hay exudado, infección o alergia. En estos casos utilizaremos apósito convencional, teniendo la precaución de colocar una gasa doblada debajo del apósito para evitar que el adhesivo se pegue al catéter
- La mayoría de las reacciones locales a los apósitos transparentes están vinculadas con un tiempo insuficiente de secado de la solución de limpieza.

DETERMINAR LOS CUIDADOS DEL CATÉTER VENOSOS CENTRAL (CVC) QUE EL PACIENTE DEBE REALIZAR EN SU DOMICILIO

1. Deberá mantener una higiene personal escrupulosa para evitar posibles infecciones.

2. El catéter y el orificio de salida no se deben mojar (específicamente el apósito que los cubre). Según algunos autores, puede permitirse la ducha en pacientes sin antecedentes de infecciones asociadas a CVC y si se utiliza un apósito impermeable para dicho fin.

3.El orificio de salida se debe mantener siempre cubierto con una gasa estéril o apósito transparente estéril semipermeable, el que debe ser instalado sólo por personal de enfermería entrenado, es decir, el paciente no debe hacerse curaciones en domicilio. Las ramas del CVC deben permanecer envueltas también en una gasa estéril.

4.Si accidentalmente se moja el apósito, el paciente debe concurrir a su centro de diálisis para que sea cambiado con técnica aséptica por un profesional entrenado.

5.No se pueden poner cremas, polvos o pomadas antibióticas en el lugar del catéter. Solo puede hacerlo cuando lo indique el profesional sanitario.

6.No use ningún objeto cortante o con punta cerca del catéter, por ejemplo, tijeras, pinzas, cuchillos, rasuradoras, o cualquier otra cosa que pinche o corte.

7.No utilice ropa u otras cosas como tirantes, cinturones, cadenas elementos, que doblen el catéter o le rocen y le puedan producir lesiones.

8.Lleve ropa interior limpia.

9.No se rasque la zona.

Cuándo debe acudir al Servicio de Urgencias del hospital:

- Si a pesar de su buen cuidado, aparecen alguno de los siguientes síntomas o signos: Fiebre de 38°C o más.
- Si presenta dolor, enrojecimiento, supuración, ardor o picor en la zona del catéter.
- Dolor o inflamación en el cuello, en el hombro y /o el brazo del lado del catéter.
- Ruidos de gorgoteo que provienen del catéter.
- El catéter se ha salido, se ha roto, agrietado, pierde o tiene algún otro daño.
- Si se produce sangrado en el orificio de inserción.

BIBLIOGRAFÍA

Ferrer C, Almirante B. Infecciones relacionadas con el uso de los catéteres vasculares. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica [revista en internet]. Enero 2014 [acceso 15 de Junio de 2019]. 32(2). Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90268658&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=28&ty=152&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=28v32n02a90268658pdf001.pdf

Herrera P. Parte V Cuidados de enfermería sobre los catéteres de hemodiálisis. Rev Chilena Infecto [revista en internet]. 205 [acceso 10 de Junio de 2019]. 32(2). Disponible en: http://www.revista.sochinf.cl/vol32-supl-2-2015/art06.pdf

TEMA 251. ESTUDIO DE LA EDAD ÓSEA.

- ADRIÁN SUÁREZ MERINO
- NATALIA TOCINO PRIETO
- CRISTINA ALFARO JIMÉNEZ

ÍNDICE

- **¿QUÉ ES?**
- **¿POR QUÉ SE HACE?**
- **¿CÓMO SE HACE?**

¿QUÉ ES?

El estudio de la edad ósea sirve para conocer la madurez del esqueleto de un niño. No tiene por qué coincidir con su edad cronológica. Un diferencia entre ambas podría ser indicador de un problema de crecimiento.

Los huesos de los niños tienen en sus extremos los llamados cartílagos de crecimiento, que están formados por células especiales, responsables de su crecimiento. Los cartílagos de crecimiento se diferencian en una radiografía porque al contener menos minerales que los huesos, aparecen de un color más oscuro.

¿POR QUÉ SE HACE?

La edad ósea también se utiliza para saber cuanto tiempo va a crecer un niño, cuando empezará la pubertad o cual será su altura final. Una edad ósea retrasada nos indica que el niño va a llegar a la talla adulta después que la mayoría. Por el contrario, una edad ósea adelantada nos indica que el niño llegará a la talla adulta antes que la mayoría.

¿CÓMO SE HACE?

El procedimiento para determinar la edad ósea es mediante una radiografía de la mano izquierda. El motivo de la mano es porque en ella hay muchos huesos, cada cual con su cartílago de crecimiento. Para interpretar los resultados lo que se hace es comparar las imágenes con un estándar recogido en un atlas, ya que hay una imagen para cada año de edad.

PREPARACIÓN Y PROCEDIMIENTO

El técnico en radiodiagnóstico será el encargado de realizar el estudio de la edad ósea. No se necesita preparación previa para la realización de la radiografía.
Se puede permitir al padre o la madre acompañar al niño en la sala de radiografías durante el tiempo que dure el estudio. En este caso, es obligatorio que utilicen un delantal plomado para protegerse de la radiación. El niño también utilizará protección para las gónadas.
En caso de que se trate de una niña en edad de gestación se le preguntará por la posibilidad de embarazo. Si fuera posible se le realizará un test que lo determine antes de someterla al estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- **Kidshealth.org [citado 23 sep 2019]. Disponible en:** https://kidshealth.org/es/parents/xray-bone-age-esp.html

- **Familiaysalud.es [actualizado 27 julio 2016; citado 23 sep 2019]. Disponible en:** http://www.familiaysalud.es/medicinas/pruebas-complementarias/edad-osea-que-es-para-que-nos-puede-ser-util

- **Sochradi.cl [citado 23 sep 2019]. Disponible en:** https://www.sochradi.cl/informacion-a-pacientes/imagenes-pediatricas/radiografia-edad-osea-pediatrica/

- **Fapap.es [actualizado 2011; citado 23 sep 2019]. Disponible en:** https://fapap.es/articulo/180/valoracion-y-utilidad-de-la-edad-osea-en-la-practica-clinica

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

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- DISCUSIÓN
- CONCLUSIONES
- AGRADECIMIENTOS
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La caries dental es una enfermedad multifactorial, está considerada como la enfermedad crónica más frecuente en el mundo y constituye un auténtico desafío en salud pública.

Las enfermedades bucodentales afectan de manera negativa a la salud general y a la calidad de vida. La salud de la cavidad oral y la salud general están estrechamente relacionadas, repercutiendo una sobre la otra y deben ser consideradas de forma integral. De ahí la importancia de la prevención y el mantenimiento de una buena salud oral, acudiendo regularmente al odontólogo, y tener hábitos de cuidado oral y de vida saludables.

Conservar una dentición sana y funcional es clave en todas las etapas de la vida.

A nivel comunitario, identificar la situación de caries de una población es el primer paso para la obtención o mantenimiento de la salud dental.

Los estudios epidemiológicos sobre salud oral en adultos no son muy numerosos. En España la evolución del estado de salud oral en población adulta ha sido estudiada en 5 encuestas epidemiológicas nacionales. Son las realizadas en 1993-94 (Noguerol, Llodra, Sicilia y Follana, 1995), 2000 (Llodra, Bravo y Cortés, 2002), 2005 (Bravo, Casals, Cortés y Llodra, 2006), 2009-10 (Llodra, 2012) y 2015 (Bravo et al., 2016).

Aunque existen unos pocos estudios anteriores a estas encuestas, al no seguir los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su diseño y ejecución, no son útiles para su comparación.

Si los estudios en población adulta son escasos, sobre población trabajadora eran inexistentes hasta el estudio WORALTH (Workers' Oral Health) de Cualtis, basado en el Plan de Investigación de Salud Bucodental de la Sociedad de Prevención de Ibermutuamur puesto en marcha en 2008, del que este trabajo forma parte.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo epidemiológico es analizar la patología de caries en la población trabajadora adulta joven, 35-44 años, de Comunidad Valenciana y Región de Murcia.

Un objetivo secundario es relacionar la patología de caries con variables sociodemográficas en esta cohorte de adultos jóvenes trabajadores.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio observacional transversal orientado al análisis epidemiológico de la caries en adultos de 35-44 años en una muestra de 458 trabajadores, que fueron seleccionados entre Junio de 2009 y Abril de 2010, cuando acudían a realizarse un examen de salud laboral a la Sociedad de Prevención de Ibermutuamur (actualmente denominada Cualtis). Se utilizó un procedimiento de muestreo estratificado aleatorio, definiendo estratos en función del sexo, la edad y la ocupación laboral de los trabajadores, de acuerdo con la Encuesta de Población Activa del 2º trimestre de 2008 (a fijación proporcional).

El procedimiento de inclusión constó de los siguientes pasos:

1) Cuando los trabajadores acudían a realizarse un examen de salud laboral y se cumplimentaban los datos administrativos de admisión, en la aplicación informática destinada al efecto, se procedía a un emparejamiento automático en las variables utilizadas para realizar la estratificación de la muestra. Si el sexo, la edad y la ocupación de un trabajador coincidían con el perfil necesario para completar alguno de los estratos de la muestra, el trabajador era seleccionado y se le proponía participar en el estudio. El orden de selección era el orden de llegada hasta conseguir completarse el número de trabajadores establecido para cada uno de los estratos (admisión consecutiva). Por último, para poder ser seleccionado, el trabajador debía tener un nivel de conocimiento del español, suficiente como para permitirle comprender la información proporcionada y contestar un cuestionario.

- 2) Una vez seleccionado un potencial participante, se le ofrecía información verbal y escrita acerca del estudio al mismo tiempo que se solicitaba el consentimiento informado.
- 3) Finalmente, fueron incluidos todos aquellos participantes que aceptaron voluntariamente participar y firmaron la Hoja de Información y Consentimiento Informado.
- 4) Tras proporcionar el consentimiento se conducía al trabajador a la sala de examen bucodental (equipada con sillón dental con lámpara de iluminación integrada), donde cumplimentaba, en primer lugar, un Cuestionario sobre Salud Bucodental y, a continuación, se le realizaba un Examen Bucodental.

Las variables de salud oral utilizadas fueron las siguientes: Índice CAOD, Prevalencia de caries (CAOD > 0) y Prevalencia de caries activa (C > 0) y las variables sociodemográficas: Comunidad Autónoma (Valencia / Murcia), Sexo (Hombre / Mujer), Trabajo (Manual / No manual), Nacionalidad (Español / Extranjero), Nivel de estudios (Primarios, Secundarios, Universitarios) e Ingresos de la unidad familiar (≤ 1200€ / 1201-3600€ / ≥ 3601€).

Se cumplieron todas las consideraciones éticas y legales.

Para el análisis estadístico de los datos se empleó un gestor de base de datos de Oracle y el paquete estadístico SPSS Windows 22.0.0.0 (IBM, Chicago, Illinois, EEUU). El nivel de significación estadística se estableció en $p< 0,05$.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de la muestra compuesta por 458 trabajadores de entre 35-44 años fueron las siguientes: el porcentaje de hombres fue claramente superior al de mujeres (61,6% hombres vs. 38,4 mujeres), así como las ocupaciones no manuales (60,5% manuales vs. 39,5 no manuales). Respecto a la nacionalidad, el 82,1% de los trabajadores fueron españoles. Por último, predominaron los trabajadores con estudios secundarios (43,5%) y con un nivel de ingresos netos de la unidad familiar entre 1.201 y los 3.600€ mensuales (55,7%), seguido de los trabadores con

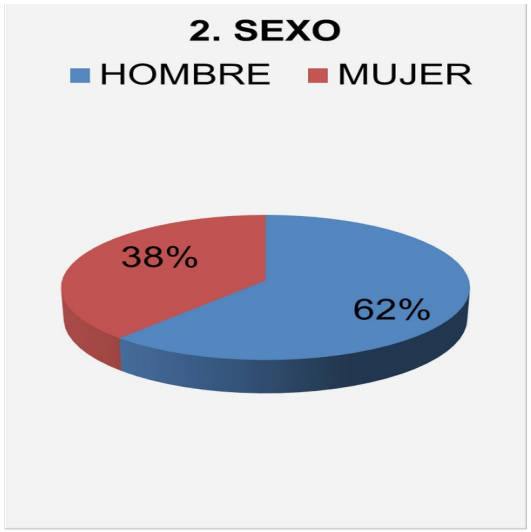
estudios primarios (31,0%) e ingresos de hasta 1200€ (34,7%). (Imagen 1).

El índice CAOD en trabajadores de estos adultos jóvenes de 35-44 años fue de 8,4 ± 5,5 (Tabla 1).

La prevalencia de sujetos libres de caries (CAOD=0) fue del 4,6% y una prevalencia de caries activa del 45,9%. (Tabla 2).

Para el CAOD se encontró efecto estadísticamente significativo para la nacionalidad y para el sexo, mayor CAOD en mujeres y extranjeros.

Imagen1. Características demográficas de la muestra.



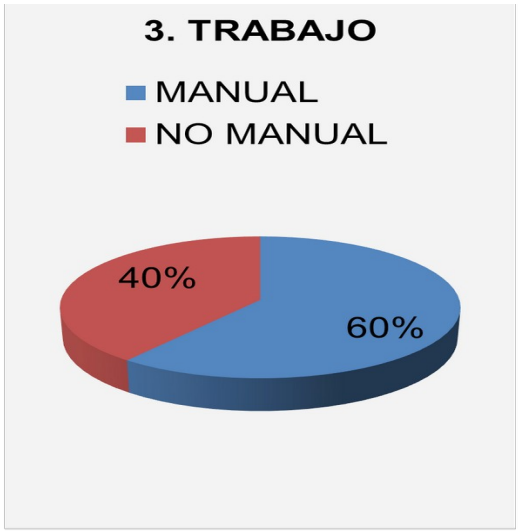


Tabla 1. Índice CAOD.

ÍNDICES DE CARIES Media ± desviación típica (I.C. 95%)	35-44 años
Dientes cariados	1 ± 1,9
Dientes ausentes	1,9 ± 3,1
Dientes obturados	5,3 ± 4,3
CAOD	8,4 ± 5,5

Tabla 2. Prevalencia de caries.

Prevalencia de caries CAOD >0	**437 (95,4%)**
Prevalencia de caries activa C > 0	**210 (45,9%)**
Total n (%)	*458 (100%)*

DISCUSIÓN

- -LIMITACIONES METODOLÓGICAS.
- La metodología de la OMS no detecta la caries desde su inicio como mancha blanca, pero permite comparar estos resultados con las encuestas epidemiológicas nacionales en la cohorte común de adultos jóvenes (35-44 años).
- **-**DISCUSIÓN.
- La situación de caries de la población trabajadora de 35-44 años del Levante de España es similar a la situación de la población general de 35-44 años de la última encuesta nacional de 2015.

CONCLUSIONES

- Los indicadores de caries en estos trabajadores de 35-44 años de la zona del Levante de España muestran:
- - Un índice CAOD que se corresponde con un nivel bajo de riesgo de caries para este grupo etario según la OMS.
- - Una prevalencia de caries muy elevada 95,4%. Casi la mitad de los trabajadores presentan caries activa.
- - La situación en relación a la patología de caries es peor en las mujeres, en trabajadores manuales, en extranjeros y en aquellos con nivel de estudios y de ingresos bajos.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido financiado por CUALTIS (anteriormente denominada Sociedad de Prevención de Ibermutuamur), dedicada específicamente a la prevención de enfermedades y accidentes y a monitorear y promover la salud de los trabajadores.

BIBLIOGRAFÍA

- Bravo M, Almerich J, Ausina V, Avilés P, Blanco J, Canorea, E et al. Encuesta de Salud Oral en España 2015. RCOE. 2016; 21(Supl. 1):8-48.
- Bravo M. Casals E, Cortés F y Llodra Calvo JC. Encuesta de Salud Oral en España 2005. RCOE. 2006;11(4):409-456.
- Carasol M, Llodra JC, Fernández-Meseguer A, Bravo M, García-Margallo MT, Calvo-Bonacho E, Sanz, Herrera D. Periodontal condictions among employed adults in Spain. J Clin Periodontol. 2016;43(7):548-556.
- Cuenca E. La encuesta de la OMS sobre la salud buco-dental en España: una aproximación personal. Arch Odontoestomatol. 1986;2:19-63.

- Llodra JC. Encuesta de Salud Oral en España 2010. RCOE. 2012; 17(1): 13-41.
- Llodra JC, Bravo M y Cortés F. (2002). Encuesta de Salud Oral en España (2000). RCOE. 2002; 7(especial): 19-63.
- Noguerol B, Llodra JC, Sicilia A y Follana M. La salud bucodental en España 1994: Antecedentes y perspectivas de futuro. Madrid: Ediciones Avances.1995.
- Saura-Moreno C, Cortés-Arcas MV, Fernández-Meseguer A, Calvo-Bonacho E, Llodra Calvo JC. Root caries analysis in working population of 35-44 years of age (Spain). Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017;22(5): e527-e535.

- WHO. Calibration of examiners for Oral Health Epidemiological Surveys. Geneva: World Health Organization. 1993.
- WHO. Oral health surveys: basic methods. 4th edition. Geneva: World Health Organization. 1997.
- WHO. Oral health surveys: basic methods. 5th edition. Geneva: World Health Organization. 2013.

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

ÍNDICE

- 1.- INTRODUCCIÓN
- 2.- OBJETIVO
- 3.- MATERIAL Y MÉTODOS
- 4.- RESULTADOS
- 5.- CONCLUSIÓN
- 6.- BIBLIOGRAFÍA

1.- INTRODUCCIÓN

La obesidad mórbida ha adquirido tintes epidémicos en el mundo desarrollado, donde en España tiene una alta incidencia, y es un problema que se desarrolla progresiva y sostenidamente a lo largo de los años sin perspectivas de detenerse. Asociada a la aparición de riesgos de otras enfermedades, es una enfermedad multifactorial, en la que intervienen factores ambientales, genéticos, psicológicos, conductuales, sedentarismo y malos hábitos en la alimentación. Para eliminar las comorbilidades asociadas a la obesidad y conseguir la pérdida de peso, se debe abordar cada caso según el factor desencadenante de ésta patología, optando como última medida y como alternativa a otros medios no quirúrgicos, por la cirugía bariátrica.

La importancia de la actuación de enfermería es colaborar con la promoción, prevención y seguimiento de la enfermedad, siendo fundamental para su correcta evolución cuando han sido intervenidos quirúrgicamente. Además, han de ser captados desde la primera visita en Atención Primaria para la realización de la cura quirúrgica

2.- OBJETIVO

Estudiar la Obesidad Mórbida, sus principales problemas de salud y analizar el papel de la enfermería en este tipo de intervenciones.

3.- MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica con investigación cualitativa sobre la cirugía bariátrica por obesidad mórbida y la actuación enfermera en atención primaria. Revisamos artículos, guías de práctica clínica y metodología enfermera. Como fuentes de información, utilizamos bases de datos como Cuiden, Cinahl, Uniteca, Dialnet o Pubmed.

Como descriptores utilizamos: obesidad mórbida, cirugía bariátrica, enfermería y atención primaria.

4.- RESULTADOS

Se encontraron 28 artículos que respondían a nuestros criterios de búsqueda y coincidían en la necesidad de un abordaje multidisciplinar en el seguimiento de este tipo de pacientes, donde la enfermería juega un papel fundamental tanto en la prevención y promoción de la salud, como en la orientación pre-quirúrgica, el postoperatorio tras la cirugía y en el inicio y mantenimiento de hábitos de vida saludables.

La población del 80% de artículos sobre obesidad, afirma que las clases sociales más afectadas, son siempre las más desfavorecidas y con menor nivel sociocultural.

5.- CONCLUSIONES

Podemos afirmar que la correcta actuación del equipo multidisciplinario y el cambio en los hábitos de vida del paciente son fundamentales tras someterse al procedimiento de la cirugía bariátrica. La actuación de enfermería es clave para el correcto seguimiento de estos pacientes, y para ello es necesario elaborar un plan de cuidados individualizado y el desarrollo de nuevos protocolos de actuación, que incluyan el abordaje del aspecto multifactorial de esta patología, no solo desde su aspecto sanitario y psicológico, sino también implicando a ministerios como el de industria y comercio, además de sanidad, consumo y bienestar.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- 1. Serrano Ríos M. La obesidad como pandemia del siglo XXI. Una perspectiva epidemiológica desde Iberoamérica. Real Academia Nacional de Medicina. 2012.
- 2. Morales Gonzalez J A. Obesidad. Un enfoque multidisciplinario. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Instituto de Ciencias de la Salud. Área Académica de Medicina. 2010.
- 3. Mateo Gavira I, Vílchez López FG, Cayón Blanco M, García Valero A, Jiménez E, Mayo Ossorio MA, et al. Efecto del bypass gástrico sobre el riesgo cardiovascular y la calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida. Nutr Hosp. 2014; 29(3):508-512.

- 4. Nahime Safar M. Impacto de la cirugía bariátrica en la calidad de vida y en la calidad de alimentación. Octubre 2012. 6. Corbacho Godes A, Carlos Morillas A, Adsuara Pitarch C. Obesidad. Guía de Actuación Clínica en A.P.2011.
- 5. de Torres Aured MªL, López-Pardo Martínez M, Domínguez Maeso A, de Torres Olson C. La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica The nurse of nutrition like assistance and educational teacher in primary attention and in the hospital environment: theory and practice. Nutr. clín. diet. hosp. 2008; 28(3):9-19

- 6.Tur J, Alos M, Iglesias L, Luque L, Colom A, Escudero A, et al. TRAMOMTANA (multidisciplinary treatment of morbid obesity: Medication, behavioral therapy, nutritional support, and physical activity). from question to reality in an investigator-initiated clinical trial (II). Endocrinol Nutr. 2011 Jun-Jul;58(6):299-307.
- 7. Hayden MJ, Dixon ME, Dixon JB, Playfair J, O'Brien PE. Perceived discrimination and stigmatisation against severely obese women: Age and weight loss make a difference. Obes Facts. 2010 Feb;3(1):7-14.
- 8. Artega L.Antonio. El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. Elsevier. 2013. Vol.23 Núm.2. Disponible en elsevier.es

TEMA 254. LA CANDIDIASIS VAGINAL Y SU PREVENCIÓN .

MARIA NATIVIDAD IZQUIERDO FERNÁNDEZ

MAITE VALENCIA LARRAONA

MAIDER MARTÍNEZ DE COCMPAÑÓN MARTÍNEZ DE MARIGORTA

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN
2. ETIOLOGÍA
3. CLÍNICA
4. DIAGNÓSTICO
5. TRATAMIENTO
6. PREVENCIÓN
7. BIBLIOGRAFÍA

1.DEFINICIÓN (1,2,3)

Al hablar de candidiasis se engloban las infecciones producidas por hongos del género Cándida, siendo el más común la C. albicans (80-92%), glabrata o menos frecuente el tropicalis.

La infección vulvo-vaginal (CVV) por Cándida es la segunda causa más frecuente de vulvo-vaginitis tras la vaginosis bacteriana.

La Cándida está presente en el ser humano y coloniza las mucosas, a nivel de la boca, aparato gastrintestinal o vagina sin producir enfermedad.

Se estima que un 75% de las mujeres ha presentado una candidiasis vaginal y un 45% ha ppresentado 2 o más episodios de CVV .

El pico de máxima incidencia está entre los 20-40 años.

2. ETIOLOGÍA DE LA CANDIDIASIS VAGINAL (1,3)

Existen diferentes factores que provocan la patogenicidad y evolucionar a una vulvo-vaginitis, como son las propias características de la cándida y factores predisponentes del huésped.

-**Características de la cándida**: capacidad de formación de micelios, biofilms, o secreción de enzimas proteolíticas.

- **Factores predisponentes**: Embarazo (por los niveles altos de estrógenos, progesterona y glucógeno), conforme aumenta el tiempo de gestación aumenta el riesgo de CVV;

comienzo de relaciones sexuales en especial en la segunda década de la vida; anticoncepción oral a alta dosis y uso de esponjas espermicidas; predisposición familiar ; inmunosupresión en especial la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y los tratamientos inmunosupresores; antibióticos de amplio espectro; déficit metabólicos (diabetes mellitus y otras alteraciones metabólicas).

3. CLÍNICA (1,2,3)

El síntoma principal es el prurito, a veces con dolor y ardor vulvovaginal.
Leucorrea en ocasiones con secreción con grumos blancos (parecido a yogurt o requesón), otras mujeres presentan sequedad.
Dispareunia sobre todo en nulíparas.
Sensación de quemazón tras la micción.
La candidiasis vulvo-vaginal se cronifica en el 5% de mujeres como candidiasis recidivante que es cuando se producen 4 o más episodios en 1 año.

4.DIAGNÓSTICO (1,3)

La existencia de Cándida en la vagina no es motivo exclusivo para diagnosticar una CVV, porque el microorganismo está presente en la microbiota vaginal. Por lo que su diagnóstico no puede basarse sólo en la clínica.

El diagnóstico de la candidiasis vaginal se basa en la clínica y la presencia de hifas o esporas.

Existen diferentes pruebas:
1. Frotis en fresco: se añade suero a la secreción vaginal y a través del microscopio se visualiza hifas y esporas.
2. ph vaginal, no se altera en la CVV

3. Cultivo vaginal el resultado es tras 3-4 días de su recogida. Ante sospecha de CVV se inicia tratamiento de forma empírica.

5.TRATAMIENTO (1,3,5)

El tratamiento está en relación a la características del cuadro clínico y la existencia de factores de riesgo (inmunosupresión, diabetes.....) y el tipo de Cándida que ha provocado la infección.

El tratamiento tópico se aplica intravaginalmente y en la vulva, se pueden usar dosis única o varias dosis durante 3 a 5 días. En candidiasis recurrente se recomienda controlar los factores predisponentes y en el tratamiento se alarga la pauta a 14 días y posteriormente tratamiento preventivo durante 6 meses en la fase premenstrual.

Se emplean fármacos antimicóticos: polienloles (nistatina y anfotericina B), derivados de imidazol, triazol y otros como la flucitosina y los probióticos.

6. PREVENCIÓN (4)

1. Dieta sana (evitar abusar de azúcares)
2. Baño diario y posteriormente cambio de ropa interior de algodón.
3. Evitar duchas vaginales, ropa apretada o sintética.
4. Enjuage anogenital después de defecar.
5. No abusar de salvaslips y tampones.
6. Evitar las relaciones sexuales con varias parejas.
7. Acudir a ginecólogo o enfermera si presenta sintomatología, no automedicarse sin prescripción.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Infecciones del tracto genital inferior. Infecciones fúngicas. Guías de la Asociación española de patología cervical y colposcopia:10-12. Disponible en: http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/12/AEPCC_revista08_INFECCIONES-TI.pdf
2. Guía Clínica de Candidiasis vaginal. Fisterra. Disponible en : https://www.fisterra.com/guias-clinicas/vaginitis-por-candidas/
3. Andrés Domingo P. Alteraciones vulvovaginales. Adolescere 2019; VII (1): 26-28. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol7num1-2019/26-38%20Tema%20de%20Revision%20-%20Alteraciones%20vulvovaginales.pdf

4. Trejo y Pérez JA, Hernández Leyva B, Carrasco Rico JR. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de cervicovaginitis por bacterias Trichomonas y cándida. Revista Médica IMSS. 2003; 41 (sup): S71-S76
5. Magariños Losada Mª.M, Rodriguez Pascual C. Candidiasis. Tratado de Geriatría para residente; 44 (443-448) Disponible en: C:/Users/USUARIO/Downloads/S35-05%2044_III.pdf

TEMA 255. RECIEN NACIDO.

- NOELIA RODRIGUEZ ALVAREZ
- RAQUEL TRONCO PELAEZ

ÍNDICE

- ADAPTACIÓN
- CUIDADOS
- CARACTERÍSTICAS

ADAPTACIÓN

Consideramos un recien nacido sano aquel que ha realizado un proceso de adaptación a la vida y no se ha observado riesgo ni malformaciones evidentes

CARACTERÍSTICAS:

Coloración: rosada

Peso: entre 2500y 3900 g

Longitud: entre 48 y 52cm

Frecuencia Resp: entre 30 y 60 respiraciones por minuto

Frecuencia Cardiaca: entre 100 y 160 pulsaciones por minuto.

Temperatura Axilar: Entre 36 y 37ºC

Gestación a termino: entre 37 y 42 semanas.

Cambios para que el feto pase a Recién Nacido

- Paso de un proceso de oxigenación a traves de la placenta a un proceso de respiración pulmonar
- Paso de circulación fetal a circulación pulmonar
- Cese de la función de la placenta como organo que aporta nutrientes a una alimentación gastrointestinal intermitente.
- Cese de la función de la placenta como organo de eliminación de residuos a un funcionamiento renal y hepático.
- Adaptación al entorno: encuentro con su madre, paso a un ambiente seco, con una temperatura variable…

CUIDADOS

- Identificacion: se colocara un brazalete generalmente en el tobillo donde consta el nombre de la madre y el número que coincide con el que lleva la madre en la muñeca.
- En el cordon umbilical se coloca una pinza definitiva ; se limpia y se seca la zona y se aplica unn antiseptico; estos cuidados se realizarán a diario hasta que se desprenda el cordon y cicatrice.
- Profilaxis ocular; consta en aplicar un colirio de eritromicina entre otros antibióticos para prevenir las infecciones oculares graves.
- Prevención de hemorragias; se le administrara 1mg de vitamina K por vía intramuscular.
- ETC.

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO SANO

A. Carácterísticas Antropométricas

- Peso; entre 2500 y 3900 g el peso medio suele ser 3200g
- Longitud Entre 48 y 52 cm la longitud media suele ser 50cm
- Perímetro Craneal; Entre 33 y 36 cm

B. Carácterísticas Generales.

- Piel; suave, elastica y rosada
- Cabeza, representa la cuarta parte de su cuerpo
- Cara; ojos edematosos las primeras horas; Oido ; el helix del pabellon auricular esta en línea con el ángulo del ojo; Nariz, achatada y permeable; Boca , con salivación mínima
- Cuello, corto y ancho
- Torax; perimetro entre 30 33cm
- Abdomen; prominente, blando y depresible

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** Auxiliar de enfermería, Evangelina Perez de la Plaza y Ana María Fernandez Espinosa. Quinta edición Editorial Mc Graw Hill

TEMA 255. PREVENCIÓN DE CÁNCER ORAL DESDE LA CONSULTA DEL DENTISTA.

- **MILAGROS CARBELLIDO PEREZ**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. ESTRATEGIAS
4. COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN
5. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES
6. EVALUACIÓN
7. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La detección clínica temprana del cáncer oral depende de un examen oportuno y un diagnóstico correcto.

Realizando un examen clínico notable y sistemático de la cavidad oral, las lesiones pueden ser fácilmente diagnosticadas en fases tempranas.

El carcinoma epidermoide es el más común de todos, presentando un crecimiento agresivo, invasión local y diseminación a los ganglios linfáticos cervicales.

Casi la mitad de los carcinomas epidermoides se desarrollan sobre un epitelio dañado.

Una lesión precancerosa es un tejido con alteraciones morfológicas y probabilidades mayores de aparición de cáncer que su homólogo normal. La clasificación clínica divide a las lesiones precancerosas en leucoplasia, eritroplasia, queilitis actínica y palatitis nicotínica. (4)

Las regiones anatómicas más afectadas son el labio inferior, la lengua movil, base de lengua y suelo de boca. La mayor incidencia es en el labio inferior, aunque predominan los diagnósticos en el interior de la boca, que al no ser visibles tienden a ser diagnosticados tardíamente.

Tiene una incidencia de edad a partir de los 50 años, sexo masculino y piel blanca.

Entre el 30% y el 70% de los cánceres orales se podrían prevenir con una dieta con alto contenido en frutas y verduras.

La prevención y el diagnóstico precoz del cáncer oral podría evitar la mitad de las muertes causadas por esta enfermedad.

Los factores de riesgo más comunes: El tabaco, el alcohol y las infecciones por el Virus del Papiloma Humano. Jugando también un importante papel la exposición al sol de los profesionales que trabajan al aire libre.

2. OBJETIVOS

- Favorecer el consumo de frutas y verduras como prevención primaria.

- Disminuir el consumo de tabaco y alcohol como factores de riesgo.

- Mantener un buen nivel de higiene oral, evitando factores irritativos locales como caries o prótesis mal ajustada.

- Disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer oral a través de la prevención primaria, reduciendo la aparición de nuevos casos.

3. ESTRATEGIAS

Las estrategias se basarán en una promoción de los hábitos saludables destinados a:

- Disminuir y/o eliminar el consumo de tabaco y/o alcohol.
- Realizar diariamente una dieta equilibrada sobre todo basada en el consumo de frutas y verduras.
- Aconsejar el uso de protectores labiales y viseras a aquellas personas expuestas al sol.
- Utilizar mecanismos que impidan la transmisión de la enfermedad del VPH fundamentalmente por vía sexual.
- Evitar alimentos y bebidas muy calientes que actúan como elementos irritativos de la cavidad oral.
- Mantener un buen nivel de higiene oral y un estado óptimo de la dentición.
- Instruir en técnicas de autoexamen y realizar una revisión periódica odontológica.

- Practicar exámenes a la población de alto riesgo a partir de los cuarenta años, sobre todo a varones que han sido o son grandes fumadores y bebedores.

Se llevaran a cabo desde el centro de salud en la consulta del dentista.

También puede hacerse desde algún stand colocado en lugar visible de la ciudad para hacer revisiones y dar consejos de vida saludable.

La población diana serán adultos mayores de 40 años.

Se realizará una buena historia clínica, para encontrar posibles factores de riesgo que puedan producir que se desarrolle esta lesión a nivel oral.

- Se realizará una exploración extraoral de cabeza y cuello, además de palpación bimanual de los nódulos linfáticos y glándulas salivales. Se procederá a inspeccionar y palpar labio y zona del bermellón labial.
- La exploración intraoral se llevara a cabo de la siguiente manera:

— Inspección y palpación de zona labial interna.

— Inspección y palpación de mucosa yugal.

— Inspección de encía vestibular y palatino/lingual, tanto adherida y libre, en maxilar superior e inferior.

— Inspección y palpación de zona de paladar duro.

— Inspección paladar blando y orofaringe.

— Inspección y exploración de la lengua:

- Para explorar el dorso de la lengua, le diremos al paciente que protruya la lengua.
- Para explorar la zona ventral, le diremos al paciente que lleve la punta de la lengua hacia el paladar.
- Para explorar los bordes laterales de la lengua, el paciente deberá protruir la lengua y nos ayudaremos de una gasa estéril tirando suavemente hacia los lados para inspeccionar y palpar la zona. (2)

4. COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN

A traves de las consultas de medicina y enfermería mediante derivación al dentista para hacer una revisión anual.

Campaña de prevención del cancer oral en colaboración con el ayuntamiento de la ciudad o alguna asociación local para la promoción de la salud oral.

5. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Dentista con conocimiento en medicina bucal.

Materiales: Guantes
Gasas
Espejos de exploración
Adecuada iluminación.

6. EVALUACIÓN

Una vez revisados los pacientes, si se observan lesiones orales y realizado el diagnóstico de presunción, se daría consejo al paciente para eliminar el factor de riesgo y se le volvería a citar a los 15 días para comprobar la remisión o no de la lesión. Si la lesión persiste se procederá a derivarlo a nivel especializado para descartar patología.

El carcinoma oral no produce síntomas hasta que la lesión se ulcera, por ello toda lesión oral que no responda a medidas terapéuticas habituales en un plazo de 15 días debe considerarse maligna hasta que no se demuestre lo contrario, para lo cual la biopsia es el método diagnóstico definitivo del cáncer oral.

7. BIBLIOGRAFÍA

1- Chimenos Küstner E.. Aspectos prácticos en la prevención del cáncer oral. Av Odontoestomatol [Internet]. 2008 Feb [citado 2019 Sep 21] ; 24(1): 61-67. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852008000100006&lng=es

.

2- Mateo-Sidrón Antón M.C., Somacarrera Pérez M.L.. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. revisión de la literatura. Av Odontoestomatol [Internet]. 2015 Ago [citado 2019 Sep 21] ; 31(4): 247-259. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000400002&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000400002.

3- Stillfried A, Rocha A, Colella G, Escobar E. Oral Cancer and Dentists: Knowledge, Attitudes and Practices in Chile. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2016 Dic [citado 2019 Sep 21] ; 10(3): 521-529. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2016000300021&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2016000300021.

4- Miguel Cruz Pedro Antonio, Niño Peña Aluett, Batista Marrero Kelia, Miguel-Soca Pedro Enrique. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Sep [citado 2019 Sep 21] ; 53(3): 128-145. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300006&lng=es
.

5- Montero, Pablo H. Cáncer de Cabeza y Cuello asociado a Virus Papiloma Humano: Prevención, diagnóstico y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes,
Volume 29, Issue 4, 2018. Pages 419-426. Disponible en : http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401830090 7.

6- Valentín González Federico, Rodríguez González Gloria María, Conde Suárez Heberto Fidencio, Vila Morales Dadonim. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2017 Abr [citado 2019 Sep 21] ; 39(2): 245-258. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200010&lng=es

.

7- Quintanilla Domínguez Claudia, Toledo Reyes Lilian, Hernández Abreu Noelí Martha, Pérez Álvarez Rafael, González González Beatriz, Hernández Pérez Manuel Alejandro. Educational program for the prevention of oral cancer since adolescence. EDUMECENTRO [Internet]. 2019 Mar [citado 2019 Sep 21] ; 11(1): 87-104. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-2874201900100087&lng=es

.

8- Valentín González Federico, Rodríguez González Gloria María, Conde Suárez Heberto Fidencio, Vila Morales Dadonim. Intervención educativa sobre el programa de detección del cáncer bucal en estomatólogos generales. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2017 Abr [citado 2019 Sep 21] ; 39(2): 259-268. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200011&lng=es

.

9- Contreras Rengifo Adolfo. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2016 Ago [citado 2019 Sep 21] ; 9(2): 193-202. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072016000200018&lng=es. http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.003.

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

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- DEFINICIÓN
- CLASIFICACIÓN
- FACTORES DE RIESGO
- PREVENCIÓN
- ARSENAL TERAPÉUTICO
- TRATAMIENTO
- BIBLIOGRAFíA

INTRODUCCIÓN

La inmovilización prolongada en la cama puede generar diferentes complicaciones, una de ellas son las ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP).

La mayor parte de las UPP se desarrollan en los primeros días de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

En niños-as, las localizaciones más frecuentes son la cabeza (occipucio y oreja) y el sacro.

La incidencia varía desde un 4,5% hasta un 26% en diferentes estudios.

Los factores predisponentes más importantes para el desarrollo de UPP en niños son la inmovilidad y la reducción de la sensibilidad.

DEFINICIÓN

Una UPP es cualquier lesión de la piel y los tejidos subyacentes, originada por un proceso isquémico producido por la presión, la fricción, el cizallamiento o una combinación de los mismos.

Las localizaciones más frecuentes para los-as niños-as < de 3 años de edad son la región occipital y las orejas y para los-as > de 3 años son la zona sacra y los talones.

Un 50% de las UPP en edad infantil se relacionan con el uso de sistemas terapéuticos o diagnósticos.

CLASIFICACIÓN

ESTADIO I

Eritema cutáneo que no palidece al presionar, en pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados.

ESTADIO II

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas.

Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter.

ESTADIO III

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.

ESTADIO IV

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa,

necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén.
En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

FACTORES DE RIESGO

- Uso de dispositivos terapéuticos y diagnósticos (electrodos, pulsioxímetro, catéter intravascular,…).
- Puntuaciones elevadas en la escala de Riesgo de Mortalidad Pediátrica (PRISM).
- Presencia de VMI (intubación > 7 días).
- Procesos de hipotensión o hipoxemia.
- Los niños-as menores de 3 años de edad.
- Uso de medicación miorrelajante o sedante.
- Ingreso en UCIP > 7 u 8 días.
- Insuficiencia vasomotora.
- Vasoconstricción periférica.
- Insuficiencia cardiaca.
- Septicemia.

PREVENCIÓN

VALORACIÓN DEL RIESGO

La escala BRADEN Q se perfila como la mejor opción para su aplicación a pacientes pediátricos críticos < 5 años de edad.

Consta de 7 apartados: movilidad, actividad, percepción sensorial, humedad, fricción y deslizamiento, y perfusión tisular y oxigenación.

Cuanto más baja es la puntuación, mayor es el riesgo de desarrollar UPP:

Alto riesgo: puntuación total < 12 puntos

Riesgo moderado: puntuación total 13-14 puntos

Riesgo bajo: puntuación total > 16 puntos

MEDIDAS PREVENTIVAS

1. CUIDADOS DE LA PIEL

- Evaluar cada 24 horas la piel de los-as niños-as.
- Vigilar las áreas de contacto entre la piel y los dispositivos.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Aplicar emolientes con ácidos grasos hiperoxigenados 2 veces al día y cremas hidratantes en la piel.
- No aplicar alcoholes (colonias). No masajes en prominencias óseas.
- Dedicar una atención especial a las zonas con lesiones previas.

2. CONTROL DEL EXCESO DE HUMEDAD

- Evitar el exceso de humedad en la piel.
- Cambiar los pañales, limpiar y secar en cada episodio de incontinencia.
- Aplicar apósitos entre los dispositivos y la piel.
- Usar películas barrera.

3. NUTRICIÓN

- Iniciar nutrición parenteral o enteral en cuanto sea posible.

- Preparar alimentos que sean agradables y del gusto del/de la niño-a.

4. MANEJO DE LA PRESIÓN

- Ventilación Mecánica No Invasiva (Interfaz):
  - Retirar lo antes posible el tratamiento.
  - Aplicar un apósito o dispositivo de gel que redistribuya la presión.
  - Dejar un descanso de media hora cada 4-6 horas de tratamiento.
  - Alternar distintas interfaces.
- Tubo endotraqueal: no fijar con esparadrapo directamente a la piel en lactantes.
- Drenajes y ostomías: cambiar los puntos de presión de forma frecuente.
- Vías venosas: aplicar apósitos de protección entre la piel y el dispositivo.
- Sondas nasogástrica y vesical: movilizarlas de forma

circular 1 vez al día.

- Sensor de pulsioximetría: cambiar el sensor de forma frecuente.
- Pegatinas de los electrodos: en espalda si está en decúbito prono.
- Cambios posturales: si no se pueden realizar, hacer cambios locales.
- Protección local para el alivio de la presión:
  - Dispositivos de gel, poliuretano o viscoelástico para prevenir UPP en la zona occipital y prominencias óseas.
  - Colocar “patucos” que permitan revisar los talones 1 vez al día.

ARSENAL TERAPÉUTICO

ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS

- Restauran el film hidrolipídico protector de la piel y facilitan la renovación de células epidérmicas.
- Incrementan la resistencia de la piel.

MEPITEL®

- Apósito de silicona.
- Evita que otros apósitos o gasas se peguen a la herida.
- Reduce el dolor asociado al cambio de apósito.
- Evita que el tejido neoformado sea dañado al cambiar el apósito.

HIDROGELES

- Acciones: desbridamiento autolítico y ayuda a la cicatrización.
- Aplicación: limpiar la herida con suero fisiológico, aplicar

sobre la lesión, sin sobrepasarla, cubrir con un apósito secundario, cambiarlo si hay fugas o cada 3 días como máximo.

COLAGENASA

- Desbridamiento enzimático.
- Útil en las fases de granulación y epitelización.
- Curas cada 24 horas, garantizando la humedad en el lecho de la herida.
- Se puede mezclar con hidrogeles.

HIDROCOLOIDES

- Capa externa: poliuretano semipermeable que no deja pasar gérmenes ni agua, disminuyendo así el riesgo de infección.
- Capa interna: carboximetilcelulosa (hidrocoloide) que absorbe el exudado y crea un gel que mantiene la humedad.
- Mantener como máximo 7 días.

ESPUMAS DE POLIURETANO

- Mecanismo de acción:
  - 1ª capa interna: en contacto con la herida. Permite el paso del exudado.
  - 2ª capa central: retiene el exudado.
  - 3ª capa externa: facilita la evaporación del exceso de humedad.

ALGINATOS

- En contacto con el exudado de las heridas se convierte en un suave gel que procura condiciones óptimas para la cicatrización de las heridas en un ambiente húmedo.

APÓSITOS DE CARBÓN ACTIVADO O PLATA

- Mecanismo de acción:
  - Absorbe el exudado.
  - Mantiene un ambiente húmedo en la herida.
  - Minimiza el riesgo de maceración.
  - Inactiva los agentes patógenos (por el efecto bactericida

de la plata).

- Reduce el olor de la herida infectada (por el carbón).

TRATAMIENTO

ESTADIO I

- Alivio de la presión en la zona afectada.
- Aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados en la lesión 3 veces/día.
- Uso de medidas locales en el alivio de la presión.

ESTADIOS II, III, IV

- LIMPIEZA DE LA HERIDA
  - No con antisépticos, salvo antes y después del desbridamiento quirúrgico.
  - Usar suero fisiológico.
  - Usar una presión de lavado efectiva para facilitar el arrastre de detritus, bacterias y restos de curas anteriores pero sin capacidad para producir traumatismos en el tejido sano.
- DESBRIDAMIENTO DEL TEJIDO NECRÓTICO

- La elección del tipo de desbridamiento será con criterios más conservadores que en el adulto. Por orden de preferencia:

1. AUTOLÍTICO: es el método más selectivo, atraumático e indoloro. El desbridamiento autolítico con hidrogeles es preferible frente al cortante, mecánico o enzimático.
2. ENZIMÁTICO O QUÍMICO: con colagenasa.
3. QUIRÚRGICO O CORTANTE

- ELECCIÓN DE UN PRODUCTO QUE MANTENGA EL LECHO DE LA HERIDA HÚMEDO Y A TEMPERATURA CORPORAL

UPP ESTADÍOS II Y III CON TEJIDO DE GRANULACIÓN

- Poco exudativa o seca: hidrocoloide cada 4 días.
- Moderadamente exudativa: espuma de poliuretano cada 4 días.

- Abundante exudado: alginato + espuma de poliuretano cada 4 días.

UPP ESTADÍOS II Y III CON TEJIDO NECRÓTICO O ESFACELOS

- Desbridamiento autolítico: hidrogel cada 4 días + espuma de poliuretano.
- Desbridamiento enzimático: colagenasa cada 24 horas + hidrogel + espuma de poliuretano.
- Desbridamiento quirúrgico.

UPP ESTADÍO IV CON PRESENCIA/SOSPECHA DE INFECCIÓN

- Apósitos de carbón activado o plata cada 3 días.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aparicio G, Ponce G, Carmona B. Cuidados a la piel del niño y factores de riesgo para desarrollar úlceras por presión. Enferm Universitaria -. 2010; 7 (3): 7-15.
2. Bernal AC, Nieto MC. Úlceras por presión en niños. Evaluación del riesgo en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Aquichán. 2004; 4 (1): 10-17.
3. García FP, Pancorbo PL, Soldevilla JJ. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar ulceras por presión en la infancia. Gerokomos. 2011; 22 (1): 26-34.
4. Romero-Herrera G, Aguilar EM. Factores de riesgo para úlceras por presión en pacientes pediátricos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Enferm IMSS -Méx-. 2017; 25 (2): 111-118.

TEMA 258. EDUCACIÓN SANITARIA EN EL SONDAJE VESICAL DOMICILIARIO

ARIADNE FLÓREZ MUÑIZ

MARTA APARICIO PÉREZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- INDICACIONES
- CUIDADOS EN EL DOMICILIO
- CUIDADOS EN EL DOMICILIO (II)
- SIGNOS DE ALARMA
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Hablamos de sondaje vesical permanente al referirnos a la colocación de una sonda a través del meato urinario hasta que llega a la vejiga, cuya finalidad principal es favorecer la salida de la orina.

Son varios los motivos por los que un paciente puede necesitar marcharse de alta a su domicilio portando una sonda vesical.

Por lo tanto, es necesario explicarle unos cuidados mínimos(aparte de recomendarle una ingesta adecuada de líquidos) para así poder evitar el mayor numero de infecciones urinarias posibles.

INDICACIONES

El sondaje vesical permanente en el domicilio puede ser debido a varias afecciones.
Algunos de los casos pueden ser:

- Permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.
- En pacientes con hematurias que hayan requerido lavados vesicales continuos y que puedan volver a tener un episodio de orina hematúrica e incluso que presente coágulos de sangre.
- Obstrucciones urológicas de naturaleza orgánica.
- Retenciones urinarias crónicas.

CUIDADOS EN EL DOMICILIO

Los cuidados del catéter vesical permanente en domicilio engloban desde la limpieza de la piel hasta la limpieza de la sonda y comprobación de su correcto funcionamiento.

En cuanto a la limpieza de la piel es recomendable utilizar jabones suaves, toallas limpias, agua caliente, no usar cremas polvos ni aerosoles cerca de la sonda.

El lavado genital en las mujeres debe realizarse desde la uretra (lugar de salida de la sonda) hacia el ano. Siempre en la misma dirección, de delante hacia atrás.

Y en los hombres, la higiene se realizará desde la punta del pene hacia abajo.

Es importante procurar que la zona de la sonda esté bien seca evitando la mayor humedad posible.

CUIDADOS EN EL DOMICILIO (II)

En cuanto al cuidado de la sonda vesical y de la bolsa colectora es muy importante lavarse bien las manos con agua y jabón antes de cada manipulación.

Otros puntos a tener en cuenta en la enseñanza al paciente y su familia para la manipulación de la sonda son:

- Como cambiar las bolsas de orina y como vaciarlas (hacerlo con regularidad y siempre antes de que se llene por completo, no desconectar la bolsa de la sonda).
- Procurar que la sonda no se doble.
- Mantener siempre la bolsa a un nivel más bajo que la vejiga (así evitamos el retroceso de la orina que puede llegar a provocar infecciones).
- Es recomendable realizar el cambio de bolsa cada 4 o 5 días.
- No dar tirones bruscos a la sonda o llevarla tirante.

SIGNOS DE ALARMA

Es importante la enseñanza tanto al paciente como a la familia de los signos de alarma a los que tienen que prestar atención y que deben vigilar especialmente.
Por ejemplo, alguno de estos son:

- Aparición de fiebre
- Secreción o drenaje alrededor de la sonda.
- Dolor a nivel lumbar.
- Obstrucción de la sonda.
- Orina espesa, turbia y con mal olor.
- Sangrado dentro o alrededor de la sonda.
- Si se recoge poca o nada de orina a pesar de la ingesta de adecuada de líquidos.
- Sensación de ardor o dolor en la vejiga o pelvis.

CONCLUSIÓN

La necesidad de que el profesional de enfermería este correctamente formado es fundamental a la hora de ofrecer la información y el apoyo necesario tanto al paciente como a su familia, evitando así la probabilidad de contraer una infección urinaria.

Por lo que dar una enseñanza sanitaria es imporante en este ámbito.

BIBLIOGRAFÍA

https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm
https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000140.htm
https://www.fisterra.com/Salud/3proceDT/sondasVesicales.as
https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/insercion-mantenimiento-sondaje-vesical-diferentes-disposit
https://www.quironsalud.es/hospital-madrid/es/pacientes-visitantes/educacion-paciente/cuidado-sonda-vesical
https://www.sergas.es/cas/documentaciontecnica/docs/consejossalud/sonda.htm
https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/educacion-al-paciente-sonda-vesical-permanente-larga-duracion/

TEMA 259. SONDAJES VESICALES.

- ÁNGELA ROMERO RODRÍGUEZ

ÍNDICE

- CONCEPTO
- MATERIAL
- TIPOS
- CUIDADOS

CONCEPTO

El sondaje vesical se utiliza para la evacuación de la orina y los lavados vesicales. Para ello se utiliza la Sonda Foley que va unida a un colector o bolsa de orina.

Se introducen a través de la uretra, hasta la vejiga urinaria, para evacuar la orina contenida en su interior o bien instilar líquido a través de la misma,con fines diagnósticos o terapéuticos.

Las sondas pueden ser de muy diferentes materiales, y los más utilizados son de látex, el tátex siliconado, la silicona pura, el polvinilo y los poliuretanos.

MATERIAL

Para la realización de un sondaje vesical se necesita: palangana, esponja y jabón; Paños estériles; Suero o Agua destilada, Cuña, Gasas estériles, Guantes estériles, Lubricante urológico, Antiséptico, Escapadrapo antialérgico, Pinzas Kocher o de Pean, Batea, Bolsa colectora de orina con coporte, Sondas de Foley de distintos números, Jeringa estéril de 10 c.c. El balón de fijación en un sondaje vesical se llena con aire o con agua.

TIPOS DE SONDAS

La utilización de los distintos tipos de sonda depende de la patología que presente el paciente.

*Según el calibre:

Los calibres debes seleccionarse según el sexo, la edad y características del paciente

*Según la longitud:

Masculina,femenina, pediátrica.

Según su forma:

Foley: Es la de uso mas frecuente. Tiene doble o triple luz,una para inflar el globo,otra para que salga la orina, y la de tres vías tiene una tercera para introducir algna solución en la vejiga. Se cambiará cada 30 días aprox. aunque puede durar hasta 3 meses.

Mallecot: Parecida a la de PEZZER y con los mismos usos, pero los orificios del extremo distal están más dilatados. Actualmente está en desuso.

Pezzer: Es una sonda recta de una sola luz. Presenta en su extremo distal un ensanchamiento en forma de seta con varios orificios. Se usaba en mujeres.

Robinson:Es una sonda rígida de una sola luz. Su extremo distal es acodado y redondeado, con uno o más orificios. Se usa para sondajes temporales.

Ouvelaire o de pico de flauta: Su extremo distal está ligeramente acodado. Se usa generalmente en varones.

CUIDADOS

Observar pediódicamente la permeabilidad de la sonda
Fijar el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de la misma para evitar tirones

Lavar la sonda cuand sea preciso para mantenerla permeable,según técnica aséptica.

Indicar al enfermo que mantenga la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo.

Evitar desconexiones de la sonda innecesarias siempre que se puedan utlizar sistemas cerrados de drenaje,excepto que esté contarindicado

Estimular el aporte de líquidos de dos a tres litros por día, para aumentar el flujo urinario y evitar riesgos de infección.

Limpieza de la zona perineal exhautivamente cada 12 horas.

Valorar los indicadores de infección

Cuando haya que pinzar la sonda, hacerlo siempre en el tubo de drenaje de la sonda,nunca en el catéter.

BIBLIOGRAFÍA

https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003981.htm

https://www.fisterra.com/Salud/3proceDT/sondasVesicales.asp

http://andarrat.free.fr/cap5b.htm

https://enfermeriapractica.com/procedimientos/sondaje-vesical#targetText=El%20sondaje%20vesical%20es%20una,orina%20en%20casos%20de%20retenci%C3%B3n.

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

MARCO TEÓRICO…….... 3

Introducción……. 3

Justificación……. 5

MARCO METODOLÓGICO……... 7

Objetivos……... 7

Metodología……. 7

RESULTADOS……. 10

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES……. 14

BIBLIOGRAFÍA……..... 16

MARCO TEÓRICO

Introducción.

El ejercicio físico está indicado para muchos tipos de personas, pero a partir de ciertas edades y con ciertas patologías de por medio, hay personas que deben centrarse en realizar una actividad física diaria adecuada a sus posibilidades y características. Que las personas realicen una actividad física regular mejora la aptitud ósea y funcional, favorece el fortalecimiento de los músculos, la circulación sanguínea, la capacidad pulmonar y cardiaca, y ayuda a controlar el peso, es por ello que reduce el riesgo de padecer patologías crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad, las depresiones, las cardiopatías, los accidentes cerebro vasculares y síndromes metabólicos.

Por otro lado previene caídas y las consiguientes fracturas (de cadera, que son las más comunes en pacientes de edad avanzada o con dificultades de movilidad), entre otros muchos beneficios, como son el crecimiento personal, la autoestima y el estado de ánimo, la calidad del sueño, el flujo de oxígeno al cerebro y al cuerpo, la salud mental, reduciendo los niveles de estrés.

En relación a la falta de actividad física, la mortalidad a nivel mundial, podría situarse en una cuarta posición, suponiendo en torno a un 6% de las muertes producidas

Por otra parte es bien sabido que las personas mayores consumen un gran número de medicamentos y, en consecuencia, los efectos adversos son también cuantiosos, hasta tal punto que algunas estadísticas les otorgan la causa de ingreso hospitalario y/o prolongación de estancia hasta un 10%, aumentando hasta un 25% en personas mayores de 80 años, con incidencia en la tasa de mortalidad.

Un adulto mayor de 65 años o una persona con una patología crónica que le impida realizar un ejercicio físico más intenso debería realizar actividad física en función de sus posibilidades, entre las que destacan desplazamientos (en función de las aptitudes de cada persona), ejercicios programados por personal capacitado, en un contexto diario, e incluso social y/o comunitario.

Justificación.

Con esta revisión se pretende establecer una relación directa los beneficios que ofrece la actividad física diaria sobre el consumo habitual de fármacos en personas con enfermedades crónicas. Fármacos de uso habitual como: Aspirina y otros AINES, corticoides, psicofármacos, analgésicos y/o laxantes

El uso habitual de la musculatura del cuerpo, las articulaciones, incrementando el ritmo cardiaco y la capacidad pulmonar pueden llegar a suponer un gran beneficio para la persona, disminuyendo de forma proporcional los dolores musculares, aumentando el nivel de endorfinas, y mejorando el estado de ánimo, aumentando el cansancio y por ende mejorando la calidad del sueño nocturno. Si la actividad se consigue hacer al aire libre puede llegar a incidir sobre la reducción sobre la incidencia de cefaleas, la disminución de síntomas depresivos y/o ansiosos, y la mejora sobre el estado de ánimo y la calidad de vida en general. Estos beneficios inciden directamente sobre el consumo de fármacos habituales para tratar la ansiedad/depresión, dolores de cabeza y/o musculares, mejorar la calidad del sueño nocturno, etc.

MARCO METODOLÓGICO

Objetivos.

- Relacionar la práctica de una actividad física diaria con el consumo de fármacos de uso general en adultos mayores de 65 años.
- Relacionar la actividad física y el consumo de fármacos de uso habitual con el gasto.

Metodología.

El nivel de evidencia del trabajo realizado viene tomado de una revisión sistemática de documentos científicos, obtenidos de las búsquedas en tres bases de datos principales: PUBMED, Dialnet y CuidenPlus.

Se seleccionaron 37 artículos [9-45] de revistas de alto impacto mediante búsquedas con lenguaje controlado.

Para concretar los tesauros clave que se utilizaron en las búsquedas hubo que acceder y utilizar los descriptores DeCS y MeSH

- Descriptores DeCS: Actividа* físic*, enfermeda* crónic*, fármaco, adult*.
- Descriptores MeSH: Physical activity, chronic disease, drug, adult.

La estrategia de búsqueda se realizó tanto en castellano como en inglés. Se utilizó el truncamiento "*" para no hacer distinción de género ni de número en los términos utilizados. Y el operador booleano AND para relacionar los términos buscados.

Tras un exahusto cribaje de artículos, se decidió organizar las búsquedas en dos perspectivas principales:

- Una general que relacione la actividad física con el consumo de fármacos en personas mayores de 65 años.

- Otra más específica que incluyo personas que puedan estar tomando unos fármacos concretos, bien por una patología crónica o por necesidad, entre los que incluimos:

  - ✓ Analgésicos de amplio espectro como el paracetamol.
  - ✓ Antinflamatorios como el Ibuprofeno, Naproxeno, la Dexametasona o el Acido Acetilsalicílico.
  - ✓ Psicofármacos, como el Lorazepam o el Alprazolam.

RESULTADOS

Las distintas Recomendaciones de la OMS sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud se basan en la prevención de enfermedades no transmisibles mediante la práctica de ejercicio físico. Algunos de los estudios supervisados indican que las iniciativas terapéuticas que incluyen ejercicio físico y/o medicación pueden aportar beneficios similares en la reducción de la patología cardiaca y diabetes, siendo más efectivo en los pacientes que se recuperan de un infarto que los procedimientos farmacológicos.

Si bien los estudios rigurosos son escasos, existe cierta evidencia sobre la eficacia por sí sola de la actividad física aunque sea de forma indirecta.

Otras de las publicaciones revisadas son de la opinión que los estudios deberían incluir el ejercicio físico en los ensayos clínicos y no sólo para la recuperación de enfermedades cardiovasculares. En otros se da valor a los estilos de vida en la prevención de estas enfermedades, criticando la facilidad con la que se prescriben medicamentos.

En el caso de las patologías degenerativas relacionadas con el esqueleto, la prescripción de antiinflamatorios guarda paralelismo con los beneficios aportados por la actividad física, aunque en menor medida que con otras patologías.

Igualmente, el ejercicio físico favorece la salud mental, haciendo innecesario el consumo de hipnóticos y otros psicofármacos.

Todos los artículos inciden en que el proceso de envejecimiento produce cambios en el organismo y en su funcionalidad es un hecho. Pero el cuerpo humano dispone de la capacidad de adaptarse a estos cambios mediante hábitos saludables. Así se puede retrasar la aparición de la disminución de la fuerza muscular, la pérdida de flexibilidad y el mantenimiento de las habilidades, así como una mayor tolerancia al esfuerzo que repercute positivamente en la capacidad aeróbica y en el gasto cardiaco. Por consiguiente, la falta de actividad física conduce a una mayor morbilidad.

La obesidad guarda una relación directa con la diabetes y ésta con la discapacidad, de lo que se deriva un severo problema para el individuo que la padece y para la sociedad, que tiene que soportar gastos de corte social y económico.

En cuanto a la farmacología propiamente dicha, la mayor parte de artículos concluyen de la siguiente forma. Los analgésicos no opiáceos y los antinflamatorios no esteroideos junto al ácido acetilsalicílico constituyen el grupo de fármacos más consumidos por la población mundial, teniendo en cuenta además la facilidad para conseguirlos.

Los cambios experimentados por el proceso de envejecimiento hacen que los medicamentos no resulten inocuos para el organismo, los que son beneficiosos para unas patologías a la larga producen otras por ejemplo: el grupo de corticoides puede elevar la tensión arterial y desencadenar inestabilidad hemodinámica por ocasionar hipernatremia entre sus efectos adversos, así como descompensación diabética, los fármacos psicótropos, que pueden ocasionar excesiva somnolencia, alteración de la marcha con riesgo de caída , estreñimiento, retención urinaria.. Etc.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los cambios que tienen lugar durante el proceso de envejecimiento obedecen a criterios biológicos previamente establecidos, que pueden ser modificados por factores externos que forman parte del “modus vivendi” de cada individuo, que condicionan la aparición de determinados procesos con alta incidencia entre las personas mayores.

La ausencia de actividad física acelera el desarrollo de patologías discapacitantes con el consiguiente gasto en el ámbito sociosanitario, destacando el consumo de medicamentos que, por sí mismo, puede desencadenar otras patologías, causa de una alta morbimortalidad entre las personas mayores. Se estima de una manera cualitativa que por cada euro que se invierta en fomentar el ejercicio físico se ahorran tres en medicamentos.

vasculares

Los hábitos de vida saludables a cualquier edad, retrasan la aparición de problemas o enfermedades. Una dieta saludable y realizar una actividad física diaria acorde a las posibilidades de cada persona es directamente proporcional a los beneficios sobre su salud, en enfermedades metabólicas como la diabetes y la dislipidemia, aumentando la capacidad pulmonar en pacientes asmáticos y con enfermedades obstructivas crónicas, mejorando la contractibilidad cardiaca, previniendo cardiopatías, e incluso accidentes isquémicos .

Se concluye en que la actividad física diaria supone un gran beneficio para la persona incrementándose de forma exponencial desde el nacimiento hasta la vejez.

BIBLIOGRAFÍA

- Grove, SK; Gray, JR; Burns, N. Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia (Sexta edición). (ed) Elsevier. Madrid. 2016.
- Gómez-Cabello, A., Vila-Maldonado, S., Pedrero-Chamizo, R., Villa-Vicente, J.R., Gusi, N., Espino, L., González-Gross, M., Casajus, J.I., Ara, I. La actividad física organizada en las personas mayores, una herramienta para mejorar la condición física en la senectud. Revista Española de Salud Pública. 2018; 92:1-10.
- Mora, J.C., Valencia, W.M. Exercise and older adults. Clinics in geriatric medicine. February. 2018; 34(1): 145-162.
- Carru, C., Da-Boit, M., Paliogiannis, P., Zinellu, A., Sotgia, S., Sibson, R., Gray, S.R. Associations between markers of oxidative stress, skeletal muscle mass and function and to the influence of resistance exercise training, in older adults. Exp Gerontology. 2017; 12: 1-24.

TEMA 261. ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES.

SANDRA RUIZ ESPEJO

ÍNDICE

- **LA VIOLENCIA SEXUAL**
- **ACTUACIONES DESDE LA MEDICINA CLÍNICA**

:

INTRODUCIÓN

La violencia sexual contra las mujeres puede ser ejercida por su pareja o por otros hombres. En general las mujeres consultan cuando el agresor no es la pareja, siendo poco frecuente que lo hagan por agresión sexual dentro de la pareja. Es en estos casos cuando la violencia sexual suele permanecer oculta, y resulta difícil detectarla.

ACTUACIONES DESDE LA MEDICINA CLÍNICA:

recogida inicial de datos, anamnesis y antecedentes personales.

- solicitar la actuación de la medicina forense, a través del juzgado de guardia, y colaborar en su trabajo.
- valoración del estado general físico y psíquico. Exploración física.
- Toma de muestras del aparato genital para infecciones de transmisión sexual. Puede ser necesaria la toma de muestras de la cavidad anal o bucal en función del tipo de agresión sufrida.
- Petición de analítica sanguínea.
- Tratamiento inmediato de las posibles lesiones físicas.
- Asistencia psicológica.
- Prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluida la profilaxis post-exposición frente al VIH.

• Profilaxis del embarazo.
• Emisión del parte de lesiones.
• Información a la mujer de los recursos existentes.

Actuaciones desde la medicina forense:

• Toma de muestras de interés legal.
• Señalar la localización e importancia de las lesiones (fotografiar lesiones).
• Realización del Informe Médico Forense para el Juzgado.

En las siguientes tablas se describen detalladamente las actuaciones a realizar en los casos de agresiones sexuales desde los servicios de Urgencias:

BIBLIOGRAFÍA

•http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af95874e0020_05_actuacion_agresiones_sexuales.pdf

- https://www.elsaltodiario.com/abusos-sexuales/protocolos-actuacion-violencia-sexual-dispersos-obsoletos-inexistentes
- https://conferenciaepiscopal.es/protocolos-de-e-agresiones-sexuales-contra-menores/actuacion-ant

TEMA 262. LA AFÉRESIS EN LA COLITIS ULCEROSA .

LLIBERTÁ LORENZO COLLAZO
CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
SANDRA SOTURA CARRERA
PATRICIA OTERO MENÉNDEZ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN
LA COLITIS ULCEROSA
¿QUÉ ES LA AFÉRESIS?
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO
INDICACIONES DE LA AFÉRESIS
EFECTOS SECUNDARIOS DE LA AFÉRESIS
BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa es una enfermedad crónica inflamatoria que provoca un hinchazón de la mucosa que recubre el intestino grueso o colon. Evoluciona con periodos sin síntomas o con síntomas (brotes). El tratamiento no es sencillo, suele usarse corticoides a largo plazo creandocorticodependencia o corticorresistencia, llegándose a usar inmunosupresores o tratamientos biológicos. Una alternativa es la aféresis.

LA COLITIS ULCEROSA

Es una enfermedad intestinal inflamatoria que afecta al revestimiento más profundo del intestino grueso (colon) y al del recto.

La causa de la colitis ulcerosa se desconoce. Las personas que padecen esta afección tienen problemas con el sistema inmunitario, pero no está claro si los problemas inmunitarios causan esta enfermedad. El estrés y ciertos alimentos pueden desencadenar los síntomas. Afecta a cualquier grupo de edad y por igual a mujeres que a los hombres.

Los síntomas generales son expulsión de sangre por el recto, dolor abdominal fiebre y pérdida de peso.

LA COLITIS ULCEROSA

El diagnóstico se realiza con la clínica y con las siguientes pruebas: análisis de sangre, muestras de heces, colonoscopia, radiografías TAC , resonancias y biopsias.

El tratamiento de la colitis ulcerosa depende de la gravedad de la enfermedad, la primera medida son los antiinflamatorios y los corticoides; también son usados los inmunosupresores u otros tratamientos biológicos y el procedimiento de aféresis como alternativa.

Es muy importante también llevar una dieta pobre en grasa.

¿QUÉ ES LA AFÉRESIS?

La aféresis o granulocitoaféresis es un procedimiento que consiste en depurar las células sanguíneas a través de un sistema extracorpóreo.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

El proceso es similar al de una diálisis y pretende extraer los componentes inflamatorios que circulan por la sangre. En la Colitis Ulcerosa existe un aumento de leucocitos (glóbulos blancos) que participan en la inflamación, liberando sustancias que la favorecen.

El procedimiento de la aféresis consiste en conectar por vía venosa a través de un acceso del paciente, a una máquina separadora de células, mediante un equipo de bolsas y tubos de recolección estériles. El flujo sanguíneo con los leucocitos (y también con glóbulos rojos y plaquetas) circula a través de la máquina que tiene un sistema que los filtra, los depura y los devuelve al paciente. El sistema de depuración puede ser una columna (cartucho) o un filtro por la que pasa toda la sangre del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

La sangre es devuelta al paciente por otro acceso vascular.
La aféresis suele durar entre una hora y dos. En una sesión no se puede depurar todo el torrente circulatorio por lo que habitualmente suelen precisarse varias sesiones. La pauta más frecuente es realizar 1 sesión semanal durante 5 o 10 semanas.

INDICACIONES DE LA AFÉRESIS

La aféresis está indicada en aquellas personas en las que ha fracasado el tratamiento convencional, en los que no pueden usarse los tratamientos farmacológicos establecidos: los corticoides, los inmunomoduladores o los fármacos biológicos (anti-TNF entre ellos).

La indicación la decide el médico, ya que dependerá de la situación de cada paciente. La principal indicación es en la situación en que los pacientes no son capaces de retirar totalmente los corticoides (corticodependencia) o que han tenido varias recidivas frecuentes y en los que ha fracasado el tratamiento establecido. Lo habitual es que los fármacos inmunosupresores o los biológicos hayan fracasado para controlar la corticodependencia.

EFECTOS SECUNDARIOS DE LA AFÉRESIS

Los efectos secundarios más frecuentes durante la sesión de aféresis son los calambres, otros menos frecuentes son la hipotensión, malestar general, mareo, debilidad, piel fría.

BIBLIOGRAFÍA

Página WEB :
https://www.educainflamatoria.com
https://www.equitecsal.com
https://biosalud.org
https://manualsalud.com_
web confederación ACU

Bases de datos:
Medline (base de datos en internet) Disponible en
https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000250.htm

TEMA 263. ANDROPAUSIA.

ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL
ANA ISABEL MUÑIZ DÍAZ

ÍNDICE

- ¿ QUE ES LA ANDROPAUSIA?
- ¿ CUANDO SUELE EMPEZAR?
- SINTOMAS
- TRATAMIENTOS

¿ QUE ES LA ANDROPAUSIA?

La andropausia es la disminución en la producción de la testosterona masculina.
La testosterona es la hormona que se produce en los testículos y glándulas suprarrenales y cumple funciones similares a los que cumplen los estrógenos en la mujer.
La andropausia no es una enfermedad solo un periodo transitorio.

¿ CUANDO SUELE EMPEZAR?

Puede empezar a partir de los 50 años, pero en otras personas puede comenzar a los sesenta o sesentaicinco años. El inicio es variable y la expresión clínica también. Hay varones en los que una pequeña bajada de testosterona no les afecta, no tienen síntomas, y en cambio hay otros que empiezan a experimentar un descenso de la actividad física y del deseo sexual muy exagerado par su edad.

Hay que diagnosticarlo y diferenciarlo de otras enfermedades como la depresión.

SINTOMAS

Pueden aparecer varios síntomas:

- Disminución del deseo sexual.
- Las erecciones son menos firmes.
- Menor resistencia física, cansancio.
- Tendencia al mal humor (depresión, ansiedad…)
- Reducción del tamaño testicular.
- Se reduce la cantidad de semen y de la eyaculación

TRATAMIENTOS

Al estar causada por una deficiencia de testosterona, el tratamiento de la andropausia consiste en suministrar esta hormona para mantener unos niveles adecuados y estables. La testosterona se puede administrar por vía intramuscular, pero también mediante geles y parches. Siempre bajo supervisión medica ya que la testosterona puede alterar los niveles de lípidos, causando hipercolestemia y aumentar el tamaño de la próstata.

Gracias al tratamiento será posible recuperar el deseo sexual, la calidad de la erección, fuerza y energía así como mejor otros parámetros, como el estado de animo y la masa muscular y ósea.

Se recomienda acompañar el tratamiento con cambios en el estilo de vida, abandonar el consumo de tabaco y alcohol, realizar actividad física y una dieta sana.

BIBLIOGRAFÍA

- https://tusdudasdesalud.com/hombre/andropausia/que-es-andropausia/
- https://www.institutoneurociencias.med.ec/blog/item/15022-andropausia-15-sintomas-hombre-conocer
- https://www.sabervivirtv.com/temas/andropausia
- https://www.doctologia.es/urologia-andrologia/andropausia-menopausia-masculina-sintomas-tratamiento/

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

ÍNDICE

1- Resumen/Abstract.
2- Introducción.
3- Material y métodos
4- Resultados
5- Conclusiones
6. Bibliografía

1- Resumen/ Abstract.

La candidiasis vaginal es un problema que afecta a 3 de cada 4 mujeres en algún momento de la vida.

Se produce debido a un desequilibrio en el hábitat normal de los microorganismos vaginales o microbiota. Se caracteriza por una disminución de lactobacillus y colonización por parte de la candida.

Dados los efectos secundarios y resistencias que se están produciendo con respecto a los tratamientos convencionales antimicóticos y el problema que supone para quien lo padece resulta necesario investigar y poder determinar los beneficios que pueden aportar el consumo de probióticos en la prevención y curación de la enfermedad.

Objetivo: Exponer, mediante una revisión bibliográfica, el estado de la cuestión acerca del beneficio del uso de probióticos en la prevención y tratamiento de la vulvovaginitis candidiásica.

DeCS: Probióticos, Candidiasis.

Palabras clave: Probióticos , candidiasis, vulvovaginitis.

Probióticos: Suplementos dietéticos microbianos vivos que afectan beneficiosamente al animal huésped, al mejorar su equilibrio microbiano intestinal. Los antibióticos y otros compuestos relacionados no se incluyen en esta definición. En humanos, los lactobacilos se utilizan habitualmente como probióticos, como especies únicas o como cultivos mixtos con otras bacterias. Otros géneros que se han utilizado son la bifidobacteria y los estreptococos (Traducción del original: J. Nutr. 1995;125:1401-12).

Candidiasis: Infección por un hongo del género candida, especialmente C.albicans.
Suele ser una infección superficial de áreas cutáneas húmedas del cuerpo, aunque se convierte en más grave en pacilentes inmunodeprimidos. (Dorland, 28a ed).

Abstract: Vaginal candidiasis is produced due to an imbalance in usual vaginal microbiota.It is characterised by a decrease in lactobacillus and candida colonisation. Taking into account the by-effects, the antifungal resistance and the several problems affecting patients, make scientific research is crucial to clarify whether probiotics are beneficial in the prevention and treatment of vaginal candidiasis.

Objectives: To explain the importance of the bibliographic review, the state of art , the profit of using probiotics in the prevention and treatment of vulvovaginal candidiasis.

DeCS: Probiotics, Candidiasis.

Key words: Probiotics, Candidiasis, Vulvovaginal.

Probiótics: Live microbial dietary supplements which beneficially affect the host animal by improving its intestinal microbial balance. Antibiotics and other related compounds are not included in this definition. In humans, lactobacilli are commonly used as probiotics, either as single species or in mixed culture with other bacteria. Other genera that have been used are bifidobacteria and streptococci. (J. Nutr. 1995;125:1401-12)

Candidiasis: Infection with a fungus of genus candida. It is usually a superficial infection of the moist areas of the body and is generally caused by Candida albicans.

2. Introducción.

La microbiota vaginal mantiene el ecosistema vaginal estable y sano, compitiendo con los hongos por el alimento , contratacándolos, y manteniendo el ph vaginal ácido (3,5-4,5) para formar la principal barrera del sistema inmunitario.

Por lo tanto, mantener un equilibrio de la microbiota vaginal es fundamental, ya que el aumento de determinados microorganismos generará infecciones.

El equilibrio de la microbiota vaginal puede alterarse por la edad, la fase del ciclo menstrual, la actividad sexual, el método anticonceptivo, la gestación, la diabetes mal controlada, el uso de antibióticos y corticoides, enfermedades inmunosupresoras, o la utilización de determinados geles de higiene íntima no específicos.

La vulvovaginitis es la infección de la vulva y de la vagina, la cual se produce por distintas causas ; entre ellas y la más habitual el hongo Candida Albicans, afectando a un gran número de mujeres ; 15-20% de las mujeres no embarazadas y al 20-40% de las embarazadas.

- *Signos y síntomas*:

-Prurito , quemazón e irritación vulvovaginal.
-Dispaneurenia.
-Flujo espeso y blanquecino.

- *Diagnóstico:*

-Ph vaginal < 4,5.
-Preparado fresco: Pueden verse hifas, pseudohifas y micelas especialmente en KOH.
-Cultivo: En caso de que no haya clínica o se trate de una recidiva.

- *Tratamiento:*

-Antifúngicos orales: el más habitual es el fluconazol, sólo precisando una dosis.
-Antifúngicos tópicos: con menos efectividad debido a la absorción.
-Medidas higiénicas: correcto secado de la zona, ropa vaporosa permitiendo que circule el aire para evitar proliferación.

Dadas las recidivas de esta infección, el problema al padecerla y las resistencias creadas a los ya tan usados tratamientos , se da la necesidad de investigar en nuevos tratamientos preventivos y coadyuvantes; causa principal del desarrollo de probióticos.

El término probiótico data de 1965 cuando fue usado por primera vez por Lilly y Stillwell para dar nombre a “cualquier sustancia u organismo que contribuyera a mantener en equilibrio la flora intestinal animal”, aunque previamente el premio nobel Iliá Mechnikov ya había probado la reducción de bacterias tóxicas en el intestino mediante la ingesta de yogures con lactobacillus aumentando así, la longevidad de los campesinos.

A día de hoy, el término se encuentra más instaurado y definido por la OMS así, como “microorganismos vivos que cuando son administrados en cantidades adecuadas confieren beneficios al huésped”.

Las bacterias probióticas más frecuentes son: Lactobacillus acidophilus, L. casei, L. reuteri, L. plantarum, L. casei GG; Bifidobacterium brevis, B. longum, B. infantis, B. animalis; Streptococcus salivaris subespecie thermophilus, y algunas variedades de levaduras como Saccharomyces boulardii.

- Clasificación:

Se clasifican según género , especie y cepa.

Ejemplos: Lactobacillus salivarius CECT5713
Lactobacillus plantarum P 17630

Las propiedades de una cepa no se pueden extrapolar a otra.

- Mecanismo de acción:

La administración de Lactobacillus se utiliza como adyuvante en estrategias de prevención de recurrencia de infecciones vaginales.
Los lactobacillus impiden el crecimiento de patógenos mediante la producción de ácido láctico que permite un Ph ácido y de peróxido de oxígeno , bactericidas , y proteínas de unión a la superficie , que inhiben la adhesión a células.

- La eficacia de los probióticos depende de:

-Dosificación (Concentración de probiótico expresado en UFC).

- Posología.

-Vía de administración.

▭Características que debe poseer un probiótico para que sea aceptado por la OMS:

1-Seguridad. No deben ser microorganismos con capacidad para generar enfermedades ni deben ser tóxicos. Deben estar libres de efectos adversos.
2.Estar vivos. Deben ser resistentes a la destrucción tecnológica.
3.Estabilidad. Deben permanecer estables durante la vida útil del producto, con variabilidad mínima entre los distintos lotes del producto.
4.Cantidad adecuada. Deben contener un número adecuado de microorganismos viables que conduzcan al efecto beneficioso demostrado científicamente.
5.Nomenclatura específica. Debe especificarse el género y la especie de cada cepa específica.

6.Evidencia científica. Deben tener estudios de calidad que demuestren su eficacia en seres humanos.
7.Almacenamiento. Deben contener sustancias de vehículo o relleno que no afecten a la viabilidad o supervivencia de la cepa.
8.Efecto beneficioso. Cada cepa presenta un efecto beneficioso para la cual ha mostrado evidencia científica. Los beneficios de una cepa no pueden ser extrapolados a otras cepas.
9.Etiquetado. Deben llevar una etiqueta en la que se especifiquen claramente estas características de forma clara y veraz.

3. **Material y métodos**.

La mayoría de las revisiones surgen de la necesidad de clarificar una incertidumbre sobre un determinado tema sobre el cual ya existen algunos estudios preexistentes o hay un número exigible de artículos. Hay revisiones sistemáticas que se realizan simplemente para poner en evidencia las lagunas del conocimiento.

Establecida la incertidumbre que queremos resolver, y que da título al trabajo, nos queda dilucidar las bases de datos a las que hemos acudido por medio de un protocolo de búsqueda.

Un protocolo de búsqueda supone un plan de proceso detallado y explícito tanto de las bases de datos que se van a utilizar como de los pasos que se van a seguir. Este protocolo permite un rastreo sistemático de información, que además al ser transparente y explícito hace posible su reproducibilidad.

Comenzamos con la identificación de las bases.

•Crochane : Es una base de búsqueda Iberoamericana. Se usó como palabras clave “probióticos, candidiasis ” obteniéndose un resultado positivo.

•Cuiden: Es una base de datos pertenecientes a Ciberindex, plataforma especializada en la gestión del conocimiento en cuidados de salud que tiene como misión proporcionar a los profesionales sanitarios soluciones prácticas e innovadoras para la ayuda en la toma de decisiones fundamentadas en el conocimiento científico. Se usó como palabra clave “ probióticos ,candidiasis” en la búsqueda y se obtuvieron dos artículos adecuados a nuestro tema de estudio.

•Enfispo: Base de datos perteneciente a la Universidad Complutense de Madrid, que permite la consulta del catálogo de artículos de revistas en español que reciben en la biblioteca de la facultad de enfermería, fisioterapia, y podología.
Las palabras clave fueron “probióticos, candidiasis” obteniendo un artículo que se adhiera a nuestra incertidumbre.

•Cuidatge: Base de datos de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili. Recoge los artículos de las revistas recibidas en la biblioteca de la E.U.
Las directrices para la búsqueda no satisfactorias fue “probióticos, candidiasis”

•Google académico: Es un buscador que permite localizar documentos académicos como artículos , tesis, libros, y resúmenes de fuentes diversas como editoriales universitarias, asociaciones profesionales, y otras organizaciones. Los resultados aparecen ordenados considerando el texto completo , el número de citas recibidas, el autor, la publicación, fuente, etc.

Es un buen recurso para buscar en muchas fuentes a la vez.

Se usaron como palabras clave “probióticos, candidiasis” obteniéndose, 2 resultados que encajaban en nuestra búsqueda.

•Pubmed: Es un servicio creado por National Library of Medicine y la National Center for Biotechnology Information dependiente del Instituto Nacional de la Salud de los EEUU.
Desde Pubmed podemos acceder a las citas y resúmenes de Medline, que es la base de datos más importante de la National Library of Medicine y abarca los campos de Medicina, Enfermería,Odontología, Veterinaria, Ciencias preclínicas y Salud Pública.
Las palabras clave fueron “probiotics AND candidiasis “ y se encontraron 5 artículos.

4. Resultados.

Toda la documentación se muestra de acuerdo en el frecuente uso de probióticos, pero pocos pueden aportar evidencia de su beneficio debido a la baja calidad de los estudios.

Sólo algunos de los estudios asocian a los probióticos como causantes del aumento de la tasa de curación, y reducción de la recurrencia al mes pero siempre como coadyuvantes de antimicóticos, y justificando la poca calidad evidencial.

5. Conclusiones

Los probióticos constituyen un tratamiento complementario en la curación y prevención de las candidiasis vulvovaginales.

La poca evidencia científica de los estudios encontrados hace que no podamos apoyarnos en ella para darles certeza, aunque en algunos estudios y personas resulten válidos.

Una vez más, surge la necesidad de más investigación y formación para mejorar la calidad de los estudios y propia calidad asistencial.

6. Bibliografía.

Álvarez-Calatayud, Guillermo, Suárez, Evaristo, Rodríguez, Juan Miguel, Pérez-Moreno, Jimena, La microbiota en la mujer; aplicaciones clínicas de los probióticos. Nutrición Hospitalaria [en línea] 2015, 32

Xie HY, Feng D, Wei DM, Mei L, Chen H, Wang X, Fang F. Probiotics for vulvovaginal candidiasis in non-pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 11. Art. No.: CD010496. DOI: 10.1002/14651858.CD010496.pub2.

2. Danielsson D, Teigen PK, Moi H. The genital econiche: focus on microbiota and bacterial vaginosis. Ann N Y Acad Sci 2011; 1230:48-58.

Parma M, Stella Vanni V, Bertini M, Candiani M. Probiotics in the prevention of recurrences of bacterial vaginosis. Altern Ther Health Med 2014; 20: 52-57.

Castro, A.;González, M.; Tarín, J.J.; Cano, A..Sociedad Española de Probióticos y Prebióticos. Workshop Probióticos, Prebióticos y Salud: Evidencia Científica (6º. 2015. Oviedo) Papel de los probióticos en obstetricia y ginecología.Nutrición Hospitalaria 2015 ; 31(Supl 1) : 26-30

Protocolo de diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales S.E.G.O. 2012.

Fernando Losa. Recurrencias de las infecciones vaginales. El probiótico clave para su prevención. En XVII Encuentro de la Salud y Medicina de la mujer. Madrid 2017.http://www.samem.es/wp-content/uploads/2017/03/S17-24-F-Losa-probiotico-vaginal.pdf

David E. Soper, MD, J. Marion Sims Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Medical University of South Carolina. Medline Plus. [Consultado Septiembre 2018] Disponible en https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/vaginitis,-cervicitis-y-enfermedad-pelviana-inflamatoria-epi/vaginitis-candidi%C3%A1sica

Medlineplus.[Internet] Bethesda (MD).U.S.National Library of Medicine; Generalidades sobre la vulvovaginitis;Agosto 2018. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000897.htm

Baquedano L et al. Menoguía de salud vaginal AEEM. 1 Ed. Barcelona: aureagrafic 2014. ISBN: 978-84940319-5-7

Donders GG1, Zodzika J, Rezeberga D. Treatment of bacterial vaginosis: what we have and what we miss. Expert Opin Pharmacother 2014; 15: 645-657.

María Jesús Cancelo Hidalgo, José Luis Neyro Bilbao, José Luis Baquero Úbeda Tratamiento adyuvante de la vaginitis con probióticos.Grado de acuerdo basado en el método Delphi. Prog Obstet Ginecol 2014;57:4-13

Santos CMA, Pires MCV, Leão TL, Silva AKS, Miranda LS, Martins FS, Silva AM, Nicoli JR.
Anti-inflammatory effect of two Lactobacillus strains during infection with Gardnerella vaginalis and Candida albicans in a HeLa cell culture model.,Pubmed. [Internet]2018.Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Kim JM, Park YJ.Probiotics in the Prevention and Treatment of Postmenopausal Vaginal Infections: Review Article.Pubmed. [Internet].2018. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Tan Y, Leonhard M, Moser D, Ma S, Schneider-Stickler B. Inhibitory effect of probiotic lactobacilli supernatants on single and mixed non-albicans Candida species biofilm.
Pubmed. [Internet].2018. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Hanson L, VandeVusse L, Jermé M, Abad CL, Safdar N.Probiotics for Treatment and Prevention of Urogenital Infections in Women: A Systematic Review.Pubmed. [Internet].2018. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Palacios S, Espadaler J, Fernández-Moya JM, Prieto C, Salas N.Is it possible to prevent recurrent vulvovaginitis? The role of Lactobacillus plantarum I1001 (CECT7504).Pubmed. [Internet].2018. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

TEMA 265. LA ICTERICIA NEONATAL.

RUT MORILLAS IGLESIAS

COAUTORES:

YOLANDA PUENTEDURA MARTÍN

SHEILA PRIETO LÓPEZ

ARANZAZU FERNÁNDEZ SANTIAGO

ÍNDICE

- Que es la ictericia neonatal
- Clasificación de la ictericia
- Factores a tener en cuenta o de riesgo
- Recomendaciones diagnósticas
- Evaluacion del neonato inicialmente o de urgencia
- Cuidados a llevar a cabo

QUE ES LA ICTERICIA NEONATAL

Es uno de los problemas más frecuentes, que requieren de hosìtalización del neonato.

Definimos la ictericia como una coloración amarilla presente en la piel del neonato.

CLASIFICACIÓN DE LA ICTERICIA

Podríamos clasificarla de 3 maneras

- **Fisiológicamente** hablaríamos de la aparición de tinte ictericio después de las primeras 24 horas de vida, de baja intensidad, con lo cual no habría factores de riesgo.

- **Patológicamente** hablaríamos de la aparición de tinte ictericio en las primeras 24 horas de vida del neonato y de mayor intensidad, este si con factores de riesgo.

- **Fisiopalógicamente** hay distintos factores que favorecen la elevación de la bilirrubina.

FACTORES A TENER EN CUENTA O DE RIESGO

Cuando se llegan a niveles tóxicos de bilirrubina puede llegar a haber afectación cerebral, de los cuales nacen las conocidas encefalopatías bilirrubínicas.

Debería recomendarse a las madres que van a lactar a sus bebes, un mínimo de entre 8 y 12 tomas al día, en los primeros días de vida del bebe, ya que la ingesta hídrica inadecuada contribuye al desarrollo de hiperbilirrubinemia

RECOMENDACIONES DIAGNÓSTICAS

Se recomienda hacer un buen interrogatorio a la madre sobre antecedentes familiares, también realizar pruebas diagnósticas a todo aquel que presente factores de riesgo.

No dar nunca el alta antes de verificar la hemoclasificación materna y neonatal, tampoco sin hacer un estudio básico de bilirrubinas y poner en aviso a la madre de consultar cualquier duda de ictericia y dar cita para consulta en 72 horas por su pediatra.

EVALUAR AL NEONATO INICIALMENTE O DE URGENCIA

Siempre se debe valorar si es una ictericia temprana (en las primeras 24 horas) si es un neonato de bajo peso o con alguna alteración , si tiene riesgo de incompatibilidad Rh o de grupo, si persiste tras 3 semanas o si hay evidencia de hemólisis.

También sería aconsejable valorar la aparición de hematomas o alteraciones metabólicas de importancia o notables.

Algo muy importante es hacer lo antes posible un estudio de la sangre del cordón umbilical del bebé a todos los neonatos con madre Rh negativa con riesgo de isoinmunización

CUIDADOS QUE SE LLEVARÁN A CABO

La primera pauta a llevar a cabo y también la más común es la fototerapia, a causa de ello debemos llevar un control de la hidratación y peso diario.

Tenemos dos opciones de tratamiento:

- Lámparas de máxima intensidad
- Fototerapia

- LÁMPARAS DE MÁXIMA INTENSIDAD:

Se usan sábanas blancas, debemos de evitar sacar la lámpara más de 3 horas de la exposición al bebe, hacer cambios posturales cada poco tiempo al bebe siempre asegurandonos de que está bien expuesto y dejar al neonato lo más descubierto posible, sin ropas ni mantas, solo con lo imprescindible (el pañal).

Y algo importante es reducir la hora entre toma y toma, para aumentar la hidratación notablemente.

FOTOTERAPIA

Se gradúan los microvatios de las lámparas en un máximo de 25 microvatios y un mínimo de 12 microvatios según la necesidad de cada neonato.

Antes de suspender el tratamiento en un neonato debemos de ir bajando la graduación de los microvatios hasta llegar a 8 microvatios para poder sacar de la exposición a la criatura.

FOTOTERAPIA

Se gradúan los microvatios de las lámparas en un máximo de 25 microvatios y un mínimo de 12 microvatios según la necesidad de cada neonato.

Antes de suspender el tratamiento en un neonato debemos de ir bajando la graduación de los microvatios hasta llegar a 8 microvatios para poder sacar de la exposición a la criatura.

BIBLIOGRAFÍA

En la web:

Pediatria integral:
https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-07/ictericia-neonatal/

Bing:
https://www.bing.com/search?q=alteraciones+metabolicas+en+la+ictericia&go=Buscar&qs=ds&form=QBRE

Pediatria y neonato:
http://pediatriayneonato2013.blogspot.com/2013

TEMA 266. LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.

FERNANDA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ
MARIA FERNANDEZ IGLESIAS
SUSANA ÁLVAREZ LOPEZ
IVÁN ÁLVAREZ DÍAZ

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

- Según las recomendaciones de la OMS, la alimentación para los bebes, debería ser leche materna exclusivamente durante los 6 primeros meses de vida y junto con la alimentación complementaria al menos hasta los 2 años de vida o hasta que la madre y bebe quieran.
- La leche materna cubre las necesidades nutricionales para lograr un crecimiento, desarrollo físico y salud optimas.
- También establece beneficios a nivel emocional, estableciendo una adecuada relación de apego.

OBJETIVOS

- Identificar los beneficios que supone la lactancia materna de forma exclusiva.

- Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida.

METODOLOGÍA

Se trata de una revisión bibliográfica a través de bases de datos científicas así como paginas web y guías profesionales

RESULTADOS

Existe evidencia suficiente para corroborar que la LME tiene numerosos beneficios tanto a corto como a largo plazo

✓***Para el bebe:***

- Proporciona los nutrientes necesarios en cantidad y temperatura adecuada así como anticuerpos.
- Previene alergias y multitud de enfermedades.
- Disminuye el riesgo de obesidad.
- Favorece el correcto desarrollo de la mandíbula.

RESULTADOS

- ✓ ***Para la madre:***
  - Reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiacas, diabetes tipo 2 o cáncer de mama y ovario.
  - Mejora la recuperación post parto: el útero se contrae más rápido previniendo hemorragias, aumenta la pérdida de peso y disminuye la depresión post parto.

- ✓ **Para ambos:**
  - Desarrolla una relación de apego.

CONCLUSIONES

- La lactancia materna no solo es un comportamiento humano fundamental sino que favorece el apego, el desarrollo psicológico y la estabilidad emocional, así como el crecimiento y el sistema inmunitario de los bebes.

- Por tanto , como profesionales sanitarios tenemos una labor muy importante para la promoción e instauración de la lactancia materna.

BIBLIOGRAFIA

1. LactApp. 100 beneficios de la lactancia materna [Internet]. La app de lactancia materna más completa y personalizada | LactApp. 2016 [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://blog.lactapp.es/100-beneficios-de-la-lactancia-materna/

2. Beneficios de la lactancia materna: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000639.htm

BIBLIOGRAFíA

3. Lactancia materna – Carlos González [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.carlosgonzalezpediatra.com/2016/07/lactancia-materna/

4. Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia Materna. Lactancia materna: guía para profesionales [Internet]. 2004 [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf

BIBLIOGRAFÍA

5. Los beneficios de la lactancia materna para la madre [Internet]. HealthyChildren.org. [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/breastfeeding/Pages/Benefits-of-Breastfeeding-for-Mom.aspx

6. Mitchell C, https://www.facebook.com/pahowho. OPS/OMS | Beneficios [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9328:breastfeeding-benefits&Itemid=42403&lang=es

7. Ventajas de la lactancia materna [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/pediatria/ventajas-de-la-lactancia-materna

TEMA 267. EDUCACIÓN AL PACIENTE POSTINFARTO DE MIOCARDIO.

JESÚS MARTÍN ROMERO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- METODOLOGÍA
- OBJETIVOS
- CONSIDERACIONES ANTES DE LA REHABILITACIÓN
- CONTRAINDICACIONES EJERCICIO FISICO
- EJERCICIO FISICO
- CONCLUCIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM): Disminución de falta de oxigeno que conlleva a la necrosis o muerte celular del corazón , debido al insuficiente aporte de oxigeno.

La causas asociadas a factores de riesgo cardiovascular son: hipertensión, diabetes, obesidad, hipercolesterolemia, sedentarismo, consumo de alcohol , tabaquimo y estrés.

La enfermería tiene una gran labor en la rehabilitación cardiaca y en la prevención secundaria de la enfermedad basada en la educación y promoción de hábitos saludables.

METODOLOGÍA

TIPO :
Revisión de la literatura científica

ESTRATEGIA DE BUSQUEDA
“Myocardial Infarction” AND “Cardiovascular Nursing” OR “Seconsary Prevention”

BASES DE DATOS:
Cinahl , Pubmed, Scopus, Web of Science, Cochrane

Se revisaron un total de artículos científicos Se revisaron un total de 20 artículos científicos entre las fechas del 02 de mayo del 2019 al 26 septiembre del 2019

OBJETIVOS

Aumentar y mejorar la calidad de vida de las personas que ha sufrido un infarto agudo de miocardio.

Acrecentar el conocimiento por parte del paciente sobre su enfermedad.

Incrementar hábitos saludables en la población en general.

CONSIDERACIONES ANTES DE LA REHABILITACIÓN

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

CONTROL DE PESO

CONTROL DE LIPIDOS

CONTROL DE LA T.A

DESHABITUACIÓN DEL HÁBITO TABAQUICO (En el caso en el que exista)

CONTROL DE LA BIABETES (En el caso de que exista)

CONTRAINDICACIONES EN RELACIÓN AL EJERJECIO FISICO

ABSOLUTAS

1- Aneurisma disecante de aorta trombosado
2- Miocardiopatía hipertrófica obstructiva grave

RELATIVAS

1 IAM estadio precoz
2 Angina inestable
3 Arritmias significativas
4 Pericarditis y Endocarditis
5 Sospecha lesión tronco coronaria izquierda
6 Insufiencia cardíaca crónica.
7 Cardiopatia congénita

EJERJECIO FISICO

Aeróbico

Es el más beneficioso para los pacientes cardiópatas

Ejemplo : Andar, Bailar , Nadar, Montar en Bicicleta.

Anaeróbico

Su finalidad es aumentar masa muscular , siendo de intensidad alta pero de corta duración.

Ejemplo: Hacer pesas, Flexiones, Sentadillas…

CONCLUCIONES

En la rehabilitación cardiaca el ejercicio físico es el pilar fundamental del proceso.

Una adecuada alimentación, permite una valores optimos de presión arterial , donde se favorece el proceso por un nivel bajo en el perfil lipídico.

Es indispensable el apoyo psicológico en la rehabilitación cardiaca, por el motivo que el estado emocional interfiere en la mejora de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1-Maroto Montero JM. *Rehabilitación cardíaca*. Madrid: Sociedad Española de Cardiologia; 2009.

2-Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F et al. *2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation.* European Society of Cardiology; 2015.

3-Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML,Chaitman BR, White HD. *Documento de consenso de expertos. Tercera definición universal del infarto de miocardio.* Rev Esp Cardiol. 2013; 66 (2): 132.e1-e15.

TEMA 268. ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

OLGA CAAMAÑO SELMA

JESÚS MARTÍN ROMERO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- METODOLOGÍA
- OBJETIVOS
- RESULTADOS
- CONCLUCIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), el envejecimiento activo se define como el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

INTRODUCIÓN

La jubilación es el nombre que recibe el acto administrativo por el que un trabajador en activo, ya sea por cuenta propia o ajena, pasa a una situación pasiva o de inactividad laboral, después de alcanzar una determinada edad máxima legar para trabajar o edad a partir de la cual se le permite abandonar la vida laboral u obtener una retribución por el resto de su vida.

Tipos de jubilación:

Jubilación forzosa por edad

Jubilación por incapacidad permanente para el servicio

Jubilación voluntaria.

METODOLOGÍA

TIPO:
Revisión de la bibliografía científica

ESTRATEGIA DE BUSQUEDA
“Aging” AND “Active” AND “Trends” OR “Assistential”

BASES DE DATOS:
Cinahl , Pubmed, Scopus, Web of Science, Cochrane

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: Valorar si el proceso de jubilación ha supuesto una mejora de la calidad de vida para estas personas.

Objetivo específico: Analizar hechos y comentarios de personas que se han jubilado y habiendo desarrollado un etapa laboral previa.

RESULTADOS

Siempre va a depender en función del estudio de las personas entrevistadas , en el desarrollo que sus actividades mediante su periodo de activo, tanto la formación como el desempeño de las tareas durante su periodo laboral.

La actividad que busca una persona jubilada es de gratificación y satisfacción , con el fin de sentirse bien consigo mismo.

También dependerá de como se llegue a esta etapa de salud, tanto física como mental, para afrontar la misma positivamente.

CONCLUCIONES

- Nadie se plantea antes de la edad de jubilación, como será esta nueva etapa, y como cubrir este momentos , con actividades.

- La mayoría de los ciudadanos de este país, desconocen los recursos que existen para asesoramiento, sobre el uso de actividades para llenar el tiempo libre, justo después de la edad de jubilación.

- El apoyo familiar en esta etapa, es fundamental para el desarrollo de muchas actividades, y echo de poder ejecutarla para esta en estado de activo en todo momento.

BIBLIOGRAFIA

1.Giró Miranda J. Envejecimiento Activo, Envejecimiento en positivo. Universidad de la Rioja.España, 2006. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=343628.

2.Zamarrón Cassinello MªD. Vejez y Vida. Envejecimiento Activo para la tercera edad. Disponible en: http://www.vejezyvida.com/envejecimiento-activo/

3.Bermejo García L. Promoción del Envejecimiento Activo. Reflexiones para el desarrollo para el desarrollo de programas de preparación y adaptación a la jubilación.

4.Zamarrón Cassinello MªD. Vejez y Vida. Envejecimiento Activo para la tercera edad. Disponible en: http://www.vejezyvida.com/envejecimiento-activo/

TEMA 269. LA ENDOMETRIOSIS.

ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO

COAUTORES

RUT MORILLAS IGLESIAS

YOLANDA PUENTEDURA MARTIN

SHEILA PRIETO LOPEZ

ÍNDICE

.QUE ES LA ENDOMETRIOSIS
.SINTOMAS
.CAUSAS
.FACTORES DE RIESGO
.DIAGNOSTICO
.COMPLICACIONES
.EVOLUCION
.TRATAMIENTO
.BIBLIOGRAFIA

QUE ES LA ENDOMETRIOSIS

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial fuera del utero,localizado en la zona pelvica ,ovarios,vejiga,intestino y peritoneo,aunque aveces puede localizarse en la piel incluso en los pulmones o la trompa de falopio.

Se trata de una enfermedad que durante la menstruacion parte de ese tejido endometrial se desprende y sangra provocando fuertes dolores y sangrados abundantes.

Es una enfermedad benigna que sufren 1 de cada 10 mujeres las cuales la mayor parte de ellas no estan diagnosticadas y que puede provocar infertilidad.

SINTOMAS

Los sintomas mas comunes son :

Colicos menstruales debilitantes,que suelen empeorar con el tiempo,dolor durante o despues del sexo,dolor en el intestino y parte baja del abdomen.

Periodos,menstruales,largos,y,abundantes,evacuaciones intestinales dolorosas,dolor al orinar durante la menstruacion,perdidas de sangre fuera del periodo menstrual ,fatiga y falta de energia.

Estos sintomas aparecen en la pubertad y suelen desaparecer con la menopausia , aunque no siempre.

CAUSAS

Se desconocen las causas exactas de esta enfermedad aunque algunos investigadores tiene sus teorias ,como por ejemplo:

-Geneticas

-Por el flujo menstrual retrogrado,en el cual durante la menstruacion parte del tejidoque se desprende,en lugar de ser expulsado velve atraves de las trompas de falopio hacia la pelvis.

-Por alguna disfuncion del sistema inmunologico que no es capaz de destruir ese tejido anomalo.

-El estrogeno,hormona que participa en el ciclo reproductivo femenino ya que es una enfermedad inflamatoria.

-Podria deberse a que el endometrio no responde a la progesterona y fuera resistente a ella.

FACTORES DE RIESGO

-Comenzar con la menstruacion a temprana edad
-Periodos de menstruacion anormalmente cortos o largos
-No dar a luz nunca
-Tener la menopausia a avanzada edad
-Factores geneticos
-Bajo indice de masa corporal
-Aparato reproductor con anomalias
-Que el flujo menstrual no sea expusado con normalidad
-Altos niveles de estrogeno

DIAGNOSTICO

- La unica manera de diagnosticar esta enfermedad con seguridad es atraves de la laparoscopia,cirugia consistente en hinchar levemente el abdomen con gas inocuo y realizar una pequeña incision para obseravr los organos reproductores y los intestinos y biopsiar.
- Atraves de las tecnicas de imagenologia como el ultrasonido,ecografia o resonancia magnetica tambien se podria diagnosticar pero no sirven para detectar pequeños focos de tejido endometrial.
- Y por ultimo la palpacion pelvica,poco efectiva.

COMPLICACIONES

- Cuando el estado de la enfermedad es avanzado el sangrado que fluye por zonas inadecuadas provoca irritacion que a su vez provocan cicatrices y adherencias que derivan en fuertes dolores y limitan la funcion organica,cuando esto ocurre aparecen quistes con sangre en las trompas de falopio ,llamados “quistes de chocolate” debido a su color negro que provocan un estrechamiento en las trompas.
- La esterilidad es otra de sus complicaciones

EVOLUCION

- Varia mucho de una mujer a otras dependiendo de la edad y la ubicación de las formaciones endometriales.
- Existen operaciones para extirpar el tejido endometrial con indice de éxito,llegando a eliminar las molestias e incluso hacer posible un embarazo en el 50% de las mujeres intervenidas.
- Aunque este tejido extirpado podria reaparecer y tan solo con la llegada de la menopausia o la extirpacion de los ovarios desapareceria totalmente.

TRATAMIENTO

- No existe una cur para la endometriosis pero si tratamientos capaces de paliar el dolor y la infertilidad que provoca.
- Para el dolor se utiliza la analgesia como los antiinflamatorios,el ibuprofeno o el naproxeno.
- Terapia hormonal como los anticinceptivos,terapia con progestina o los inhibidores de la aromatasa.

BIBLIOGRAFIA

Paginas web:

- Eunice kennedy shriver national institute of child health an human development
- Clinica mayo
- Clinica universidad de navarra
- Medline plus

TEMA 270. ÚLCERAS POR PRESIÓN, SU CONOCIMIENTO Y TRATAMIENTO.

CHRISTIAN GARCIA ALVAREZ
SHEILA ARNIELLA PEREZ
GABRIEL FUEGO CAVEDA
AIDA RAMOS CORDERO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- UPP
- ETIOLOGIA DE LAS UPP
- CLASIFICACION DE LAS UPP
- LOCALIZACIONES MAS FRECUENTES DE LAS UPP
- RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO PARA UPP INFECTADAS
- INFLUENCIA DE LOS DISTINTOS APOSITOS PARA EL TTO DE UPP
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Las úlceras por presión son un grave problema de salud pública en la sanidad. La importancia de su desarrollo esta en sus complicaciones como son el dolor, infecciones locales, sepsis y aumento de la mortalidad, que afectan a la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Conlleva también un aumento del gasto sanitario, aumento de las estancias hospitalarias y el incremento de la carga de trabajo de enfermería.

Dada las múltiples repercusiones que conllevan, es de gran importancia la prevención de las úlceras por presión como mejor método de tratamiento.

El 95% de las UPP son evitables, por lo que es de gran importancia la educación y prevención basadas en evidencias científicas, ya que la temprana identificación del riesgo de aparición permitirá establecer las medidas de prevención, así como su correcta implementación. 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 la prevención de las upp.

Los profesionales sanitarios tienen como objetivo principal la curación de los pacientes, pero a la vez deben proporcionarles unos cuidados de calidad en un entorno seguro y minimizar aquellos riesgos que puedan entorpecer la recuperación de los mismos.

Los profesionales sanitarios tienen como objetivo principal la curación de los pacientes, pero a la vez deben proporcionarles unos cuidados de calidad en un entorno seguro y minimizar aquellos riesgos que puedan entorpecer la recuperación de los mismos.

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.

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.

ULCERAS POR PRESIÓN

Podemos definir a las úlceras por presión como “aquella lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre los tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos”

ETIOLOGÍA DE LAS UPP

La formación de UPP se produce como resultado del aplastamiento tisular entre dos planos duros, el primero de ellos correspondiente al paciente tal y como son las prominencias óseas fisiológicas y el segundo externo al paciente, entre los que podemos encontrar camas, sillas, calzado y otros objetos. A los anteriores planos duros, se unen fuerzas tangenciales que intervienen de elementos cortantes y producen lesiones en planos profundos

CLASIFICACIÓN DE LAS UPP

Categoría I: Eritema no blanqueable.

La piel permanece intacta y presenta un enrojecimiento no blanqueable al presionar un área determinada y localizada sobre una prominencia ósea o sobre tejidos blandos sometidos a presión externa de materiales o dispositivos clínicos

Categoría II: Úlcera de espesor parcial.

La dermis presenta pérdida de espesor parcial, representada mediante una úlcera abierta y poco profunda con un lecho de la herida por lo general en tonos rosados o rojos y sin esfacelos, o representada como una ampolla rota o llena de suero. El tejido adiposo y otros tejidos más profundos no son visibles.

Categoría III: Pérdida total del grosor de la piel.

Existe pérdida completa del tejido dérmico. La grasa subcutánea puede quedar visible, sin embargo los huesos, tendones o músculos no quedan visibles.

Pueden aparecer esfacelos y/o tejido necrótico húmedo o seco, sin ocultar la profundidad de la pérdida de tejido, así como generarse cavitaciones y/o tunelizaciones

Categoría IV: Pérdida total del espesor de los tejidos.

Se produce la pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuesto.

LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE DE LAS UPP

Las localizaciones más frecuentes son aquellas áreas que soportan una mayorpresión, como las prominencias óseas ya que suponen puntos de apoyo prolongado, siendo el sacro, talones, trocánteres las que presentan mayor porcentaje de aparición.

En decúbito supino, las zonas más frecuentes son la 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. Por último en sedestación, las áreas más habituales son los omóplatos, coxis, trocánteres, metatarsianos y la región isquiática.

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO PARA UPP INFECTADAS

Para la buena cura local de la herida, antes de realizar el tratamiento, se debe hacer una valoración exhaustiva y se debe realizar un plan de cuidados en el que conste por escrito todo el seguimiento, para que así se puedan anotar todas las evoluciones y cambios que ésta sufra.

nerse en cuenta una serie de procesos en la cura local de la herida, como son:

La LIMPIEZA: es el primer paso de la cura y debe hacerse en todas las curas. Se debe realizar con suero fisiológico y una fuerza mecánica con una gasa estéril, con un secado posterior.sterior.

El 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.

La condición del desbridamiento dependerá de la situación del paciente y del tipo de tejido.

Los diferentes tipos de desbridamiento son: Quirúrgico, enzimático, autolítico, mecánico y biológico.

El CONTROL DE LA INFLAMACIÓN Y LA CARGA BACTERIANA, ya que producen una desoxigenación y desnutrición de las células sanas. Las bacterias residentes en la lesión entre otras cosas, hacen que la cicatrización sea más lenta, aumentan el exudado, más olorosas y cambia el tejido de cicatrización.

El EXUDADO debe ser controlado, puesto que es

importante en el proceso de cicatrización

INFLUENCIA DE LOS DISTINTOS APOSITOS COMO TRATAMIENTO DE LAS UPP

Existen diferentes formas de clasificación, y aquí se presentan según su acción:

1. APÓSITOS PASIVOS:

-APÓSITOS DE GASAS: este tipo de apósitos no debemos usarlos para curar las úlceras, puesto que son traumáticos y dolorosos, ya que son secos y se pegan a las paredes de la herida.

-APÓSITOS DE POLIURETANO: indicados para la absorción de exudados

2. APÓSITOS INTERACTIVOS:

- MALLAS O INTERFASES: están indicadas en heridas crónicas y agudas, en las fases de granulación y de epitelización.

- 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. La placa y el gel, mejoran la calidad de la cicatriz

3. APÓSITOS BIOACTIVOS:

- APÓSITOS MODULADORES DE PROTEASAS: este tipo de apósitos induce a un retraso en la cicatrización

- APÓSITOS CON CARGA IÓNICA: en un soporte de alginato cálcico, que contenga zinc y manganeso, hace liberar los iones necesarios para la buena cicatrización

- 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.

4. APÓSITOS MIXTOS (antimicrobiano y absorbentes):

- APÓSITO DE COLÁGENO: aporta colágeno a la heridaEs por este motivo que este apósito es ideal si sufrimos estancamientos en la fase de granulación, y en las úlceras de categoría 3 y 4 para la cicatrización.

-APÓSITO DE PLATA: este tipo de apósito son específicos para heridas infectadas y colonizadas o tienen mucho riesgo de infectarse.

- CARBÓN: está indicado en aquellas heridas

caracterizadas de exudativas, malolientes e infectadas.

5. APÓSITOS COMBINADOS O COMPUESTOS:

Son aquellos que están formados por varios apósitos de los anteriores citados. Actúan uniendo su mecanismo de acción.

CONCLUSIONES

Para concluir este trabajo me gustaría indicar, que como anteriormente se ha desarrollado, las infecciones tienen un papel importante dentro de las úlceras por presión, y que éstas, 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.

En mi opinión y contando con los medios que tenemos en la actualidad, las úlceras por presión no deberían producirse, y si se producen deberían ser tratadas correctamente para minimizar el tiempo de curación, ya que disponemos de medios y éstas producen grandísimos daños personales tanto físicos al paciente como psicológicos a los familiares.

BIBLIOGRAFÍA

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400007&lng=es

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf

http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/

www.guiasalud.es/GPC/GPC_527_Prev%20y%20trat%20LPP_Actualizacion2013.pdf

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000300009&lng=es

http://gneaupp.info/npuap-epuap-pppia-quick-reference-guide-2014/

http://www.index-f.com/evidentia/n37/ev3703.php

http://gneaupp.info/documento-prevencion-de-las-ulceras-por-presion/

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134

https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/25-2-2014-74.pdf

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000300005&lng=es

TEMA 271. DIÁLISIS PERITONEAL , UNA TÉCNICA EN AUGE.

JENNYFER CORBEIRA PRESNO
DAVID RODRÍGUEZ ALONSO
LLARA LAVILLA SOLÍS
CRISTINA ORDIALES VEGA
SHEILA PÉREZ RODRÍGUEZ

ÍNDICE

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

1.INTRODUCCIÓN

Con el término de la diálisis peritoneal (DP), englobamos todas aquellas técnicas de diálisis que utilizan el peritoneo como membrana de diálisis y su capacidad de permitir, tras un periodo de equilibrio, la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución de diálisis.

La estructura anatomo-funcional de la membrana peritoneal, las características físico-químicas de la solución de diálisis y el catéter, constituyen los tres elementos básicos de la técnica de diálisis.

El primer informe de diálisis peritoneal como procedimiento terapéutico en el hombre fue dado a conocer por Georg Ganter en 1923 en Würtzburg (Alemania).

Sin embargo, no fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial cuando, en 1946, J.Fine, A. Seligman y H. Frank, en Boston, y R. Reid, en Inglaterra, reseñan los primeros casos de IRA tratada y resulta con DP.

Aproximadamente un 15% de la población mundial que precisa diálisis, está en alguna forma de DP. La prevalencia varía desde un 93% en México, un 50% en el Reino Unido, un 10-15% en Europa y EEUU, y hasta un 5% en Japón.

2. OBJETIVOS

Podemos definir los siguientes objetivos de nuestro estudio:

- Proporcionar información acerca de la diálisis peritoneal.
- Definir las diferentes modalidades de la diálisis peritoneal.
- Describir los principales beneficios de la DP con respecto a la hemodiálisis.

3.METOLOGÍA

Se trata de una revisión sistemática de la bibliografía existente, con búsquedas en varias fuentes documentales durante los meses de mayo a agosto de 2019, utilizando los siguientes DECS(Descriptores de Ciencias de la Salud) y MESH:

- Diálisis
- Membrana peritoneal
- Ultrafiltración
- Función renal

Con estos descriptores se realiza una búsqueda en listas de referencias de artículos y revistas y en diferentes bases de datos online: COCHRANE, SCIELLO, CUIDEN, CINHALL, PubMed/MEDLINE.

Para realizar la búsqueda y acotar artículos se ha utilizado el operador boleano “and” y los filtros: tiempo del artículo (máximo 8 años), a pesar de que se ha utilizado algún artículo de más de 10 años, debido a la información relevante que proporciona. El idioma, inglés y castellano.

Además de los artículos de revistas científicas, también se ha realizado la búsqueda de información en fuentes bibliográficas primarias como guías clínicas de diferentes servicios de salud de nuestro país.

4. RESULTADOS

Previo al inicio de la DP, debemos proceder a realizar la valoración de la función peritoneal, es decir, la capacidad del peritoneo para proporcionar una diálisis adecuada (eliminación suficiente de agua y tóxicos para conseguir la máxima estabilidad clínica). Existen varios métodos como son:

- Curvas de equilibrio peritoneal(TEP): Relacionan la concentración de una sustancia en sangre y liquido peritoneal(D/P).
- Aclaramientos:

✓ KT/V: aclaramiento de urea.

✓ ClCr: aclaramiento de creatinina, se mide en litros/semana.

Existen dos modalidades de diálisis peritoneal:

- ✓ Manual (DPCA o CAPD)
- ✓ Automática (DPA o APD)

Las dos técnicas las realiza el paciente en su domicilio tras un periodo de entrenamiento (una semana-un mes)

DPCA:

Es la diálisis peritoneal continua ambulatoria en la que el líquido está continuamente en el abdomen, pero, se intercambia tres o cuatro veces al día (cada 8 horas o 6 horas). El drenaje del líquido y la infusión de la nueva solución se realiza manualmente conectando el catéter un equipo que consta de dos bolsas (una vacía y otra llena) conectadas en Y. Una vez conectado el equipo se procede al drenado del líquido sucio, luego se infunde la nueva solución precalentada(37ºC) y se desconecta colocando un tapón estéril al prolongador.

El líquido drenado se pesa y se anota en una ficha especial donde se controla todo lo infundido y drenado cada día.

El tipo de solución de diálisis que se emplea en éste tipo de diálisis son bolsas de dos y tres litros con tres tipos de concentración de glucosa:1,5%,2,3% y 3,86%, con aminoácidos de dos litros para infundir a la hora de la comida solamente. Con poliglucosa de dos litros para permanencias largas.

DPA:

Es la diálisis peritoneal automática. Se realiza con una máquina(cicladora) a la que se le programa un número de ciclos (de cinco a siete), la cantidad a infundir en cada ciclo (entre 1500 y 3000 cc) y el tiempo que se requiera el tratamiento (entre ocho y doce horas).

El montaje es muy sencillo, el paciente no suele tener problemas para prepararlo. La máquina se programa en el hospital de referencia, quedando en ella registrados todo.

El paciente primero se entrena con el sistema manual y después pasaremos al entrenamiento con la máquina. En caso de que exista algún error en la máquina, deben hacerlo de forma manual hasta solucionar el problema de la cicladora.

Esta técnica el paciente lo suele realizar por la noche. Se conectará al acostarse y se desconectará cuando la máquina finalice. Puede quedar con líquido, lo que recibe el nombre de día húmedo o bien vacío (día seco).

Para APD las soluciones que se suelen utilizar son bolsas de dos y cinco litros con glucosa al 1,5%, 2,3% y 3,86% y con poliglucosa bolsa de dos litros para la última infusión (día húmedo).

Todas las soluciones contienen: Iones(Na,K,Ca,Mg,Cl) , tampón (lactato) y agentes osmóticos(glucosa, poliglucosa o aminoácidos).

El paciente debe de saber manejar todas estas diferentes soluciones según sus necesidades:

- Con glucosa: de las diferentes concentraciones depende la cantidad de líquido a ultrafiltrar. A más cantidad de glucosa más ultrafiltración.
- Con aminoácidos: Solo se puede usar a la comida (solo una al día). Ideal en personas desnutridas.
- Con poliglucosa: Para permanencias largas (solo una al día), normalmente la utilizan durante la noche.

Entre las ventajas de la DP sobre la Hemodiálisis encontramos: No es necesario un acceso vascular, mayor estabilidad hemodinámica y bioquímica, mejor control de la TA, menor restricción dietética, se mantiene durante más tiempo la función renal residual, se realiza en el domicilio sin necesidad de acudir diariamente al Hospital siendo el paciente autónomo en todo momento teniendo así más libertad.

Como desventajas podemos encontrar: el riesgo de infecciones siendo la peritonitis la más habitual, cambios en la imagen corporal debido a la presencia de un catéter y líquido en el abdomen, mayor incidencia de obesidad e hiperlipemia por la absorción de glucosa desde el líquido peritoneal y un aumento de la presión intraabdominal que puede provocar hernias, reflujo gastroesofágico o dolores de espalda.

5.CONCLUSIONES

Tras la búsqueda y el análisis realizado de los distintos estudios bibliográficos encontrados, podemos concluir afirmando que a la hora de realizar la selección de la modalidad de tratamiento dialítico debemos decantarnos por la diálisis peritoneal frente a la hemodiálisis puesto que aporta al paciente mayores beneficios que inconvenientes , evitando las largas estancias en los centros de diálisis y pudiendo los niños y trabajadores activos continuar con su vida normal sin necesidad de renunciar a sus aspiraciones.

6.BIBLIOGRAFÍA

-Macia Heras M.”Concepto de diálisis peritoneal, fisiología y anatomía”. Manual práctico de Diálisis Peritoneal. Editorial SEN-SEDEN, capitulo 2, pag 27-33, enero 2005.

-Logrando mejores resultados para la diálisis peritoneal en los últimos años. Pedro L. Quirós-Ganga, César Remón-Rodríguez. Nefrología 2012;32(5):587-96.

-Libro XXIII Curso Experto de Enfermería en Diálisis 2018/2019. Departamento de formación de Enfermería del Hospital Universitario Central de Asturias.

-Rufino JM, García C, Vega N, Macía M, Hernández D, Rodríguez A et al. Diálisis Peritoneal actual comparada con hemodiálisis : análisis de supervivencia a medio plazo en pacientes incidentes en diálisis en la Comunidad Canaria en los últimos años. Nefrología.2011;31.

-Pérez Bañasco V.,Borrego Utiel F.,Pérez del Barrio P., Liébana Cañada A. Manual práctico de Diálisis Peritoneal. Editorial SEN-SEDEN, capitulo 8 , pag:69-77, enero 2005.

-Moreiras-Plaza M.M. De dónde venimos y adónde vamos en diálisis peritoneal: identificando barreras y estrategias de futuro. Nefrología al día. https://revistanefrologia.com/es-de-donde-venimos-adonde-vamos-articulo-X0211699514054800

-Coronel Díaz F, Macía Heras M. Indicaciones y modalidades de diálisis peritoneal. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds) Nefrología al día. http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-indicaciones-modalidades-dialisis-peritoneal-52

- Guías de Práctica Clínica en Diálisis Peritoneal. Nefrología 2006; 26 (Suppl 4): 1-184. [Pubmed]

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

ÍNDICE

Existen diferencias entre el procesamiento de muestras según sean para laboratorio o para anatomía patológica. Según sea su destino, su transporte y conservación pueden verse afectados.
Es muy común el error de muestras entre un laboratorio y otro, por el desconocimiento del tipo de muestra y su procesamiento:

- **Orina**
- **Sangre.**
- **Biopsias.**
- **Líquidos corporales**

ORINA

- **Laboratorio:** Se necesita la primera de la mañana, al estar más concentrada, ya que se buscan los componentes bioquímicos de la muestra (en bioquímica) o microrganismos (urinocultivos en microbiología).

- **Anatomía:** Se busca la celularidad, la orina de primera hora deteriora las células, por lo que trabajaremos con la segunda o tercera y se solicitaran más de una muestra en días consecutivos, ya que la celularidad es escasa y se necesitara más cantidad

En ambos casos, la extracción será por micción media por el propio paciente, o punción suprapúbica si fuera necesario o con bolsas especiales en caso de niños.
El transporte de la misma, siempre en contenedores específicos (botes con aguja para pinchar el tubo) o botes de boca ancha, siempre estériles, para evitar la contaminación de la misma.
Y el tiempo desde la extracción transporte deberá ser el menor posible para evitar también la contaminación y el deterioro de sus componentes.

SANGRE

- **Laboratorio:** Se realizarán pruebas bioquímicas, hematológicas y hemocultivos.

Según para que determinación se usaran con un determinado conservante que se distinguirá por el siguiente código de colores/contenedores

- ✓ Tubos azul: Contiene citrato de sodio y se usa para pruebas relacionadas con la coagulación (tiempos de coagulación, fibrinógeno, y agregación plaquetaria)
- ✓ Tubos amarillos: tienen un gel separador, y se usan para química clínica
- ✓ Tubos rosa: sin anticoagulante con activador de coagulación con silicona. Se utiliza química clínica, banco de sangre y serología

- ✓ Tubos naranja: Gel separador y trombina: para obtención de suero rápido
- ✓ Tubos grises: Gel separador y heparina de litio: química clínica en plasma.
- ✓ Tubos verdes: Heparina de sodio/litio: química clínica de urgencias y en hematología (fragilidad osmótica)
- ✓ Tubos malvas: EDTA para hematología y banco de sangre.
- ✓ Tubos blancos: con gel separador y EDTA para determinaciones de carga viral.

- ✓ Tubos rojos: Con activador de coagulación para química clínica, serología y para inmunohematología.
- ✓ Jeringuilla: Sin conservantes para gasometrías arteriales.
- ✓ Botellita pequeña de hemocultivo: para determinación de bacterias y hongos en sangre en microbiología

- **Anatomía:** Aunque poco habitual, se utiliza para la biopsia líquida, se usan tubos rojos.

En ambos casos, la extracción será por profesionales capacitados, en un orden concreto si se extraen mas de un tubo, se transportará en el menor tiempo posible o se conservará a 4ºC.

BIOPSIAS

- **Laboratorio:** Raramente se realizan pruebas de laboratorio sobre este tipo de muestras, y cuando ocurre son para la realización de cultivos microbiológicos. Se reciben en fresco, con cualquier tipo de manipulación puede contaminar la muestra, si fuera necesario, bien porque no se va a procesar inmediatamente o si se puede desecar, si se puede utilizar suero fisiológico estéril y conservar en nevera a 4ºC

- **Anatomía:** Tipo de muestra principal en este laboratorio. Se recepciona a temperatura ambiente. Pueden llegar en

  - ✓ Formol (u otros fijadores): La mas utilizada, es un fijador del tejido y también un conservante que evita la putrefacción del tejido
  - ✓ Suero: Para muestras que se envían en fresco pero se añade suero para evitar la desecación de la misma
  - ✓ Fresco: Principalmente para muestras intraoperatorias (se van a fijar por congelación) o para determinados procesos como inmunofluorescencia que no podrían realizarse en muestra fijadas en formol.

  En ambos casos será por profesionales capacitados y con envío lo mas pronto posible.

LÍQUIDOS CORPORALES

Son LCR, pleural, sinovial, esputo, etc, provienen de cavidades o localizaciones del cuerpo que no están en contacto con el exterior y por lo tanto son, en situaciones no patológicas, estériles:

- **Laboratorio:** Se realizan pruebas bioquímicas, de recuento de celularidad, componentes bioquímicos o para cultivos.

- **Anatomía:** Se estudia la celularidad, además de la cantidad, se suelen realizar mediante PAAF, BAG, expectoración etc.

En ambos casos, la extracción será por profesionales capacitados , se transportará en el menor tiempo posible o se conservará a 4ºC.

CONCLUSIONES

Conocer todos estos aspectos, no solo por el personal de anatomía patológica o los distintos laboratorios (microbiología, hematología bioquímica), si no también por los distintos profesionales implicados desde el origen, es imprescindible para la mejor conservación , transporte y de las distintas muestras y por lo tanto de un mejor procesamiento, cuyo resultado final será un mejor diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- García del Moral, R, Laboratorio de anatomía patológica,. Interamericana, McGraw Hill, 1993.
- Guerra Merino, I., Libro Blanco de la Anatomía Patológica en España, SEAP-IA, 2017
- Corcuera, M.T., Gomez, F., Hernandez B., Lorenzo, M.I., Simón, F., Gestión de muestras biológicas,
- Asociación Española de Biopatología Médica (AEBM), Documento marco sobre Calidad en los Laboratorios Clínicos.
- Asociación Española de Enfermería y Salud (AEES). Manual de obtención y manejo de muestras.
- Caballé, I. Gestión del laboratorio clínico. Colección economía de la salud y gestión sanitaria. Editorial Elservier.
- Greiner bio-one. Vacuette. Sistemas de extracción de sangre. Recomendaciones de manipulación.

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

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. EDUCACIÓN SANITARIA A LOS PADRES SOBRE LA FIEBRE EN EL NIÑO
    2.1 LA FIEBRE EN LOS NIÑOS
    2.2. CUIDADOS DE LA FIEBRE EN LOS NIÑOS
    2.3 SIGNOS DE EMPEORAMIENTO CLÍNICO
3. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN (1, 3,6)

La fiebre es un síntoma inespecífico presente en numerosas patologías. La enfermería es fundamental en los cuidados de la fiebre y en la educación a la población (padres) sobre la fiebre en los niños ya que tendrá repercusión en la calidad de los cuidados, en el mal uso de fármacos para su tratamiento y en la disminución del uso innecesario de las consultas de urgencias.

Para poder transmitir unos cuidados correctos al niño con temperatura corporal elevada, se debe conocer la diferencia entre:

- Febrícula: Temperatura rectal entre 37-37.9 ºC

- Fiebre: Temperatura rectal mayor de 38 ºC

Hoy en día es habitual el empleo de antitérmicos (paracetamol e ibuprofeno) en estados febriles.

Una de las funciones del personal sanitario es educar y transmitir tranquilidad e información a los padres acerca de la fiebre. Se debe explicar a los pares la opción de no tratar farmacològicamente la fiebre si es baja (febrícula) y fomentar el uso de las medidas físicas.

2. EDUCACIÓN SANITARIA A LOS PADRES SOBRE LA FIEBRE EN EL NIÑO

2.1 LA FIEBRE EN LOS NIÑOS (1,2)

La fiebre es una manifestación de la enfermedad y es un mecanismo de defensa del organismo frente a las infección.

El sistema inmunitario es activado por la fiebre. En el sistema inmunitario (favorecido por el interferón que se activa entre 37-38ºC) se producen glóbulos blancos, anticuerpos y otros agentes frente las infecciones.

Existen situaciones como la dentición que pueden producir fiebre.

Se debe tomar la temperatura en los niños sin estar abrigado.

La fiebre en los niños genera preocupación en los padres, se debe informar que generalmente los procesos convulsivos ocurren con fiebre mayor de 42ºC.

La fiebre en los niños es motivo de consulta más frecuente en los servicios de urgencias.

Falsos mitos de la fiebre en niños: " si la fiebre es elevada, no hay más riesgo de convulsión", " la fiebre no daña el cerebro" " la fiebre no es origen vírico o bacteriano" "la dentición sólo y siempre provocan febrícula".

2.2. CUIDADOS DE LA FIEBRE EN LOS NIÑOS (4,5)

Ante un niño con fiebre en centro sanitario, se debe valorar:

- Estado general del niño
- Signos vitales y permeabilidad de vía aérea
- Entrevista a los padres
- Exploración del niño

Las medidas físicas se tomarán para control de **febrícula y fiebre** que consisten en:

- Quitar la ropa del niño, dejarlo con camiseta o body.
- Paños húmedos con agua tibia (no fría).
- Hidratar al niño con líquidos fríos.
-No uso de alcohol ni colonia por la vasodilatación que producen y en consecuencia aumentan la temperatura corporal.

El tratamiento farmacológico basado en antitérmicos (paracetamol y ibuprofeno) se complementa con las medidas físicas en caso de que el niño presente **fiebre**. La dosis de antitérmicos se administra según el peso del niño.

2.3 SIGNOS DE EMPEORAMIENTO CLÍNICO (5)

Se debe acudir con urgencia al centro sanitario si el niño presenta**: signos de empeoramiento clínico** y **acudir de urgencia si el niño presenta:**

- Manchas en la piel, rojo oscuro o morado, no desaparecen al estirar la piel de alrededor.
- Decaimiento, irritabilidad, llanto vigoroso y difícil de calmar.
- Rigidez de cuello.
- Convulsión o pérdida de conocimiento
- Dificultad para respirar

-No orina u orina escasa.

- Vómitos y/o diarrea persistentes o muy abundantes que provocan deshidratación (lengua seca, no hay saliva, ojos hundidos...).

Si el niño es menor de 3 meses siempre requiere consulta urgente.

3. BIBLIOGRAFÍA

1. Bayo Izquierdo MªC. Manejo básico de la fiebre en el paciente pediátrico en urgencias de atención primaria. Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. Ciber revista. 2011. 20 (1-4)

Disponible en:
http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2011/pagina4.html

2. Manejo del niño con fiebre. 2004 Vol 1. nº1

ISSN 1832-794X

Disponible en:
https://www.murciasalud.es/recursos/best_practice/consumer/2004_1_1_ninoconfiebre.pdf

3. Gómez Ayala, AE. La fiebre en edad pediátrica. Ámbito farmacéutico educación sanitaria. 2008. vol 27 nº 1 (53-57)

Disponible en:

https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-fiebre-edad-pediatrica-pautas-13114931

4. Asociación española de pediatría. La fiebre representa el motivo más frecuente en urgencias pediátricas.

Disponible en:

https://www.aeped.es/noticias/fiebre-representa-motivo-mas-frecuente-consulta-en-urgencias-pedia

5. Asociación española de pediatría de Atención Primaria

Disponible en:

https://www.aepap.org/sites/default/files/decalogo_de_la_fiebre_folio_.pdf

6. Servicios de Pediatría. Junta de andalucía.

Disponible en :

http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/pediatria/documentacion/Procesos%20asistenciales/Sindrome%20febril%20en%20el%20ni%C3%B1o/Planes%20de%20cuidados%20(Sind.%20Febril)/Plan%20de%20cuidados%20sindorme%20febril.pdf

TEMA 274. ARTROPATÍAS Y OTRAS AFECIONES ARTICULARES: UNA APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

CYNTHIA VIDAL CAMEÁN

TANIA HIERRO TORNER

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- ARTRITIS REUMATOIDE
- ESPONDILOARTROPATIAS
- ARTROPATIAS POR DEPOSITO DE MICROCRISTALES
- ARTROSIS
- ARTROPATIAS DEL TEJIDO CONECTIVO
- OSTEOARTROPATIA NEUROPATICA

INTRODUCCIÓN

Hablamos de artropatías cuando nos referimos a las enfermedades que asientan en las articulaciones, produciendo alteraciones patológicas de su morfología o funcionamiento.

El diagnostico radiológico de las artropatías se basa en las manifestaciones clínicas de la enfermedad articular y en el patrón de distribución con el que afectan a las distintas partes del cuerpo.

El gold standard para estas entidades sigue siendo la radiografía simple, que nos va a servir tanto para el diagnóstico como para el de seguimiento.

INTRODUCCIÓN

Para valorar correctamente una radiografía articular, deberemos tener en cuenta varios puntos:

- Producción de hueso: puede producirse un exceso de producción de hueso articular como respuesta reparativa o cicatricial a un daño, por ejemplo en forma de esclerosis subcondral, osteofitos...

  - Algunas formas especiales son:

-Entesofitos: calcificaciones a nivel de las inserciones tendinosas.

-Sindesmofitos: calcificaciones a nivel de las inserciones ligamentosas o fibrosas articulares.

INTRODUCCIÓN

- Formación de calcificaciones distróficas:
  -Condrocalcinosis: calcificación del cartílago articular.
  -Calcificaciones en partes blandas periarticulares.

- Quistes subcondrales: se trata de quistes intraóseos compuestos por cavidades rellenas de líquido que asientan sobre áreas de necrosis focal.

- Mineralización: podemos encontrar una menor densidad de la matriz ósea distribuída de diferente forma según el tipo de afectación:
  -Osteoporosis periarticular.
  -Osteoporosis difusa.

INTRODUCCIÓN

- Distribución de las alteraciones:

-Dependiendo de cuantas articulaciones estén afectadas, podrán ser: monoarticular (una), oligoarticular (pocas) o poliarticular (la mayoría).

-Simétrica o asimétrica: dependiendo de como afectan a varias estructuras iguales.

-Proximal o distal al esqueleto axial.

-Asociada a afectación axial: dependiendo de si tiene repercusión o no en la columna cervical, dorsal o lumbosacra.

-Asociada a alteraciones de las entesis o zonas de inserción ligamentosa.

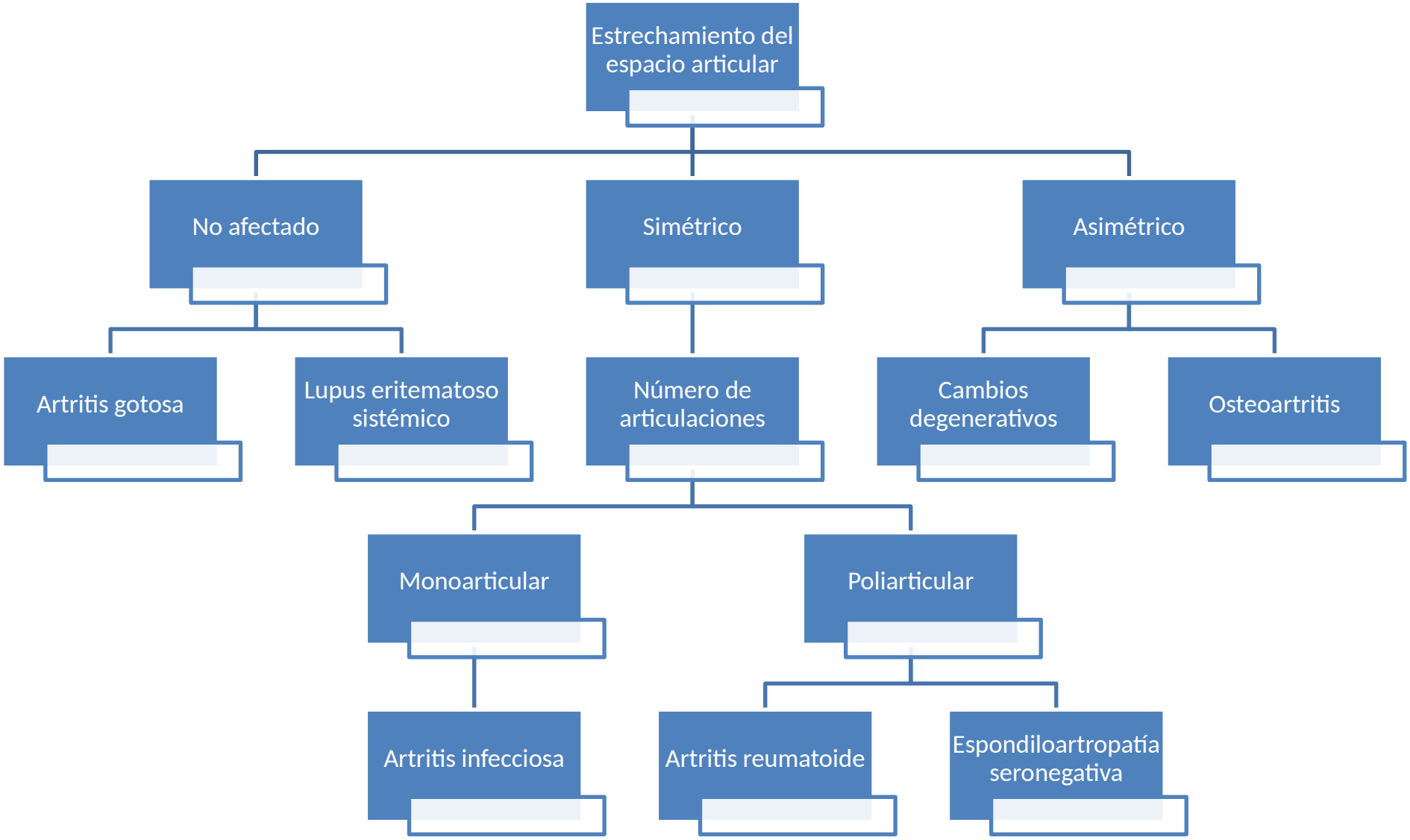
INTRODUCCIÓN

- Inflamación de partes blandas: dependiendo de como afecte a las estructuras no óseas articulares.

-Fusiforme: simétrica con aumento homogéneo de los tejidos blandos.

-Difusa: como por ejemplo el “dedo en salchicha” o dactilitis típica de las espondiloartropatías, en especial de la artritis psoriásica.

INTRODUCCIÓN



ARTRITIS REUMATOIDE

- Se trata de una enfermedad inflamatoria sistémica y de curso crónico, cuya causa es desconocida.
- Afecta a la membrana sinovial y cursa en forma de poliartritis.
- Es más frecuente en mujeres y el pico de incidencia se sitúa entre los 20 y los 40 años.
- Es una afectación bilateral y simétrica de las estructuras articulares.

ARTRITIS REUMATOIDE

- Afecta sobre todo a las pequeñas articulaciones de las manos y los pies, y tiene predilección por la columna cervical.

- La identificación en las radiografías simples de erosiones o de osteopenia periarticular, se considera uno de los criterios diagnósticos de la enfermedad.

- Suele aparecer como una tumefacción de las partes blandas periarticulares, en forma de proliferación de la sinovial y con abundante derrame articular acompañante.

- También cursa con osteopenia yuxtaarticular, que termina progresando hacia una afectación generalizada.

ARTRITIS REUMATOIDE

- Se identifican múltiples erosiones marginales en los huesos afectados, que dan lugar a erosiones subcondrales.

- Existe una llamativa reducción uniforme del espacio articular afectado.

- Es muy significativa a la hora del diagnóstico de la formación de quistes sinoviales como signo acompañante.

ARTRITIS REUMATOIDE

- MUÑECA Y MANO

-Se encuentran afectadas en todos los casos, si no objetivamos afectación a este nivel debemos replantearnos el diagnóstico.

-Las áreas donde es mas fácil detectar las erosiones son las cabezas de los metacarpos, sobre todo en el borde radial del 2º y 3º metacarpo, y en el borde cubital del 5º, el margen radial de las bases de las falanges proximales, las carillas articulares de las articulaciones interfalángicas proximales…

-En la muñeca, las erosiones iniciales suelen localizarse en la cintura del escafoides, el tercio medio del hueso grande y las articulaciones del ganchoso y del 5º metacarpiano.

ARTRITIS REUMATOIDE

- PIE

-Se produce afectación en el 90% de los casos, apareciendo de forma simultanea a las lesiones de las manos.

-Predominan en las articulaciones metatarsofalángicas, interfalángica del primer dedo y en el tarso.

-Las erosiones iniciales suelen localizarse en el borde lateral de la cabeza del 5º metatarso, y el resto de las cabezas metatarsianas suelen presentar alteraciones primero en el borde medial y mas tarde en el borde lateral.

-En fases avanzadas de la enfermedad se dan subluxaciones metatarsofalángicas con desplazamiento plantar de las cabezas de los metatarsos y de las falanges proximales en sentido peroneal.

ARTRITIS REUMATOIDE

- COLUMNA CERVICAL

-Esta afectación se caracteriza por la aparición de subluxaciones debidas a la laxitud ligamentosa y la destrucción articular asociada.

-Es fundamental realizar radiografías dinámicas, ya que pueden no ser evidentes en los estudios en posición neutral (estática).

-La principal complicación es la compresión de la médula espinal o incluso del bulbo raquídeo si la afectación es lo suficientemente alta, lo que puede dar lugar a consecuencias fatales: subluxación atlantoaxoidea anterior, superior, subaxial... Que podría ser mortal o producir una importante discapacidad en el paciente.

ESPONDILOARTROPATÍAS

- Conforman un grupo numeroso y variado de artropatías inflamatorias que comparten ciertas características clínicas, epidemiológicas o genéticas.

- La afectación es predominantemente axial, raquídea y sacroilíaca.

- La sacroileitis y la afectación de las entesis (inserciones ligamentosas), son las lesiones mas características y comunes a todas la espondiloartropatías.

ESPONDILOARTROPATÍAS

- SACROILEITIS

Todas las artropatías inflamatorias afectan a las articulaciones sacroilíacas en una misma secuencia temporal que nos ayuda a establecer la cronología:

-Cambios erosivos en el margen articular ilíaco: el signo mas precoz es la mala definición o perdida de la linea cortical de la carilla articular ilíaca en la mitad inferior de la articulación.

-Cuando las erosiones progresan, la interlinea articular aparece aparentemente mas ensanchada.

-En fases evolucionadas de la enfermedad predomina la esclerosis subcondral.

-La última fase es la de anquilosis: se fusiona la articulación y el hueso subcondral se muestra osteopénico.

ESPONDILOARTROPATÍAS

- ENTESITIS

-Hablamos de entesis para referirnos a la inserción de un tendón, ligamento, cápsula o fascia en el hueso.

-El mecanismo patológico que da lugar a las entesitis consiste en una reacción autoinmune contra el fibrocartílago articular.

-Afecta sobre todo a las inserciones de la fascia plantar y al tendón de Aquiles, de forma bilateral.

-Los hallazgos radiológicos incluyen ostepenia de la zona de inserción ósea, irregularidad cortical y erosiones, calcificaciones de las partes blandas y formación reparadora de hueso en la entesis.

-No es infrecuente la aparición de una reacción perióstica adyacente.

ESPONDILOARTROPATÍAS

- ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

-Se trata de una artropatía inflamatoria crónica que afecta de forma primaria al esqueleto axial.

-Tiene una carga genética documentada y se encuentra estrechamente relacionada con el HLA B27, un antígeno inmunitario que apoya el diagnóstico.

-Es más frecuente en varones jóvenes.

-Los síntomas iniciales aparecen principalmente a nivel raquídeo, como dolor y sensación de rigidez lumbar: hay que realizar una buena historia clínica ya que pueden simular una ciática en un primer momento y pasar desapercibidos.

ESPONDILOARTROPATÍAS

- SACROILEÍTIS

-Cursa como pequeñas erosiones en las carillas articulares, la llamada afectación “en borde de sello” periarticular.

-Las erosiones y la esclerosis subcondral no son prominentes y pueden no ser visibles mediante radiografía simple en los primeros estadíos de la enfermedad.

-La anquilosis (calcificación distrófica de las partes blandas que conforman la articulación) es común en la parte sinovial y en la ligamentosa.

ESPONDILOARTROPATÍAS

- ESPONDILITIS

-La entesitis de la inserción vertebral de las fibras periféricas del anillo fibroso del disco intervertebral se denomina espondilitis.

-Se inicia usualmente como una afectación situada en la región lumbosacra o dorsolumbar.

-Las radiografiás solo se consideran patológicas cuando demuestran erosión y esclerosis en los ángulos anterosuperior y antroinferior de los cuerpos vertebrales: la conocida como “lesión de Romanus”.

ESPONDILOARTROPATÍAS

-Estos cambios articulares llevan a una rectificación de la concavidad del cuerpo vertebral anterior, por lo que en las proyecciones de perfil se identifica la cuadratura del cuerpo vertebral.

-El disco puede llegar a calcificarse en enfermedades agresivas o de larga evolución, así como los ligamentos interespinosos, lo que le confiere a la columna un aspecto en “caña de bambú”.

ESPONDILOARTROPATÍAS

- ARTICULACIONES PERIFÉRICAS

-Las lesiones asientan principalmente en las caderas, los hombros y las rodillas.

-Esta afectación es bilateral y simétrica.

-Una de las formas mas habituales tiende a la anquilosis articular de forma rápida y afecta a pacientes jóvenes.

-La forma menos frecuente cursa con destrucción articular y mantiene un curso mas indolente.

ESPONDILOARTROPATÍAS

- ARTRITIS PSORIÁSICA

-La artropatía inflamatoria asociada a esta enfermedad dermatológica se manifiesta en alrededor del 10% de los enfermos, lo que la hace poco frecuente.

-Predomina en varones.

-Se trata de una oligoartritis asimétrica en el 70% de los casos, aunque puede asimilar múltiples formas, entre ellas no es poco habitual que se manifieste como una poliartritis simétrica.

-Se identifica una tumefacción fusiforme de las partes blandas de los dedos y las manos: dactilitis o “dedo en salchicha”, que es un signo identificativo aunque no patognomónico.

ESPONDILOARTROPATÍAS

-Los huesos afectados suelen conservar la densidad radiológica, no afecta a la matriz ósea.

-Conlleva una importante reducción uniforme del espacio articular.

-Son muy sugestivas las erosiones en “lápiz en copa” articulares, con ensanchamiento de la base de una articulación y afilamiento de la predecesora.

-Una característica distintiva es la proliferación ósea en forma de esclerosis subcondral y de reacción perióstica.

-En las manos y pies se afectan habitualmente varios radios articulares de forma bilateral y asimétrica.

ESPONDILOARTROPATÍAS

- ARTRITIS REACTIVA O SÍNDROME DE REITER

-Se trata de una artritis aguda de origen no infeccioso, pero que se presenta después de una infección.

-Afecta por igual a ambos sexos.

-Es mas frecuente en adultos jóvenes.

-Tiende a aparecer a nivel de los tobillos, los pies, las rodillas, las articulaciones sacriliacas…

-El debut es usualmente monoarticular a nivel metatarsofalángico.

-Son habituales las entesitis del tendón de Aquiles y de la fascia plantar en su inserción en el hueso calcáneo.

-La afectación de las articulaciones sacroilíacas es bilateral y simétrica, siendo la afectación de la columna vertebral menos común.

ARTROPATIAS POR DEPÓSITO DE MICROCRISTALES

- GOTA

-Se trata de una enfermedad por deposito de cristales de urato monosódico en la cavidad articular y en otros tejidos blandos periféricos.

-La afectación es monoarticular, con predilección por la primera articulación metatarsofalángica.

-En la fase aguda no hay alteraciones radiológicas.

-La tumefacción de partes blandas periarticulares puede ser asimétrica o excéntrica.

-Se conserva el tamaño del espacio articular.

-Las erosiones tienen una morfología redondeada, delimitadas por bordes esclerosos y sobreelevados, intraarticulares o periarticulares.

-Se conserva la mineralización ósea normal.

ARTROPATIAS POR DEPÓSITO DE MICROCRISTALES

- ARTROPATIA POR DEPOSITO DE CRISTALES DE PIROFOSFATO CALCICO DIHIDRATADO

-Hablamos de condrocalcinosis para referirnos a la calcificación del cartílago articular, sea cual sea la etiología: se trata de un hallazgo inespecífico y asintomático en la mayor parte de los casos.

-Es mas frecuente a partir de los 60 anos sin predominio de sexos.

-Tiene una forma aguda que afecta con mayor frecuencia a las caderas, los hombros, los codos, las muñecas y los tobillos.

ARTROPATIAS POR DEPÓSITO DE MICROCRISTALES

-Tiene una forma crónica que da lugar a un cuadro poliarticular.

-Son típicas las calcificaciones a nivel de las rodillas, la sínfisis del pubis, las muñecas, los codos y las caderas.

-La afectación articular es usualmente de forma bilateral y simétrica.

-Las calcificaciones asientan sobre el cartílago hialino, en forma de líneas finas y paralelas a la superficie osea articular.

ARTROPATIAS POR DEPÓSITO DE MICROCRISTALES

- ENFERMEDAD POR DEPOSITO DE CRISTALES DE HIDROXIAPATITA

-Existe una forma periarticular en forma de tendinitis calcificante que afecta en la mayoría de los casos al tendón del músculo supraespinoso del hombro.

-El “hombro de Milwaukee” es una forma articular que abarca la sinovitis, artrosis y artropatÍa destructiva que afecta a grandes articulaciones.

-Por último existe una forma que da lugar a calcificaciones redondeadas en el trayecto de los tendones, y que no se relaciona con la intensidad de la clínica.

ARTROSIS

- Se trata de la artropatía más prevalente en nuestro medio.
- El patrón habitual de afectación articular es unilateral o bilateral y asimétrico.
- En la mayoría de los casos afecta a manos, pies, rodillas, caderas y a las articulaciones interapofisarias de la columna cervical y lumbar baja.
- Cursa con una reducción no uniforme del espacio articular.

ARTROSIS

- MANO

-Produce una afectación de las articulaciones interfalagicas proximales y distales de la mano.

-Es habitual una proliferación ósea en forma de osteofitos en localización dorsal y volar articular, que va a dar lugar a los nódulos de Bouchard y Haberden.

-Se asocia a rizartrosis, o afectación de la articulación trapecio-metacarpiana del primer dedo.

-Puede aparecer anquilosis en las uniones tendinosas.

ARTROSIS

- RODILLA

-Los compartimentos femorotibial interno y femoropatelar son los mas frecuentemente afectados.

-La reducción del espacio articular debe valorarse con radiografiás obtenidas en carga.

- CADERA

-La reducción asimétrica del espacio articular que asocia migración superior de la cabeza femoral, es un signo muy distintivo de la enfermedad.

-Son habituales las geodas o quistes subcondrales acetabulares.

ARTROPATÍAS DEL TEJIDO CONECTIVO

- ESCLERODERMIA

-Se trata de una enfermedad multisistémica que cursa con fibrosis dérmica y de los órganos internos.

-Afecta con mayor frecuencia a mujeres jóvenes.

-Aparece acroosteolisis (proceso de reabsorción óseo lento y progresivo) en las falanges distales de las manos.

-Cursa con calcificaciones subcutáneas y periarticulares exuberantes.

-Así mismo, asocia atrofia de los tejidos blandos en las regiones distales de los dedos.

ARTROPATÍAS DEL TEJIDO CONECTIVO

- DERMATOMIOSITIS

-Se trata de una calcificación de los tejidos blandos, o de la musculatura proximal de las extremidades superiores o inferiores.

-La afectación articular es poco frecuente, pero no inusual.

-La característica determinante es la osteoporosis yuxtarticular.

OSTEOARTROPATÍA NEUROPÁTICA

- Se trata de una artropatía destructiva que afecta a pacientes aquejados de diabetes mellitus, como consecuencia de la disminución de la sensación de dolor y la propiocepción de los miembros acrales.

- La afectación es predominantemente tarsometatarsiana, metatarsofalángica y en las articulaciones principales del tobillo.

- La fractura-avulsión de la tuberosidad posterosuperior del calcáneo es patognomónica de este tipo de patología.

OSTEOARTROPATÍA NEUROPÁTICA

- Existe una forma hipertrófica que es la mas frecuente: asienta sobre las articulaciones de carga, y da lugar a desorganización articular, fragmentación osea, esclerosis, osteofitos…

- También se identifica una forma de tipo atrófico que afecta a las articulaciones metacarpofalangicas, dando lugar a una resorción osea sin fragmentación, esclerosis ni osteofitosis.

BIBLIOGRAFÍA

- Pascual E, Sivera F. Diagnóstico de artropatía microcristalina. Reumatología Clínica. Volumen 4, Suplemento 2, Octubre 2008, Páginas 45-49.
- Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. Reumatología Clínica. Volumen 6, Suplemento 3, Marzo 2011, Páginas 33-37.
- Casas Figueredo N. Espondiloartropatías: Utilidad de los criterios de clasificación. Rev cubana med. 2007. Marzo; 46 (1).
- Monfort Faure J. Artrosis: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Editorial Médica Panamericana. 2010.
- Noain E., Martínez de Morentin J., Artázcoz F. J., Gozzi S., Lasanta P., Sánchez-Villares J.J.. Artropatía neuropática de hombro. Anales Sis San Navarra. 2007 Diciembre; 30(3): 487-490.

TEMA 275. CUIDADOS DEL DESARROLLO EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO.

YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ
GLORIA VALDÉS PELÁEZ
AIDA VALLINA RIESTRA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- BENEFICIOS
- CONDICIONES LUMÍNICAS
- NIVEL DE RUIDO
- MANIPULACIÓN DEL RECIÉN NACIDO
- CUIDADO POSTURAL
- MANEJO DEL DOLOR
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Los cuidados del desarrollo son los dirigidos a mejorar el desarrollo del recién nacido a través de intervenciones individualizadas.

La protección frente a la luz, al ruido y todas las manipulaciones externas, así como el bienestar dentro de las incubadoras, son de vital importancia para mantenerlos en un ambiente lo menos agresivo posible y más fisiológico.

BENEFICIOS

Los cuidados del desarrollo permiten:

- Una mayor estabilidad hemodinámica y respiratoria
  - FR 40-60
  - FC 100-180 lpm
  - Saturación O2 88-92%
- Crecimiento y maduración
- Disminución del estrés
- Evolución lo más fisiológica posible

CONDICIONES LUMÍNICAS

El nivel aconsejado de luz en una UCIN con grandes prematuros es de 1-60 lux en la cuna o incubadora. Si el niño es < 30 SG, la luz debería ser < 20 lux.

Se aconseja:

- Luz natural preferentemente
- Uso de focos individuales en los que se pueda graduar el nivel de luz, y evitar que le de directamente en los ojos
- Uso de cobertores en incubadoras
- Transición suave sueño- vigilia

NIVEL DE RUIDO

La exposición a ruido altera los ciclos del sueño.

Los niveles bajos de ruido disminuyen la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial. Además evitan hipoxemia y aumentos de presión intracraneal.

La Academia Americana de Pediatría aconseja que los niveles de ruido en una unidad de UCIN sean menores de 45 dB de manera habitual, hasta un máximo de 65-70 dB de forma transitoria

NIVEL DE RUIDO

Se recomienda:

- Hacer partícipe a la familia de la importancia de mantener silencio
- Abrir y cerrar las puertas de las incubadoras con suavidad. Evitar golpearlas.
- Cubrir las incubadoras con cobertores, con el fin de amortiguar el ruido.
- Hablar en voz baja cuando estemos cerca del niño
- Apagar las alarmas de los monitores y bombas lo antes posible y mantenerlas en un volumen adecuado.
- Alejar lo más posible teléfonos, impresoras..

MANIPULACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Para facilitar el sueño tranquilo y el descanso del niño es fundamental respetar el sueño y reposo. Por ello se aconseja:

- Mínima manipulación
- Intentar agrupar todos los procedimientos de todo el personal (enfermería, pediatras..), aprovechando el momento de la manipulación.
- Al finalizar la manipulación acompañar el sueño del neonato.

CUIDADO POSTURAL

El cuidado postural ayuda a disminuir el estrés y los problemas derivados de una mala posición y también disminuye el gasto de energía.

La contención les ayuda a tener una sensación de seguridad y mejor tolerancia al estrés. Algunos elementos de contención son los rollos, nidos de incubadora y colchones de silicona.

Se debe mantener la posición de flexión, manteniendo la línea media.

CUIDADO POSTURAL

- Decúbito supino: es la postura más utilizada en los prematuros críticos porque ayuda a una mejor visualización del niño. Sin embargo, facilita la hiperextensión del cuello y dificulta la flexión.
- Decúbito prono: es la postura que más facilita el vaciamiento gástrico y la función respiratoria y la oxigenación. Pero dificulta la alineación en línea media.
- Decúbito lateral: permite mantener miembros superiores e inferiores flexionados y facilita la flexión de tronco y pelvis. Es la posición más conciliadora

MANEJO DEL DOLOR

Los RN prematuros sufren dolor por los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que están sometidos.

Para valorar el dolor podremos usar escalas. Las más utilizadas en neonatos son PIPP, CRIES y escala facial.

Para el manejo del dolor de baja intensidad podremos usar medidas no farmacológicas:

- Sacarosa 20% oral
- Intervenciones ambientales: musicoterapia, voz suave
- Intervenciones conductuales: mínima manipulación, cuidado postural
- Succión no nutritiva

BIBLIOGRAFÍA

- Gallegos J., Salazar M. (2010). Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal. Enf Neurol (Mex); 9(1): 26-31 Recuperado en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101h.pdf
- Schapira IT, Aspres N. Estrés en Recién Nacidos internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN): Propuestas para minimizar sus efectos. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 2004; 23(3):113-121
- Ruiz Fernández,J. M.Jiménez Pérez. Cuidados centrados en el neurodesarrollo del recién nacido prematuro hospitalizado
- Egan F, Quiroga A, Chattás G. Cuidado para el neurodesarrollo. Revista de enfermería neonatal. FUNDASAMIN. 2012;(14)

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

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN……..:…… 3
- CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO……. 5

1) CUIDADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA ……..... 6
2) INTERVENCIONES EN EL MACROAMBIENTE……. 7
   a) NIVEL DE RUIDO ……. 7
   b) NIVEL DE LUZ …… 9
3) INTERVENCIONES EN EL MICROAMBIENTE …….. 11
   a) POSTURA CORPORAL…… 11
   b) MÍNIMA MANIPULACIÓN…….. 13
   c) MANEJO DEL DOLOR ……..13
4) BIBLIOGRAFÍA……16

INTRODUCCIÓN

El recién nacido prematuro es aquel que nace antes de las 37 semanas de gestación. Según la OMS, se clasifican en prematuros tardíos los que nacen entre las semanas 32 y37; muy prematuros los nacidos en las semanas 28- 32 y los prematuros extremos cuya edad gestacional es menor a 28 semanas.

La prematuridad es una complicación muy importante ya que se considera la primera causa de mortalidad en recién nacidos y la segunda en niños menores a 5 años.

Los nacimientos prematuros están aumentando en los últimos años en todo el mundo. Del mismo modo la supervivencia y las secuelas a largo plazo han mejorado por los recursos tecnológicos y administración de medicaciones en el momento adecuado (corticoides prenatales, surfactante).

El cuidado de estos niños prematuros ha ido cambiando a lo largo de la historia.

A principio del siglo XX las unidades de cuidados intensivos se centraban en aislar al recién nacido, evitaban el contacto con los padres creían que así protegían al bebé de infecciones.

En los años 70 se comienza otra visión y se comienza abrir las unidades para integrar a los padres y la actitud de los profesionales sanitarios cambia.

A partir de los 90 los cuidados centrados en el neurodesarrollo del recién nacido ya incluye a la familia y al entorno en el propio cuidado. Ayudando así a disminuir las secuelas que presentan estos niños tanto visuales, auditivas como de aprendizaje.

CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO

Los cuidados centrados en el desarrollo (CCD) se definen como el conjunto de intervenciones médicas y de enfermería destinadas a llevar un control del macro ambiente y micro ambiente que rodea al recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales. De esta manera se favorece su desarrollo neurólogico y emocional, además de disminuir los niveles de estrés a los que está sometido. Todo ello con la presencia y colaboración de la familia.

Las patologías que presentan los bebés prematuros son consecuencia de la propia inmadurez de sus órganos, que no han podido completar su desarrollo en el útero materno antes del nacimiento. Por lo tanto la atención que reciba debe estar adaptada a sus necesidades para aumentar la posibilidad de supervivencia.

1) CUIDADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA

Los cuidados centrados en la familia se basan en la idea de que el bebé forma parte de un núcleo familiar y por ello los cuidados se tienen que plantear en torno a la unidad familiar y no solo al recién nacido. Implicar a la familia en los cuidados proporciona una mejora del estado físico del recién nacido y favorece su desarrollo emocional y psicológico y aporta bienestar a la familia implicada.

Los cuidados centrados en la familia incluyen intervenciones como el método canguro, que reduce el tiempo de internación hospitalaria y la lactancia materna que protege frente a infecciones.

El papel de la enfermería en torno a la familia es el de enseñar los cuidados necesarios, apoyar a la familia (principalmente los padres) y compartir conocimientos para un mejor desarrollo de los cuidados.

2) INTERVENCIONES EN EL MACROAMBIENTE

Los sentidos del oído y de la vista son los últimos en desarrollarse, por lo que el prematuro es especialmente sensible en torno a ellos. En la unidades neonatales centradas en los CCD se realizan una serie de intervenciones en el macroambiente principalmente dirigidas a reducir el nivel de ruido y el nivel de luz.

2.a) NIVEL DE RUIDO

Se define ruido como aquel sonido no deseado, por lo general desagradable, que puede ser perjudicial para la salud humana.

Cuando el feto está en el útero recibe los sonidos atenuados entre 20 y 50 decibelios, por lo que al nacer pierde está protección.

Dentro de las unidades neonatales el nivel de ruido es ampliamente más alto de lo recomendado. La asociación americana de pediatría recomienda 60 decibelios durante el día y no superar los 35 durante la noche.

Para conseguirlo el personal de enfermería deben tener en cuenta:

. Medir los decibelios que hay en la unidad mediante un decibelimetro. Es un aparato que mide la intensidad del sonido y lo representa con señales luminosas verde, amarillo y rojo.

. No golpear las incubadoras ni apoyar objetos encima.

. Extremar el cuidado al abrir y cerrar las puertas de la incubadora.

. Hablar en un tono suave y cercano.

. Ajustar el nivel de alarmas y el sonido de timbres y teléfonos.

2.b) NIVEL DE LUZ

La asociación española de pediatría recomienda una intensidad de entre 10 y 600 luxes. Lo ideal es poder regular la luz individual por niño y por zonas de la unidad.

Esta demostrado que disminuir la intensidad de la luz disminuye el estrés del recién nacido, disminuyendo su tensión arterial y su frecuencia cardiaca y aumenta los períodos de sueño y la ganancia ponderal.

Es importante mantener ciclo circadiano con una intensidad de 100 a 200 luxes durante el día y por la noche 50 luxes.

El personal de enfermería debe trabajar en:

. Mantener los ojos del recién nacido tapados durante las manipulaciones.

. Cubrir las incubadoras con telas oscuras.

. Cuando el bebé sale a canguro mantener ambiente de penumbra.

. Evitar el estrés al encender luces fuertes de repente, disponer de luces regulables por incubadora.

. Cuando haya pacientes con fototerapia cubrir bien para proteger al resto.

3) INTERVENCIONES DEL MICROAMBIENTE

Hay intervenciones destinadas a favorecer la autorregulación del prematuro, centradas en el microambiente como el control de la postura, la mínima manipulación y el control del dolor.

3.a) CONTROL DE LA POSTURA

El prematuro tiene que estar en una postura fisiológica: cabeza en posición neutra, tronco recto y extremidades flexionadas. Es muy importante colocarles contención estableciendo límites simulando el útero. Para favorecer la autorregulación y mantener la postura el personal de enfermería se ayuda de nidos y rollos de almohadas o mantas para mantener la postura correcta.

3.b) MÍNIMA MANIPULACIÓN

Durante el tiempo que ha de pasar el bebé ingresado en la unidad de cuidados neonatales se le realizan múltiples intervenciones por personal de enfermería, medico, rayos… Dentro del concepto minima manipulación está agrupar las intervenciones en una sola manipulación. Se recomienda hacer las manipulaciones en periodos de vigilia del recién nacido. Se debe coordinar el equipo aumentando el periodo de descanso del prematuro, evitando fluctuaciones de presión arterial e intracraneal y manteniendo bajos requerimientos de oxígeno al disminuir el estrés.

3.c) MANEJO DEL DOLOR

El dolor produce estrés y éste es dañino para el cerebro en desarrollo por

Lo que su tratamiento y prevención es muy importante para el prematuro.

Existen medidas no farmacológicas que ayudan en el control del dolor.

. Administración de sacarosa. Una gota debajo de la lengua dos minutos antes de un procedimiento doloroso ayuda a aliviar al recién nacido. Disminuye el llanto, su frecuencia cardiaca y las fáciles de dolor.

. Succión no nutritiva. El neonato realiza una succión seca, por ejemplo, un dedo o un chupete. Esta succión alivia el dolor disminuye el estrés y ayuda en la ganancia de peso y en la maduración gastrointestinal. Aumenta su eficacia complementada con sacarosa.

. Maniobras de contención. Consiste en mantener al recién nacido próximo a la línea media con las extremidades flexionadas. Tras el procedimiento

doloroso la posición en decúbito prono ayuda a autorregularse, tranquilizando al prematuro y aliviando el estrés.

. Método canguro. Consiste en mantener al prematuro en contacto piel con piel con sus padres. Cuando se saca al bebé de la incubadora para conseguir los efectos beneficiosos el contacto debe durar como mínimo 90-120 min. Los beneficios que observamos, mayor estabilidad de las constantes vitales, mejora la termorregulación, favorece el vínculo afectivo y aumenta la confianza de los padres.

. Lactancia materna. Elimina el llanto y los gestos de dolor. Además la lactancia mejora el desarrollo cognitivo, ofrece protección frente a infecciones, mejora la digestibilidad y absorción madurando más rápido el sistema digestivo y aporta los nutrientes necesarios.

4) BIBLIOGRAFÍA

- Pallas Alonso CR. Cuidados centrados en el desarrollo en las unidades neonatales. Años pediatría contin 2014 marzo, 12(2).
- Ruiz Fernández E. Cuidados centrados en el neurodesarrollo del recién nacido prematuro hospitalizado. Rev.EnfermCyL2016;8(3).
- Barboza-MecaJJ.Implicancias de la UCI neonatal en el neurodesarrollo del recién nacido. Intramed Journal2017 abril.
- Rocio Mosqueda Peña. Conocimientos y percepciones de los profesionales sobre los cuidados centrados en el desarrollo en las unidades de neonatologia. Madrid:Universidad Complutense de Madrid;2015.

- SCIELO[internet]la filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro(NIDCAP): una revisión de la literatura.D.Harillo Acevedo.[consultado15 de septiembre]disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400577

TEMA 277. USO DE DESCALCIFICANTES EN MUESTRAS HISTOPATOLÓGICAS.

JOANA SERRANO ORTIZ
MARIA DEL CARMEN VALBUENA ENCINAS
ANDREA GONZÁLEZ GONZÁLEZ
CRISTINA ARCE DÍAZ

ÍNDICE

- DESCALCIFICANTES: GENERALIDADES Y USOS
- TIPOS DE DESCALCIFICANTES
- DESCALCIFICANTES MÁS USADOS
- CONCLUSIONES

DESCALCIFICANTES: GENERALIDADES Y USOS

- Los tejidos que presentan minerales, como pueden ser el caso de los dientes, los huesos o algunos procesos patológicos calcificantes en tejidos blandos, dificultan el proceso histológico habitual, ya sea material incluido en parafina o congelado. En estos casos, utilizaremos un agente descalcificante como paso previo, para eliminar tales sales minerales, y así facilitar el procesado y la obtención de unas óptimas secciones finas durante el corte de la muestra.

- Para determinar el tiempo óptimo de incubación que necesitan las muestras, se debe averiguar el grado de descalcificación de la solución. Un incremento innecesario del tiempo, puede dañar la calidad del tejido, y si el tiempo es demasiado corto, pueden quedarse cristales en el tejido que dificulten su posterior procesado y corte. Cambiar periódicamente la solución descalcificante, nos permitirá averiguar cuando se ha producido la descalcificación completa del tejido, midiendo la concentración del calcio en el medio.

TIPOS DE DESCALCIFICANTES

- Hay dos grupos principales de agentes descalcificantes: los ácidos y los quelantes de calcio.
- **Basados en ácidos:** Los ácidos fuertes son rápidos pero muy agresivos por lo que el tiempo de exposición debe reducirse para evitar dañar el tejido. Los ácidos débiles son más lentos pero preservan mejor al tejido.
- **Los agentes quelantes**: son aquellas sustancias orgánicas que pueden unirse covalentemente a iones metálicos formándose un compuesto soluble llamado quelato de metal. Aporta una buena preservación del tejido, aunque es un proceso lento.

DESCALCIFICANTES MÁS USADOS

- Los **descalcificantes ácidos** más usados en el laboratorio de Anatomía Patológica son: el ácido clorhídrico, el ácido nítrico, sobretodo para muestras pequeñas y en diagnósticos urgentes y el ácido fórmico.

- El **descalcificante quelante** más utilizado es el EDTA (ácido etilendiaminotetraacético) que absorbe iones de calcio presentes en los cristales de hidroxiapatita del hueso, y progresivamente va disminuyendo el tamaño del cristal.

CONCLUSIONES

- El uso de descalcificantes en el Laboratorio de Anatomía Patológica, es un paso crucial durante el procesamiento de tejidos con minerales presentes. El material debe estar fijado correctamente, y se deben usar los descalcificantes, siguiendo correctamente los protocolos establecidos, de concentración y tiempo para no dañar la muestra durante el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- Atlas de Histología Vegetal y Animal. Dpto. de Biología funcional y Ciencias de la Salud. Facultad de Biología.

- Libro de Raimundo García del Moral. McGraw-Hill Interamericana de España S.L.

TEMA 278. DIFERENCIA EN SALUD MENTAL Y GÉNERO.

ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ

FÉLIX ALONSO FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- OBJETIVO
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAFIA

OBJETIVO

Dotar al personal sanitario de conocimientos básicos sobre la diferencia en salud mental de hombres y mujeres.

METODOLOGIA

Revisión bibliográfica de la narrativa existente que versa sobre las diferencias entre sexos y la salud mental. Se consultaron diversas bases de datos incluyendo estudios publicados en los últimos diez años, en español y de acceso libre.

Los descriptores utilizados fueron: salud mental, diferencias género, enfermedades psiquiátricas.

.

RESULTADOS

Los estudios consultados demuestran una clara diferencia entre las morbilidades psiquiátricas y los patrones de conducta psiquiátrica mostrados entre mujeres y hombres.

Las mujeres presentan mayor morbilidad que los hombres en cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos mientras que los hombres presentan mayor prevalencia en trastornos de la personalidad, abuso de alcohol y drogas. En las mujeres jóvenes aparece un incremento en las patologías tradicionalmente asociado al rol masculino.

Tales resultados se pueden justificar por las diferencias genéticas, endocrinas y constitucionales existentes entre ambos sexos y el componente ambiental que influyen en los roles y patrones de conducta que se tienen para adoptar las estrategias necesarias durante el proceso patológico.

CONCLUSIÓN

La incidencia de las enfermedades mentales aumenta de año en año, existiendo diferencias de morbilidad psiquiátrica para los distintos sexos. El impacto en el bienestar individual, familiar y social es incuantificable, necesitando un enfoque multidisciplinar y formación específica en los equipos de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Montero Isabel, Aparicio Dolores, Gómez-Beneyto Manuel, Moreno-Küstner Berta, Reneses Blanca, Usall Judit et al . Género y salud mental en un mundo cambiante. Gac Sanit [Internet]. 2004 Ago [citado 2019 Sep 29] ; 18(4): 175-181. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400028&lng=es.

TEMA 279. EFECTIVIDAD DEL LAVADO DE MANOS EN LOS PROFESIONALES ASISTENCIALES.

MARIA PILAR CABALLERO SANCHEZ

DILEY CASARIEGO GARCÍA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MÉTODO
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, el lavado de manos es de vital importancia para la eliminación de bacterias, evitando así la transmisión de profesional a paciente. La higiene de manos en el personal asistencial es una medida de prevención de infecciones en los hospitales. Durante un año se realizó un estudio a una muestra de profesionales de distinta categoría, con el fin de estudiar y evaluar la eficacia del lavado de manos.

OBJETIVOS

Conocer la técnica utilizada por el personal en la limpieza de manos, para disminuir el riesgo de infección. Analizar los efectos negativos de joyas como anillos o relojes en la efectividad del lavado de manos.

MÉTODO

Se realizó un estudio durante un año al personal asistencial (200 personas) de un determinado hospital.

RESULTADOS

Para la valoración de la higiene de manos correcta se utilizó un agente fluorescente. De los 200 profesionales estudiados y expuestos a este tipo de agente, después del lavado de manos, un 90% apareció con manchas, por lo que el lavado fue ineficaz. Por otro lado aquellos profesionales que portaban anillos o relojes, presentaban más manchas.

CONCLUSIÓN

La técnica de lavado de manos no se realizó adecuadamente. El uso de anillos, pulseras o relojes, favorece la proliferación de bacterias. Se recomienda el no uso de joyas durante la actividad profesional. Actualmente se realizan protocolos de lavado de manos, para evitar el riesgo de infección.

BIBLIOGRAFÍA

- Páginas **WEB :**

https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/lavado-higienico-manos

https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/los-pasos-para-una-tecnica-correcta-de-lavado-de-manos-segun-la-oms

https://www.cdc.gov/handwashing/esp/index.html

https://www.bbraun.es/es/productos-y-terapias/prevencion-de-infecciones/higiene-de-manos
.html

TEMA 280. EL ALCOHOL .

JOSE ANGEL BLANCO FERNANDEZ
VERONICA PULIDO LOBERA
MARIA DEL SEQUERO RODRIGUEZ BAZ
BELEN PEREDA DE LA FUENTE

ÍNDICE

- INTRODUCION
- SINTOMAS
- CONSECUENCIAS
- TRATAMIENTO
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El alcohol es una sustancia toxica para la salud , es igual de dañina que las drogas (cocaína, anfetaminas, marihuana, cannabis, hachís) en realidad el tabaco y el alcohol es un tipo de droga la gran diferencia con las demás es que son drogas ilegales que pagan sus impuestos al estado.
El alcohol , es una adicción en la que rápidamente te haces adicto.

SINTOMAS

-El alcohol produce diversos efectos según vayas adquiriendo la adicción.

Según va pasando las semanas los síntomas van siendo de mayor gravedad, proporcionando falta de memoria, temblores en la mañana, falta de apetito, ansiedad. hostilidad , etc..

CONSECUENCIAS

El alcohol tiene diversas consecuencias en la persona que padece alcoolismo, pierden a la familia, el trabajo, se quedan sin autoestima, pierden toda aquella facultad para relacionarse con lo demás, su economía se vuelve inestable hasta llegar a perderlo todo.

Todas estas consecuencias proporcionan depresión generalizada.

TRATAMIENTO

Las personas que padecen esta enfermedad deberán realizar terapias con especialistas acompañado de medicación oral para evitar la ansiedad y que así el síndrome de abstinencia sea mas llevadero.

A veces no es suficiente esta técnica y deberán ser internados en un centro especializado

A este tratamiento es necesario la colaboración de los seres queridos acudiendo a las sesiones que se realizan normalmente vez a la semana para las familias

BIBLIOGRAFÍA

-www.medlineplus.gov
-www.cun.es
-www.niaaa,nih.gov
-Operadores booleanos (AND y OR) y pubmed

TEMA 281. EL EFECTO DEL TABACO EN EL EMBARAZO.

DIANA TUÑÓN PASTOR
ISABEL BERTAULT BENEDICTO
SARA GARCÍA NOVO
MARIA PILAR LÓBATO ÁLVAREZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVO**
- **DESARROLLO: EL EFECTO DEL TABACO EN EL EMBARAZO.**
- **CONCLUSIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo en una enfermedad adictiva crónica. Según la OMS el tabaco constituye una de las causas de enfermedad en el mundo.

En diferentes estudios se ha podido comprobar que el humo contiene muchas sustancias de las cuales un porcentaje son cancerígenas. Uno de sus componentes es la nicotina que es el causante de la dependencia física del fumador, provocando un aumento de la presión arterial, taquicardia etc.… .Por otro lado también hay que tener en cuenta la eliminación de esta sustancia que se hace por la orina y por la leche materna por lo que también tiene consecuencias.

En muchos estudios se ha descrito que la exposición al humo del tabaco ya sea activa o pasiva tiene un efecto negativo durante la gestación y produce un riesgo para la salud infantil.

Entre ellos destacamos:

En la gestante se aumenta el riesgo de aborto, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y parto pre término y en el recién nacido puede ocasionar la muerte súbita , bajo peso, síndrome de abstinencia y sobretodo produce hipoxia por el monóxido de carbono que como consecuencia provoca un desarrollo incompleto.

OBJETIVO

Describir las consecuencias del efecto del tabaco durante el embarazo.

EL EFECTO DEL TABACO EN EL EMBARAZO

En diferentes estudios se observo que la concentración de cotinina ,que es un metabolito de la nicotina ,aumenta ocho veces mas en el líquido amniótico.

La nicotina provoca una estenosis de los vasos sanguíneos, disminución de la perfusión sanguínea, la de oxigeno y nutrientes. Esto ocasiona en el feto una reducción de peso , alteraciones endocrinas, mutaciones de ADN, aumento de embarazo ectópico, complicaciones obstétricas, mortalidad en la infancia y problemas respiratorios en el recién nacido.

La disminución de peso es ocasionada por la falta de nutrientes, la deficiencia de aporte de oxigeno, el aumento de CO_2 y la intoxicación por el cadmio que esta en el tabaco.

Alteraciones endocrinas , se produce un aumento de algunas hormonas sobretodo al final de la gestación.
Mutaciones de ADN, por las partículas cancerígenas que presenta el tabaco.
Otras alteración. El consumo de este provoca la rotura de membranas, placenta previa, hemorragias.
Aumento de mortalidad infantil. Muerte súbita del lactante. En algunos estudios se comprobó que el tabaco es una de las causas evitables que aumenta el riesgo de padecer muerte súbita.
Problemas respiratorios: Aumenta en los niños expuestos al humo del tabaco antes y después de nacer.

Es importante la actuación de enfermería. Se debe aconsejar el abandono del tabaco, explicando a la mujer gestante las consecuencias que tiene para ella y para el feto.

Para ello hay programas dedicados a la mujer embarazada y fumadora que mejoran la tasa de abandono del hábito tabáquico. En estos casos la enfermera debe medir el grado de dependencia a la nicotina usando el test de Fagerstom y para determinar la motivación el test de Richmond.

CONCLUSIÓN

El consumo de tabaco en el embarazo sigue siendo un gran problema ya que ocasiona muchas alteraciones tanto maternos como fetales, por lo que durante la gestación la mujer suele presentar una mayor motivación para dejar de fumar junto con la ayuda del entorno familiar y sobretodo de las parejas que también constituyen un factor influyente en el hábito tabáquico.

Es importante que durante las etapas del embarazo se siga con minuciosidad la historia de ellas para poder desarrollar medidas especificas para intervenir y hacer que se disminuya la exposición al tabaco.

BIBLIOGRAFÍA

- Román Almendros MR, García-Campaña A., Hidalgo-Lacalle M. Perfil de las gestantes y grado de exposición al humo del tabaco. Matronas Prof.2018;19(4):135-141.
- Carrión Valero F. El tabaquismo antes de nacer. Consecuencias y tratamiento. Medicina respiratoria.2014; 7(3):43-54.
- Uvadoc.uva.es[citado el 27 septiembre 2019]. Disponible en: http://uvadoc.uva.es/handle/10324/36724.

TEMA 282. ENFERMEDAD CELIACA: ACTUACIÓN ENFERMERA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

CARMEN PILAR QUEVEDO DOMINGUEZ

ÍNDICE

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

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad celiaca es una patología causada por la ingestión continuada de productos que contienen gluten, con proteínas del trigo, del centeno y de la cebada. La enfermedad celiaca provoca, a través de la respuesta inmunitaria de la persona genéticamente predispuesta, la inflamación del intestino delgado impidiendo la absorción habitual de nutrientes y ocasionando situaciones de malnutrición y otros problemas de salud, como afectación en el crecimiento en los niños o, incluso, disfunciones sexuales en el paciente adulto. Estas complicaciones no cederán hasta que se instaure una dieta exenta de gluten.

Actualmente, constituye una de las patologías más prevalentes. En España, ronda el 1/118 de la población infantil y el 1/389 en adultos, siendo más común en mujeres en una proporción de 2:1. Datos consultados del año 2015, la sitúan como una patología cada vez más frecuente, con una prevalencia del 1% de la población general, en países habitados por población europea.

A pesar de estos datos, se puede deducir que, *"en realidad, los pacientes con síntomas clásicos de enfermedad celiaca, conforman únicamente la punta del iceberg de todos los pacientes que realmente están afectados".*

La auténtica prevalencia puede ser más alta que la que se calcula, debido al hecho de que existen numerosos casos aun sin diagnosticar. Además, valorando los resultados de varios estudios epidemiológicos que se han realizado en los últimos años, ponen de manifiesto que la enfermedad celiaca sin sintomatología clásica es más frecuente que la que tiene síntomas clásicos. Sin lugar a dudas, esta situación constituye un reto para el sistema sanitario actual, porque implica que la detección de la enfermedad celiaca se tendría que realizar precozmente para poder diagnosticar los casos asintomáticos.

En cuanto a su etiología, nos encontramos tres principales causas combinadas que ocasiona que la prevalencia en los pacientes aumente considerablemente:

1. Predisposición genética: Los marcadores genéticos más importante que se destacan en la bibliografía revisada son HLA de clase 2: HLA-DQ2 (DQA1*05-DQB1*02) y HLA.DQ8 (DQA1*03-DQB1*0302). Sin embargo, la presencia de estos marcadores no es suficientemente fiable para diagnosticar la enfermedad celiaca, pues se sabe que del 30 al 40% de la población general, son portadores de al menos uno de ellos, sin ser celíacos. No obstante, están presentes en prácticamente todos los pacientes. Se ha de decir también, que existen otros que no son HLA y que contribuyen también a la posibilidad de desarrollar enfermedad celiaca en diferentes poblaciones, aunque no son tan comunes.

2. Dieta con gluten añadido: El factor desencadenante principal de la enfermedad celiaca está constituido por un grupo de proteínas que se encuentran en el grano de trigo, concretamente en el endosperma del grano. Existen cuatro clases en función de su solubilidad: albúminas (solubles en agua), globulinas (solución salina), gliadinas (solubles en alcohol) y gluteninas (solubles en ácidos, bases o detergentes varios). Las llamadas gliadinas y gluteninas constituyen las prolaminas. Son también prolaminas, sus homólogos en la cebada y en el centeno: hordeína y secalina Precisamente son estas proteínas las que confieren el carácter inmunógeno al gluten, pues son los residuos de las prolaminas: prolina y glutamina, los que provocan la respuesta inmune inadecuada en los pacientes con lesión intestinal manifiesta. Estos fragmentos inmunógenos, estimulan a los linfocitos T CD4+ específicos de la lámina intestinal o del torrente sanguíneo de los pacientes, capaces de reconocer al antígeno cuando hay presencia de moléculas HLA-DQ2-DQ8.

La pérdida de la tolerancia oral frente al gluten, junto con una desfavorable interacción entre genética y factores ambientales, produce una respuesta inmunitaria en la mucosa del intestino delgado manifestándose una lesión inflamatoria y la remodelación de la mucosa intestinal en diferentes grados, dependiendo del estadio en el que se encuentre la enfermedad.

3. Entorno ambiental: Agresiones tales como infecciones intestinales o procedimientos quirúrgicos, pueden tener que ver con el compromiso de la función inmunológica de barrera del paciente. Puede empezar de esta forma la inflamación intestinal, posible antesala de la enfermedad celiaca. Es decir, factores como la lactancia materna, las infecciones o las alteraciones en la microbiota intestinal influyen a su desarrollo.

Entre las formas clínicas de presentación podemos destacar:

- **Enfermedad celiaca clásica:** Enteropatía grave inducida por gluten en sujetos con anticuerpos séricos positivos. Los pacientes pueden cursar con síntomas digestivos o extradigestivos o la enfermedad puede permanecer en un estado silente.
- **Enfermedad celiaca latente:** Individuos con anticuerpos séricos positivos que tienen una mucosa yeyunal normal cuando toman una dieta libre y atrofia vellositaria inducida por gluten en algún momento evolutivo que se recupera con una dieta sin gluten.
- **Enfermedad celiaca potencial:** Pacientes que tienen una mucosa yeyunal normal cuando toman una dieta libre en el momento del estudio, pero con características inmunológicas asociadas a patrones de HLA similares a aquellos asociados en la enfermedad celiaca.

Las características clínicas se diferencian en función de la edad de presentación.

- **En el niño pequeño:** El cuadro clínico varía dependiendo del momento de la introducción del gluten en la dieta. Los síntomas más frecuentes son diarrea crónica, distensión abdominal, vómitos, falta de apetito, irritabilidad y laxitud, estancamiento ponderal y retraso del crecimiento.
- **En el niño mayor y en el adolescente:** Puede no haber síntomas digestivos y presentarse la enfermedad como una anemia ferropénica rebelde a la ferropenia oral, estreñimiento, talla baja y retraso de la menarquia.
- **En el adulto:** La enfermedad puede cursas también con manifestaciones digestivas clásicas, si bien lo más frecuente es que consulten por anemia ferropénica refractaria, dispepsia, estreñimiento, intestino irritable, dolores óseos y articulares.

2. OBJETIVOS

1. Describir qué es la enfermedad celiaca, teniendo en cuenta tanto su epidemiología, como su etiología y aspectos clínicos.

2. Explicar el abordaje de la enfermedad celiaca tanto desde atención primaria de salud como desde especializada, en relación al diagnóstico y al tratamiento.

3. Analizar el papel de la enfermería de atención primaria en la enfermedad celiaca.

3. METODOLOGIA

Se trata de una revisión bibliográfica en el cual, primero se realizó una búsqueda general sobre obras y estudios llevados a cabo en el contexto español comprendidas entre los años 2005 al 2016, que estuvieran relacionados con la enfermedad celiaca con texto completo; ésta búsqueda se complementó después con una búsqueda menos extensa en contenido inglés.

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Google, Scielo, PubMed, EMBASE, Cochrane Plus, Cuiden y CINAHL; siendo los términos usados en la búsqueda en castellano los siguientes: “enfermedad celiaca”, “enfermería”, “educación para la salud”, “ansiedad”, “dieta sin gluten”; siendo en inglés: "Celiac disease", "nursing", "health education", "anxiety", "gluten-free diet".

Las estrategias de búsqueda anteriores se complementaron con una revisión manual de la bibliografía de los artículos identificados y con una recogida de los datos más relevantes de cada uno de los artículos de manera individual, realizando posteriormente una comparativa común de dichos resultados.

4. RESULTADOS

La historia clínica y el examen físico son fundamentales para orientar el diagnóstico, cuya primera valoración se realizará en atención primaria. El hecho de saber si el paciente pertenece a grupos de riesgo para desarrollar enfermedad celiaca (con familiares de primer grado, enfermedades autoinmunes o síndrome de down), conocer los signos y síntomas de la enfermedad y saber si la serología es negativa o positiva, puede orientar el diagnóstico.

Cuando se sospecha que un paciente puede tener enfermedad celiaca, el médico de atención primaria debe solicitar la determinación de anticuerpos antitransglutaminasa tisular humana de clase IgA (AAtTG) y los niveles plasmáticos de IgA sérica total.

Es importante realizar la IgA sérica total debido a que muchos pacientes celíacos tienen déficit de IgA, por lo tanto, puede darse un “falso negativo” en los anticuerpos de tipo IgA. En los casos en que los AAtTG de clase IgA y la IgA sérica total sean negativos, se realiza una determinación de AAtTG de tipo IgG. Si da negativo, la serología será negativa para la EC. Sin embargo, aunque de negativa, si la clínica es indicativa de enfermedad celiaca, la recomendación es derivar al gastroenterólogo.

Este profesional decidirá si se lleva a cabo el estudio genético (presencia del heterodímero HLA-DQ2/DQ8) y/o una biopsia intestinal (en la zona del duodeno-yeyuno), para observar la posible existencia de lesiones histológicas típicas de enfermedad celiaca.

En la biopsia intestinal, se estudian las lesiones histológicas que puedan existir, diferenciándolas con la clasificación de Marsh-Oberhuber. En ella, encontramos una primera fase con incremento de los linfocitos intraepiteliales hasta una última fase, con establecimiento de atrofia intestinal.

Una vez completado el diagnóstico y confirmada la enfermedad celiaca, el único tratamiento que existe y que es eficaz para paliar la enfermedad es el consumo de una dieta estricta para toda la vida, exenta de gluten. Esto constituye la clave de la mejora de los síntomas, pues se trata del agente causal de la enfermedad celiaca.

De este modo, los pacientes consumen una cantidad establecida como “punto de corte”. Para llegar a determinar esta cifra, se creó el Códex alimentarius, normativa internacional cuya creación corresponde a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a la Organización Mundial de Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO). Actualmente, se sabe que “la cantidad máxima de gluten admisible es de 20 miligramos por kilogramo de producto (mg/kg), o dicho de otra manera, menos de 20 partes por millón (ppm)”. Así, la Comunidad Europea aceptó en 2012 como alimentos “exentos de gluten”, aquellos con un nivel de gluten que no sea mayor de 20 ppm y como alimentos con “contenido muy reducido en gluten”, si no llega a las 100 ppm. La Food and Drugs Administration (FDA) estadounidense definió de nuevo los alimentos “sin gluten” como los que tienen menos de 20 ppm.

La Federación de Asociaciones de Celíacos en España (FACE), elabora una lista anual de productos aptos para celíacos con esta misma premisa. La razón de esta cifra, es que se trata de la cantidad mínima para que las pruebas analíticas actuales puedan detectar el gluten. Si el umbral fuera menor, no se podría detectar y la disponibilidad de productos sin gluten disminuiría notablemente. No obstante, es una cifra sujeta a revisión.

Una vez diagnosticada la enfermedad celiaca, el paciente tiene que formarse en todo lo relacionado con la patología y saber que cuidados son primordiales para el buen manejo de su enfermedad. Además, debe intentar afrontar los cambios emocionales que se le avecinan y adaptarse para tener una calidad de vida tan plena, como la que vivía antes del diagnóstico.

Para ello, es primordial el rol de la enfermería a la hora de llevar a cabo un plan educacional en salud y la colaboración tanto del paciente, como de sus familiares y su entorno más cercano.

Una vez que se diagnostica al paciente de celiaquía y se valora así mismo, los conocimientos que tiene y, por tanto, la necesidad de que se le informe o no, el profesional facultativo derivara, en su caso, al paciente a la enfermera referente de celiaquía a través de una cita. Dicha enfermera, programará las sesiones en función de los conocimientos de base que tenga el paciente sobre la celiaquía. El objetivo es que conozcan perfectamente la dieta prescrita, qué tienen que tener en cuenta a la hora de cocinar y que sean capaces de afrontar la condición celíaca, disminuyendo la posible ansiedad.

El lenguaje sencillo, directo y adecuado a la edad es fundamental para seguir la dieta. La enfermera lo conseguirá a través de educación sanitaria para que tengan la mayor seguridad posible ante ella; deben conocer los establecimientos que venden alimentos exentos de gluten, cuáles son y cómo cocinarlos.

Las funciones basadas en proporcionar información acerca de cómo llevar a cabo la dieta libre de gluten en ocasiones especiales como en viajes, colegio, comidas fuera de casa, campamentos o cumpleaños (sobre todo si los pacientes son niños, formando a los padres), y el apoyo ante la nueva situación, son la base para la enfermera referente en celiaquía. Esta profesional debe conseguir que el paciente “realice una vida normal lo antes posible”.

Enfermería de atención primaria, debe ser un partícipe clave en este proceso, pues una vez valorado por la enfermera referente de celiaquía, estos profesionales (tanto del cupo de adultos como del niño sano), serán los encargados de reforzar la dieta. Únicamente, si hay una falta de cumplimiento de la dieta, por transgresión o debido a otros problemas (dudas, ansiedad, requerimientos…), la enfermera de atención primaria, le derivará de nuevo a la consulta de la enfermera referente de celiaquía.

5. CONCLUSIONES

La globalización ha constituido un factor determinante en el aumento exponencial de enfermedad celiaca en los últimos años. Sin embargo, la etiología de la enfermedad celiaca, no se basa únicamente en este consumo masivo de alimentos que contienen gluten, sino que la genética y el medio ambiente, juegan un papel fundamental. Los genotipos de susceptibilidad a esta patología son HLA-DQ2 y HLA-DQ8.

Por otro lado, la distensión abdominal, la diarrea crónica o el retraso en el crecimiento, son signos y síntomas típicos de los pacientes celíacos que forman parte de “la punta del Iceberg” de la enfermedad celiaca. Es decir, son los más fáciles de diagnosticar, pero también los menos comunes. Existen otros signos y síntomas como la esterilidad o la osteoporosis que pueden ser las claves para diagnosticar una enfermedad celiaca silente.

El tratamiento de la enfermedad celiaca, se basa en una dieta exenta de gluten, pero no totalmente. Algunos fármacos y productos con espesante como salsas y aliños, contienen gluten, por lo que la complicación de no consumir nada de gluten se hace patente. El hecho de que la alimentación sea una cuestión cultural, hace que la adaptación a la enfermedad celiaca sea complicada. Habituarse a la nueva dieta, comer fuera de casa o tener en cuenta precauciones indispensables como evitar la contaminación cruzada, hace que la ansiedad y los sentimientos de infelicidad en el paciente celíaco aumenten considerablemente.

Por todo lo descrito anteriormente, este paciente reclama y precisa una serie de conocimientos y estrategias para manejar la enfermedad celiaca de manera óptima. Para ello, el Sistema Nacional de Salud, debe formar a los profesionales de la atención primaria de salud en este campo, adaptándose a las necesidades de la población.

Las enfermeras pueden ser las protagonistas de este cambio, a la hora de proporcionar educación para la salud a estos pacientes, por su cercanía y empatía con ellos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Fasano A, Catassi C. Clinical practice: Celiac Disease. N Engl J Med. 2012; 367(25): 2419-2426.

2. Illana A, Rodríguez J. Celiaquía: prevención a través de la nutrición del lactante. Rev ROL Enferm. 2015; 38(4): 294-299.

3. Ministerio de Sanidad y Consumo 2008. Diagnóstico Precoz de la Enfermedad Celíaca [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/Celiaquia/enfermedadCeliaca.pdf

4. Lionetti E, Catassi C. Epidemiología de la enfermedad celíaca. En: Bai JC, Olano C, Ciacci C, editores. Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten. 1º ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 1-15.

5. Polanco I. ¿Qué es la enfermedad celíaca?. En: Polanco I, editora. Enfermedad celíaca presente y futuro. 1º ed. Madrid: Ergon; 2013. p. 1-4.

6. Green PHR, Lebwohl B, Greywoode R. Celiac disease. Clinical reviews in allergy and immunology. Celiac disease. J Allergy Clin Immunol 2015. 135(5): 1099-1106. Disponible en: http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(15)00230-4/pdf

7. Arranz E, Garrote JA. Utilidad de los marcadores genéticos. En: Polanco I, editora. Enfermedad celíaca presente y futuro. 1º ed. Madrid: Ergon; 2013. p. 43-46.

8. Vaquero L, Álvarez-Cuenllas B, Rodríguez-Martín L, Aparicio M, Jorquera F, Olcoz JL, et al. Revisión de las patologías relacionadas con la ingesta de gluten. Nutr Hosp. 2015. 31(6): 2359-2371. Disponible en: http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/8984.pdf

9. Araya M, Parada A. Poniendo al día la enfermedad celiaca. Rev Med Clin Condes. 2011; 22(2): 204-210.

10. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). [sede Web]. Madrid: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN); 2016. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/home/aecosan_inicio.shtml

11. Zingone F, Ciacci C. Problemas psicológicos y calidad de vida. En: Bai JC, Olano C, Ciacci C, editores. Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten. 1º ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 137-150.

TEMA 283. ERRORES DE MEDICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AIDA GARCÍA ARDURA
TAMARA GARCÍA ORDOÑEZ
LUCIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
VERONICA ESPINA GONZÁLEZ

ÍNDICE

1. ESTADO ACTUAL DEL TEMA (3-18)
2. PALABRAS CLAVE (19)
3.OBJETIVOS (19-20)
- 3.1. OBJETIVO PRINCIPAL (19)
- 3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS (20)

4. METODOLOGÍA (21)
5. RESULTADOS (22)
6.CONCLUSIONES (23-25)
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (26-30)

1. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1.1 SEGURIDAD DEL PACIENTE

- La seguridad del paciente, definida por la Alianza Mundial[1] como la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, es un componente constante y en estrecha relación con el cuidado, siendo el profesional de enfermería el protagonista en el proceso de análisis de los riesgos para la consecuente reducción y prevención de incidentes.
- La práctica sanitaria conlleva riesgos para los pacientes y los profesionales que les atienden y, a medida que las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas, estos riesgos, como es lógico, aumentan. Por otra parte la Atención Primaria (AP), primer punto de encuentro del paciente con el sistema sanitario, es el nivel asistencial más utilizado por la población, alcanzándose en España las cifras de frecuentación más elevadas de Europa[2].

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) impulsa y promueve la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS), desarrollada desde el año 2005 en colaboración con las Comunidades Autónomas, que integra las aportaciones de los profesionales sanitarios y de los pacientes a través de sus organizaciones. Tras diez años de desarrollo, se plantea una estrategia de actualización para un nuevo quinquenio 2015-2020, con el fin de tener un instrumento que de una visión general de lo realizado previamente y facilite la reflexión y la toma de decisiones consensuadas en torno a la Seguridad del Paciente en el SNS para este nuevo periodo[3].

1.2. FRECUENCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS

- Un evento adverso (EA), seria cuando un paciente sufre un accidente imprevisto e inesperado que le causa algún daño o complicación y que es consecuencia directa de la asistencias sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece [2].

- El punto de partida para conocer la magnitud y los factores determinantes del riesgo asistencial en España han varios estudios como son: Estudio sobre efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS[4], Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria (APEAS)[2], Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios (EARCAS)[5] y Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico (SYREC)[6], promovidos por el MSSSI. El estudio Eventos Adversos en Urgencias(EVADUR)[7], desarrollado por la Sociedad Española de Medicina Urgencias y Emergencias, ha aportado también información útil en el ámbito de las urgencias.

Centrándonos en el tema de este trabajo el estudio APEAS sirvió para poner de manifiesto que, aunque la frecuencia de los eventos adversos en el primer nivel asistencial era baja y de escasa gravedad, su etiología multicausal, la elevada probabilidad de prevención y la elevada frecuentación existente justificaban emprender acciones dirigidas a mejorar la seguridad del paciente en este nivel asistencial.

Según los resultados de estos estudios[2] se puede afirmar: que la prevalencia de pacientes con algún EA es de 10,11 por mil. El 47,8% de los EA estaban relacionados con la medicación; las infecciones asociadas a los cuidados de cualquier tipo representaron el 8,4% del total de los EA, el 10,6% se asociaron a algún procedimiento y el 6,5% con los cuidados. Además se puede constatar que el 70,3% de los EA eran claramente evitables. Estudiando el origen del EA encontramos que el 73,5% de los EA ocurrió en un Centro de Salud de Atención Primaria, el 25,8% en Atención Especializada - dentro de la cual el 2,9% ocurrió en el Servicio de Urgencias de su Hospital- y el 0,7% restante tuvo lugar en las Oficinas de Farmacia.

1.3. ERRORES DE MEDICACIÓN

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) define a los errores de medicación como: **"cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización"**(8).La incidencia de este tipo de errores oscila entre un 5 y un 25% del total de administraciones (9-10). Una tercera parte de estos errores ocurren en el proceso de preparación y administración, que son tareas propias de la enfermería.

Es importante señalar que no existen medicamentos exentos de riesgos, y que todos pueden provocar efectos secundarios, algunos de los cuales pueden ser mortales. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) pueden afectar a todas las personas. En ocasiones, los costos asociados a las mismas, en relación con las medidas o tratamientos que pueden requerir, incluyendo hospitalización o cirugía, y la pérdida de productividad que generan, sobrepasan el costo de los medicamentos[11].

La cifras indicadas a continuación, publicadas por la OMS[11] ofrece una panorámica general del problema que representa el uso incorrecto de medicamentos:

- Más del 50% de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada, y la mitad de los pacientes no los toman correctamente.

- El uso excesivo, insuficiente o indebido de los medicamentos tiene efectos nocivos para el paciente y constituye un desperdicio de recursos.
- Más del 50% de los países no aplican políticas básicas para fomentar el uso racional de los medicamentos.
- En los países en desarrollo, la proporción de pacientes tratados de conformidad con directrices clínicas es inferior al 40% en el sector público y del 30% en el sector privado.
- La combinación de la formación y supervisión de los dispensadores de atención de salud, la educación de los consumidores y el suministro de medicamentos en cantidades suficientes es eficaz para mejorar su uso racional, pero separadamente todas estas intervenciones tienen un impacto reducido[10] . Por otro lado, a partir de los datos disponibles, queda patente que las reacciones adversas a los medicamentos, originadas por su uso erróneo o por reacciones alérgicas, pueden ser causa de enfermedad, sufrimiento y muerte. Se calcula que las reacciones adversas a los medicamentos cuestan millones de dólares al año [12,13] .

1.3.1 Clasificación de los errores de medicación

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, NCCMERP, adoptó, en 1996, el sistema propuesto por Hartwing et al. para categorizar los errores de medicación según la gravedad del daño producido. Se propusieron nueve categorías de gravedad diferentes, de la A a la I, en función de factores tales como: si el error alcanzó al paciente, si le produjo daño y, en caso afirmativo, cual seria su grado de gravedad. Estas nueve categorías se agruparon en cuatro niveles o grados principales de gravedad, como se muestra a continuación[8].

ERROR POTENCIAL O NO ERROR:

• CATEGORIA A: circunstancias o incidentes con capacidad de causar error.

ERROR SIN DAÑO:

• CATEGORIA B: El error se produjo, pero no alcanzó al paciente.

• CATEGORIA C: El error alcanzó al paciente, pero no le causó daño.

• CATEGORIA D: El error alcanzó al paciente, no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño.

ERROR CON DAÑO:

- CATEGORIA E: El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención.
- CATEGORÍA F: El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización.
- CATEGORIA G: El error contribuyó o causó daño permanente al paciente.
- CATEGORÍA H: El error comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida.

ERROR MORTAL:

- CATEGORÍA I: El error contribuyó o causó la muerte del paciente [14].

1.4. ERRORES CAUSADOS POR CONFUSIÓN EN LOS NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS.

- Otro de los errores más comunes a la hora de administrar medicamentos es la confusión entre los nombres de los medicamentos.

Es necesario sensibilizarse del papel que tienen los nombres de los medicamentos en la seguridad del paciente y establecer prácticas seguras para evitar los errores por esta causa. Para ello ha sido creada una lista de nombres similares de medicamentos que pueden presentar confusión, registrados por elISMP-España, que han sido comunicados al sistema de notificación y aprendizaje de incidentes por medicamentos, financiado por el Ministerio deSanidad, Servicios Sociales e Igualdad, o al programa de colaboración con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, actualizada en Junio del 2015[15].

1.5. MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

Se denominan “medicamentos de alto riesgo” aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes (16). Ello no implica que los errores con estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de que ocurran, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.

El ISMP y otras organizaciones dedicadas a la seguridad del paciente insisten es la necesidad de establecer procedimientos explícitos para reducir el riesgo de errores cuando se manejan estos medicamentos

Así, es recomendable:

a) establecer y difundir una relación con los medicamentos de alto riesgo disponibles en la institución;
b) estandarizar su prescripción, almacenamiento, preparación y administración;
c) establecer dosis máximas y alertas Automatizadas;
d) limitar el número de presentaciones y de concentraciones disponibles, particularmente para heparina, morfina e insulina;
e) implantar prácticas de doble chequeo en la preparación y administración de estos medicamentos; etc[16,17].

Una medida importante es evitar el almacenamiento de soluciones concentradas de electrolitos en las unidades de enfermería, especialmente del cloruro potásico [18].

1.6. RECOMENDACIONES PARA EL USO CORRECTO DE LOS MEDICAMENTOS

- Durante los últimos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recopilado datos con el fin de poder emitir unas recomendaciones dirigidas a fomentar el uso correcto de los medicamentos. Algunas de las principales recomendaciones promovidas por la OMS[19], sobre el uso racional de medicamentos son:
- 1. Crear un órgano nacional multidisciplinario encargado de coordinar las políticas sobre el uso de los medicamentos y de estudiar su incidencia
- 2. Formular y utilizar directrices clínicas basadas en datos científicos para dispensar formación, supervisar y apoyar la adopción de decisiones clave en materia de medicamentos.

- 3. En función de los tratamientos preferidos, seleccionar listas de medicamentos esenciales para utilizarlas en la adquisición de medicamentos y los reembolsos de los seguros.
- 4. Crear comités farmacéuticos y terapéuticos en los distritos y hospitales con objeto de mejorar el uso de los medicamentos.
- 5. Promover una formación en farmacoterapia basada en el análisis de problemas prácticos como parte de los planes de estudios universitarios.
- 6. Imponer la formación médica continua en el lugar de trabajo como requisito obligatorio para seguir ejerciendo la profesión.
- 7. Fomentar sistemas de supervisión, auditoría y retroinformación en las instituciones.
- 8. Ofrecer información independiente (incluidos datos comparativos) sobre los medicamentos.

- 9. Fomentar la educación de la población en materia de medicamentos.
- 10. Eliminar los incentivos económicos perversos que favorecen la prescripción irracional.
- 11. Elaborar y hacer cumplir reglamentos apropiados, entre otros los destinados a garantizar que las actividades de promoción de medicamentos se ajusten a los criterios éticos de la OMS establecidos en la resolución WHA41.17[19].
- 12. Dedicar una parte suficiente del gasto público a garantizar un acceso equitativo a los medicamentos y al personal de atención sanitaria.

2. PALABRAS CLAVE

“Errores de medicación”, “Seguridad del Paciente”, “ Atención Primaria ”, “Asistencia sanitaria”, “Administración de medicación”.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO PRINCIPAL:
Determinar los errores más frecuentes de medicación y su incidencia así como las prácticas seguras para poder evitarlos en Atención Primaria.
Conocer el significado y las consecuencias de los medicamentos de alto riesgo a nivel mundial.

3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Evaluar la importancia de la Seguridad del Paciente así como del uso seguro de los medicamentos y las medidas oportunas para llevarlo a cabo.
- Definir que es un evento adverso así como conocer la magnitud del riesgo que dichos eventos pueden llegar a producir en nuestro sistema asistencial.
- Clasificar los errores de medicación según la gravedad del daño producido.

4. METODOLOGÍA

El trabajo consistió en una revisión bibliográfica, realizada entre los meses de Junio a Agosto de 2019, que abarco fuentes publicadas desde el año 2004 a la actualidad, a fin de tener en cuenta la literatura más reciente y actualizada. Por tanto, la fecha de publicación será un criterio de exclusión para publicaciones anteriores al 2004.

La búsqueda se realizo en las bases de datos Biblioteca Cochrane (que incluye las publicaciones indexadas en la base de datos PubMed), Scielo y Dialnet así como las correspondientes a los diferentes Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas de España. Se seleccionaron artículos de revistas científicas, tanto estudios empíricos (ensayos aleatorizados y estudios de caso único), como revisiones sistemáticas y meta-análisis. Un criterio de exclusión será que el documento sea otro tipo de publicación como cartas al director, tesis o trabajos finales.

5. RESULTADOS

Se encontró abundante documentación científica que hiciera referencia a los errores de medicación en los Servicios de Atención Primaria así como sus repercusiones de distinta gravedad y causa. También se constata los esfuerzos de las distintas instituciones y gobiernos Nacionales e internacionales en la implantación de programas y medidas contundentes para su control y seguridad.

6.CONCLUSIONES

Como se ha comentado anteriormente numerosas causas o circunstancias pueden contribuir a la aparición de estos errores de medicación, tanto relacionadas con las características de los medicamentos (denominación, envasado, medicamentos de alto riesgo, etc), como con las peculiaridades de los pacientes (ancianos, personas polimedicadas, etc.), o del entorno sanitario (transición entre niveles asistenciales, insuficiente información o comunicación, falta de protocolos adecuados…)

Un cuidado seguro exige del profesional de enfermería la toma de decisiones y acciones frente a situaciones de riesgos que amenazan la seguridad de los pacientes y la posible ocurrencia de incidentes que pueden ser desde los más leves, que incluso pueden pasar desapercibidos, hasta los más graves, que pueden terminar en lesiones, discapacidad o muerte.

Según los resultados de varios estudios se pone de manifiesto que los eventos adversos relacionados con la medicación en Atención Primaria debido a su etiología multicausal, la elevada probabilidad de prevención y la elevada frecuentación existente justifican emprender acciones dirigidas a mejorar la seguridad del paciente en este nivel asistencial. Ante esta situación, se ha generando una corriente de preocupación que está impulsando, a instituciones sanitarias autonómicas, nacionales e internacionales, a formular estrategias y procedimientos con objeto de minimizar el problema, y avanzar hacia una cultura de seguridad.

Por último tras llevar a cabo esta revisión bibliográfica debemos hacer referencia a los medicamentos de alto riesgo ya que tienen una probabilidad mayor, que otro tipo de medicamentos, de estar asociados a eventos adversos de consecuencias graves para los pacientes. El(ISMP) llevó a cabo en los años 1995 y 1996 un estudio en 161 hospitales de EEUU para conocer los fármacos que eran más proclives a causar acontecimientos adversos a los pacientes y llegó a la conclusión de que estos medicamentos eran un número limitado, por lo que era posible y muy conveniente centrar en ellos las intervenciones de mejora (16). A partir de este estudio y de los casos notificados al sistema voluntario de notificación de errores de medicación 'Medication Errors Reporting Program' (MERP), el ISMP estableció una lista de los medicamentos considerados de alto riesgo en los hospitales que constituye la lista de referencia utilizada mundialmente (20). Esta lista se ha actualizado, conforme se han comercializado nuevos medicamentos y se ha generado nueva información sobre errores de medicación graves.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo [Internet]. Geneva; 2009 [citado 2012 Ju 28]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud: Estudio APEAS. Madrid; 2008.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020.Madrid;2015.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005.Madrid; 2006.

5. Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad. Estudio EARCAS: Eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid; 2011.
6. Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva:SYREC 2007. Madrid; 2010.
7. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo J y Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias. 2010; 22: 415-428.
8. Nccmerp.org, National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention [sede WEB].Nccmerp.org. Disponible en: www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm.

9. Oliver Rosset, etel; Guerrero Bernat, Sara; Soler Mieras, Aina; Cabrer Palomés, Joan F.; Roca Casas, Antònia. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2019- 2023. Palma: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, 2018.
10. Aspden P, Wolcott J, Bootman JL, Cronenwett LR. Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series. Washington DC: The National Academies Press; 2007.
11. Organización Mundial de la Salud. Geneva, Switzerland 2008[Accedido el 15 de Junio de 2019]; Medicamentos: seguridad y reacciones adversas. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs293/es/.
12. Delegación española del Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Salamanca; 2014 [accedido el 16 de Octubre de 2017] Instituto para el uso seguro de los medicamentos, sección: sistema de notificación y aprendizaje de errores de medicación, Disponible en: http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/1

13. De muga, M. V., Medà, M. M., Astete, J., Cubells, C. I. (2012). Resultados de una estrategia de prevención de errores de medicación en un servicio de urgencias pediátrico. emergencias, 24, 91-95.
14. Delgado O, Serra G, Martinez-Lopez I, Do Pazo F, Fernandez F, Serra J, et al., editors. Errores de conciliación al ingreso y al alta hospitalaria en un servicio quirúrgico. XII jornada de la societat catalana de farmacia clínica; 2006 20 Junio; Barcelona
15. Instituto Nacional para el uso seguro de los medicamentos [internet]. Salamanca: Hospital Universitario de Salamanca; 30-06-2015 [acceso 5 de Junio 2019]. Disponible en:http://www.ismp-espana.org/nombres/listado/nombres confusos.
16. Cohen MR, Smetzer JL, Tuohy NR, Kilo CM. High-alert medications: safeguarding against errors. En: Cohen MR, editor. Medication Errors. 2nd ed. Washington (DC): American Pharmaceutical Association; 2007. p. 317- 411.

17. Ministerio de Sanidad y Consumo .Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP Medication Safety SelfAssessmentforHospitals, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Madrid; 2007.
18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Recomendaciones para el Uso Seguro del Potasio Intravenoso. Madrid; 2009.
19. Organización mundial de la salud (OMS). Geneva, Switzerland; 2004 [2007][accedido el 17 de Agosto 2019]Estrategia de la Organización Mundial de la salud (OMS) para promover el uso racional de medicamentos, Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.5.pdf
20. Institute for Safe Medication Practices. ISMP´s list of high-alert medications. Huntingdon Valley (PA): ISMP; 2012. Disponible en:http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf.

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

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MÉTODO
- RESULTADOS CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Se realiza durante el primer trimestre del embarazo a todas las gestantes para identificar los anticuerpos irregulares que pueden causar daños tanto a la gestante como al feto.

Se determinará el grupo sanguíneo y los anticuerpos irregulares realizando dicha prueba en el ámbito hospitalario, disminuyendo el riesgo de uno de los problemas de salud más importante establecido en los programas realizados por los la OMS.

OBJETIVOS

- Determinar los anticuerpos irregulares en la gestante durante el primer trimestre del embarazo y la correcta actuación para detectarlos.

MÉTODO

Se realizó una amplia búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos de la biblioteca cochrane, CUIDEN y PUBMED. Utilizando las siguientes palabras clave: anticuerpos irregulares, embarazo, gestante. Descartando aquellos artículos que tenían más de 10 años de antigüedad.

RESULTADOS

Si los anticuerpos irregulares fuesen positivos se avisará al hematólogo responsable del banco de sangre que se encargará de contactar con la paciente para una ampliación de estudios.
Si los anticuerpos irregulares fuesen negativos, se realizará un segundo control entre la semana 24 y 28 de gestación.

CONCLUSIÓN

- Un buen control durante el embarazo evitará posibles complicaciones al feto y a la gestante como también otras complicaciones en futuros embarazos.

BIBLIOGRAFÍA

- Posters del congreso 58SEHH. 2016 [citado 23 de septiembre de 2019]; Disponible en: http://58SEHH.postersessiononline.es

- 2016 - Posters del congreso 58SEHH.pdf [Internet]. [citado 23 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.postersessiononline.es/312191188_es/congresos/58SEHH/aula/-P_342_58SEHH.pdf

- ff357876-f91d-1d34-8a88-21a4e78cd50d.pdf [Internet]. [citado 23 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/31867/0/Inmunohematolog%C3%ADa+y+embarazo.+Dra.+Callao.pdf/ff357876-f91d-1d34-8a88-21a4e78cd50d

- Prueba de anticuerpos contra los glóbulos rojos: Información en MedlinePlus sobre pruebas de laboratorio [Internet]. [citado 23 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-anticuerpos-contra-los-globulos-rojos/

- Snapshot [Internet]. [citado 23 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-anticuerpos-contra-los-globulos-rojos/

TEMA 285. HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES EN EL AMBITO SANITARIO.

MARGARITA SERRANO SUÁREZ
SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA
BEGOÑA GARCIA VELARDE

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. TIPOS DE COMUNICACIÓN EN FUNCIÓN DEL GRADO DE FORMALISMO Y DE LA DIRECCIÓN.
3. PAUTAS A SEGUIR PARA UNA BUENA COMUNICACIÓN SANITARIA.
4. BARRERAS EN LA COMUNICACIÓN.
5. BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

El ser humano es sociable por naturaleza y eso es porque podemos comunicarnos y así expresar nuestros sentimientos y emociones a otras personas. La no comunicación no existe sin embargo la incomunicación es un problema cada vez mayor que conduce a la soledad y a la deshumanización de las personas.

Un aspecto muy importante en el ejercicio de las profesiones sanitarias son las relaciones interpersonales pues durante la mayor parte de la jornada laboras interactuamos con otras personas: pacientes, usuarios, familiares, compañeros…

INTRODUCCIÓN

Podemos asegurar que entre las competencias fundamentales de todo profesional de la salud se encuentra la adecuada capacidad de comunicación en el ámbito asistencial e interprofesional, capacidad que influirá sobre la satisfacción de los profesionales de la salud, usuarios y pacientes, el cumplimiento terapéutico, la prevención de los conflictos y disminución del estrés, la calidad asistencial y la eficiencia de los recursos sanitarios.

En resumen la comunicación debe integrarse en el desempeño de nuestra profesión, sin olvidar que una comunicación de calidad no se puede improvisar, no basta solo con buena voluntad, por lo que aparte de los conocimientos teóricos se tienen que dar la presencia de habilidades y destrezas para aplicar estos conocimientos.

INTRODUCCIÓN

Hasta hace muy poco tiempo las habilidades de la comunicación no se han tenido en cuenta en los planes de estudio de los profesionales pues se consideraba que esa capacidad no se podía aprender sino que se suponía que era una cualidad que la persona poseía o no.

TIPOS DE COMUNICACIÓN EN FUNCION DEL GRADO DE FORMALISMO Y DE LA DIRECCION

CLASIFICACION

- **Comunicación formal:** La definida por la estructura de la organización.

- **Comunicación informal**: La que comprende toda aquella información no oficial entre los miembros que integran la organización fruto de las relaciones espontaneas y de la conducta natural de las personas que necesitan comunicarse transmitiéndose consejos, opiniones, chismes, etc.

TIPOS DE COMUNICACIÓN EN FUNCION DEL GRADO DE FORMALISMO Y DE LA DIRECCION

La comunicación formal se puede clasificar a su vez en:

- Comunicación vertical de corriente de información descendente que relaciona a dos o mas niveles jerárquico se realiza desde el niveles superiores a través de niveles intermedios para luego ser transmitidos a niveles inferiores.
- Comunicación vertical de corriente de información ascendente que proviene de la base de la organización y permite detectar las quejas y el nivel de satisfacción de los subordinados.
- Comunicación horizontal se realiza entre los miembros de la organización que pertenecen al mismo nivel de jerarquía y potencia la integración y la coordinación entre profesionales

PAUTAS A SEGUIR PARA UNA BUENA COMUNICACIÓN SANITARIA

Los profesionales sanitarios y no sanitarios a la hora de comunicarnos debemos con cualquier paciente o usurario debemos de seguir una serie de pautas o normas que faciliten el establecimiento de un buen proceso comunicativo y así asegurarnos de que nuestro interlocutor entiende el sentido de las informaciones que queremos hacerle llegar:

- El mensaje debe de estar correctamente estructurado.
- El mensaje debe de ser claro y conciso.
- Debemos seleccionar el momento más adecuado para iniciar la comunicación evitando situaciones que puedan entorpecer la misma.

PAUTAS A SEGUIR PARA UNA BUENA COMUNICACIÓN SANITARIA

- Debemos comunicar solo aquello que sabemos con certeza evitando dar mensajes falsos o incompletos.
- Debemos adaptar el contenido y la forma del mensaje a las características del usuario al que nos dirigimos.
- No podemos caer en contradicciones mostrándonos coherentes con nuestro lenguaje verbal y no verbal.
- Debemos prestar mucha atención al proceso de feedback pues a través de este seremos conscientes de la interpretación que nuestro interlocutor ha hecho de la información y de si su grado de comprensión es el requerido.

PAUTAS A SEGUIR PARA UNA BUENA COMUNICACIÓN SANITARIA

- Por último los profesionales del ámbito sanitario debemos tener en cuenta a la hora de comunicar que sólo una mínima parte de la comunicación es verbal incrementándose exponencialmente la importancia de la no verbal en el caso de las personas con algún tipo de disfunción física o psíquica.

BARRERAS EN LA COMUNICACIÓN

Dentro de las posibles barreras con las que podemos encontrarnos a la hora de comunicar podemos distinguir los siguientes tipos en función del:

- EL EMISOR
- EL RECEPTOR
- LA COMUNICACION

BARRERAS EN LA COMUNICACIÓN

EN EL EMISOR

- Ausencia de código común con el receptor.
- Mensajes imprecisos y poco claros.
- Incongruencia entre el lenguaje verbal y no verbal.
- Prejuicios y emociones negativas.
- Falta de empatía.

BARRERAS EN LA COMUNICACIÓN

EN EL RECEPTOR

- Percepción errónea del mensaje.
- Deformación de la información.
- Falta de atención.
- Falta de feedback.
- Falta de empatía.

BARRERAS EN LA COMUNICACIÓN

EN LA COMUNICACIÓN

- Contexto o canal inadecuados.
- Presencia de interferencias medioambientales (ruidos).
- Dimensiones físicas del lugar.

BIBLIOGRAFÍA

- **Comunicación Clínica: Roger Ruiz Moral.**
- **Comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes: Foro español de pacientes.**
- **¿Por qué la comunicación en salud es importante?: Daniel Peñafiel, Carmen Catalán, José Luis Terrón.**
- **Teoría de la Comunicación: Manuel Martín Serrano.**

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

ÍNDICE

- INTRODUCCCION
- OBJETIVO
- METODO
- RESULTADOS
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Normalmente se contrae al ingerir alimentos o agua contaminada o por el contacto directo de personas u objetos infectados. Personas que viajen a países de riesgo la mejor profilaxis , la vacunación.

OBJETIVO

Vigilar y mantener actualizada la información epidemiológica y clínica que permita identificar factores de riesgo y modo de transmisión que lleven al aumento de la incidencia de la hepatitis A.

RESULTADOS:

Niños nacidos en España de padres cuyo país presenta un elevado número de este tipo de enfermedad como los viajeros susceptibles que se desplazan a dichos países se les recomendará y o aplicará una única vacunación a diferencia de los inmuno-deprimidos que necesitarían una segunda dosis.

CONCLUSIÓN

- Es de importancia dirigirse a las unidades medicas si se viajara z paises con alta endemicidad de hepatitis A. Alli se valorara de forma individual, como: caracteristicas del viajero, duracion, motivo, destino, tambien se mirara el calendario de vacunas. Se debe mencionar si hay alguna escala en un pais diferente. El sanitario adminitrara la vacuna si procede y otras recomendaciones.
- La vacuna inactivada tiene un alto indice de seguridad y se pondra almenos dos semanas antes dl viaje para que sea efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

Articulo de revistas: Solsona L., Balanzó X. de. Prevención de enfermedades del viajero; el viajero que regresa. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 [citado 2019 Sep 28] ; 29(Suppl 1): 105-120.
Balcells M. Elvira. Viajeros a Asia. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2011 Feb [citado 2019 Sep 27] ; 28(1): 70-75.
Pagina web: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/docs/CAPITULO-9.pdf&ved=2ahUKEwjPsIGJg_LkAhU77uAKHd2LA_MQFjAJegQIAhAB&usg=AOvVaw1bmTM5DURLBmTbIPNi40Nf

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

ÍNDICE

Índice:

1.Resumen
2,Introducción
3.Objetivos
    Objetivo General
    Objetivos Específicos
4.Metodología
5.Análisis y discusión
6.Conclusión

1. RESUMEN

El Ictus es una enfermedad que se encuentra entre las tres primeras causas de fallecimiento. Existen varios factores que pueden influir en en aumentar el riesgo de sufrirlo como el colesterol, tabaquismo, hipertensión, estrés etc.
Una correcta alimentación y cuidado de la salud puede ayudar a tratar de evitarlo.
No obstante, una vez sufrido, una rápida intervención a la hora de detectarlo como luego una posterior rehabilitación adecuada influye en la calidad de vida del paciente.
Para ello el apoyo de un equipo multidisplinar de profesionales, médicos, logopedas, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeras y TCAE´s. Este último, auxiliará y será de apoyo de estos profesionales.

2. INTRODUCCIÓN

El ictus también conocido como Accidente Cerebro Vascular (ACV) es una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. (Cuídate plus). Ocurre cuando el vaso rompe o es taponado por coágulo o partícula. Por ello, el cerebro no recibe oxígeno, ni flujo de sangre y las células nerviosas no funcionan y mueren produciendo isquemia.

- De acuerdo con la Organización Colegial de Enfermería, la mujer es la “víctima” preferida del ictus.
- Los factores de riesgo son compartidos entre hombres y mujeres pero éstas, además tienen otros por su condición, relacionadas con las hormonas, embarazos, partos etc.
- Louise McCollough, profesora de Neurología y Neurociencia de la Universidad de Conneticcut, el ictus es la tercera causa de muerte entre mujeres y quinta de hombres, y peor calidad de vida tras el ictus. En España sería la primera causa para las mujeres y segunda de los hombres (Almudena Santana)

- A pesar de que se trata de controlar los factores de riesgo vascular, el aumento de la edad de la población incide en provocar ictus.
- Las causas o factores que los pueden cambiar:
- Edad: mayor de 55 corre más riesgo por década cumplida.
- Sexo: más la mujer por lo anteriormente expuesto.
- Herencia genética.

- Raza: en personas negras más muertes y personas blancas con mayor discapacidad.
- Hipertensión: el 70% de los ictus los sufren personas con tensión alta.
- Fumar, diabetes, enfermedad cardíaca, alcohol, drogas etc.
- Un buen control de los factores anteriores, pueden ayudar a coger a “tiempo” el ictus.

- Los síntomas que se pueden apreciar son:
- . Adormecimiento de la de la cara, brazo, pierna (en un lado del cuerpo).
- . Dificultad para hablar o entender.
- . Dificultad para andar, pérdida de equilibrio.
- . Dolor de cabeza etc.

- Si el ictus afecta a la parte izquierda del cerebro, se paraliza la parte derecha del cuerpo y el habla o lenguaje.
- Si afecta a la parte derecha, se paraliza la parte izquierda del cuerpo y problemas de visión.

- A pesar de la prevención, el riesgo de sufrirlo existe y una vez producido, es el momento de adoptar medidas de rehabilitación. Una buena práctica es vital para la recuperación del paciente. Para ello, deben apoyarse en los profesionales y el TCAE ha de colaborar con todos ellos. Desde el aseo al paciente, hasta luego el trabajo en el gimnasio ayudando al fisio, o al logopeda etc.

3. OBJETIVOS

Generales: Detectar el tipo de ictus y saber las actividades que se han de realizar para mejorar la calidad de vida del paciente.

Específicos: saber las tareas de cada profesional, en especial las del TCAE y ejercicios con los pacientes.

4. METODOLOGÍA

Para realizar esta publicación, se han utilizado bases de datos científicas MEDLINE, Embase y Cochrane revisiones sistemáticas y artículos de revisión sobre el modelo asistencial en la rehabilitación del ictus. Se han buscado palabras clave relacionadas con el tema y se han incluido artículos publicados en inglés y español.

5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

- Es frecuente que, tras algunos ictus importantes, el paciente deba acudir a rehabilitación, en especial si ha llegado a producirse el infarto (muerte) de alguna región del cerebro, ya que hay que conseguir en la medida de lo posible que otro área del cerebro pase a controlar las funciones que antes controlaba la zona afectada.
- Generalmente, la rehabilitación debe comenzar en cuanto el paciente está estable. Médicos, neurólogos, fisioterapeutas, rehabilitadores, logopedas y personal de enfermería forman el equipo multidisciplinar que intentará ayudar al paciente a recuperar las funciones alteradas o restablecer las funciones perdidas. Los pacientes con ictus pueden llegar a recuperar la capacidad para comunicarse, para caminar o para utilizar el brazo paralizado nuevamente gracias a una buena rehabilitación.

- Con la rehabilitación se pretende minimizar la discapacidad sufrida por el paciente, así como facilitar su reintegración social. Es un proceso que requiere la colaboración del paciente y de su familia. Es necesario hacer comprender que no se va a conseguir una recuperación íntegra. El objetivo fundamental es ayudar al paciente a adaptarse a sus limitaciones, ya que en la mayoría de los casos, la lesión neurológica se recupera en todo o en parte espontáneamente en un período de tiempo variable o no se recupera nunca; todo depende de la gravedad del ictus.

- La recuperación funcional es mayor en el primer mes, se mantiene hasta el tercer mes, es menor entre el tercer y sexto mes y experimenta cambios progresivamente menores entre el sexto y decimosegundo mes.

- Generalmente, se establece que a partir del 6º mes se produce la estabilización . El lenguaje y el equilibrio pueden seguir mejorando hasta transcurridos 2 años.
  La valoración de los déficits de la comunicación la realiza el foniatra, quien se encarga de programar el tratamiento adecuado a cada caso.
- Los programas de rehabilitación consisten fundamentalmente en la aplicación de determinadas técnicas de terapia física, terapia ocupacional y de logopedia, según el tipo y grado de discapacidad, que se pueden utilizar aisladamente o en combinación (técnicas convencionales, técnicas de facilitación neuromuscular, técnicas de biofeedback, etc.).

- La rehabilitación será integral, tanto física como neuronal y el TCAE debe colaborar junto con enfermería en poner en práctica lo prescrito por fisioterapeutas, neurólogos, logopedas etc.
- La rehabilitación se divide, atendiendo al momento en que haya sucedido el ictus en dos etapa:

- Fase aguda: Cuidados posturales.
  Movilizaciones pasivas de los miembros afectados e instrucción de movilización autopasiva (realizada por el propio paciente con ayuda del lado sano).
  Fisioterapia respiratoria, drenajes posturales.
  Estimulación propioceptiva y sensorial del hemicuerpo afecto.
  Iniciar la sedestación lo más precozmente posible (48– 72 horas después del ACVA) con miembro superior en cabestrillo mientras esté flácido

- Fase subaguda y crónica: Primero intentar conseguir el equilibrio sentado.
  Adaptación progresiva a la verticalidad.
  Ejercicios activos de aquellos grupos musculares con movimientos voluntarios.
  Empleo de técnicas de estimulación neuromuscular propioceptiva.
  Inhibición de la espasticidad mediante técnicas de relajación movilizaciones articulares, calor – frío, etc.
  Reeducación de la marcha: en paralelas con asistencia de fisioterapeuta y TCAE, con bastón por terrenos irregulares e independientemente según sean las capacidades de cada paciente.

- Tareas auxiliar en rehabilitación:
- El TCAE desde el aseo en planta hasta la rehabilitación en sí, son múltiples las funciones que ha de realizar para asistir al fisioterapeuta o médico rehabilitador.
- La principal, facilitar todas las tareas del fisio o doctor.
- . Recibir al paciente y resolver dudas.
- . Limpieza y control del equipamiento para no quedarse sin stock. Mantener en buenas condiciones la sala o gimnasio y ordenando el material necesario para el tratamiento.

- . Enseñar a los pacientes a realizar los ejercicios de rehabilitación, indicados por el fisio. . Manejar el material como sillas de ruedas o muletas de forma propicia para el enfermo.
- . Ayudar en aplicar tratamiento mediante ejercicios, masajes, gimnasia, hidroterapia, aplicación de calor y hielo.
- . Bajo supervisión del fisio, guiar al enfermo en los programas de ejercitación básicos. . . Vigilarlos y motivarlos.
- . Registrar e informar al fisio de cualquier mejora o anomalía que surja.
-

- Al ser una rehabilitación integral, el TCAE a parte de proporcionar soporte a la parte física, también colabora con los profesionales de terapia ocupacional y logopedia.
- Los ejercicios de rehabilitación cognitiva después de un ictus son vitales en el proceso de recuperación. Para ello, se le van a proponer una serie de actividades al paciente en las que el TCAE auxilia siguiendo las pautas de neurología y terapia ocupacional.

- Enfocado a la orientación espacial: relacionar diversos objetos con los lugares donde se obtienen y los profesionales que se encargan de ello.
- Está diseñada para trabajar la recuperación de la atención sostenida y la atención selectiva: ordenar una estantería copiando un modelo.
- Para trabajar la atención y la memoria semántica: seleccionar elementos de una categoría (ejemplo: distintos objetos, seleccionar los que son utensilios de cocina).

- Trabajar la memoria episódica, la atención selectiva y la memoria de trabajo. Ejemplo: emparejar cartas.
- Enfocado a la expresión, la comprensión, la memoria de trabajo y la planificación: Ordenar palabras para luego formar una frase coherente.

- También se colabora con el terapeuta ocupacional, para mejorar la coordinación y destreza manual, procurando la independencia en actividades de la vida diaria básicas (vestido, aseo, comida), información sobre adaptaciones domiciliarias, enseñar a los familiares etc.

6. CONCLUSIÓN

- El personal TCAE, forma parte de un equipo multidisplinar y realiza su trabajo en coordinación y bajo la supervisión de las enfermería, de acuerdo a los arts, 74-84 del ***Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de la Seguridad Social***. La relación del TCAE, así como del resto de personal sanitario y los pacientes es uno de los aspectos más significativos dentro del ejercicio de la profesión. Un buen desempeño de las tareas, bajo la supervisión y relación con enfermería y resto de profesionales (neurólogos, fisioterapeutas, logopedas, foniatras, terapeutas etc) ayuda a la potencial mejoría del paciente con ictus.

BIBLIOGRAFÍA

lLibros: *Cheryl Bushnell, MD, MHS; and Louise McCullough, MD, PhD*

Stroke Prevention in Women: Synopsis of the 2014 AHA/ASA Guideline

Servicio de Rehabilitación, Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física

Rehabilitación de pacientes en el ictus: pautas de ejercicios y entrenamientos para optimizar las habilidades motoras. Janet Carr &Roberta Shepherd.

Pagina web: **Web de Revista de Neurología**: http://www.revneurol.com/.

Publicación:Rehabilitación del ictus mediante realidad virtual M. Bayón[??], J. Martínez

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España

TEMA 288. IMPORTANCIA DE LAS RADIOGRAFÍAS DENTALES

SILVIA ZAPICO GUTIÉRREZ

PABLO RODRÍGUEZ NEIRA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- TIPOS DE RADIOGRAFÍAS.
- FUNCIONES DE LAS RADIOGRAFÍAS.
- CONCLUSIÓN.
- BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

Las radiografías orales son herramientas de diagnóstico esenciales que nos van a proporcionar información muy valiosa sobre lo que no se puede ver en un examen visual convencional. De esta manera, se pueden detectar enfermedades dentales incipientes y determinar si es necesario aplicar un determinado tratamiento.

El descubrimiento de los rayos X en 1895 por el Prof. W.C.Röentgen, le hizo acreedor al primer premio Nobel de física en 1901. Röentgen reconoció inmediatamente el potencial diagnóstico de la aplicación médica de su nueva "luz X" y realizó la primera radiografía que obtuvo de la mano de su mujer.

Este descubrimiento también fue aplicado al campo de actuación odontoestomatológico, así,la primera radiografía de un maxilar utilizando una proyección extraoral fue realizada por el médico alemán Otto Walkhoff y wosteriormente el primero en efectua una radiografía intraoral fue Edmund Kells, al que se le considera el padre de la radiología odontológica por todas sus aportaciones.

Las radiografías, como apuntábamos, detectan patologías, lesiones y otros problemas de la boca, como una posición inadecuada de piezas dentales, por ejemplo, que no son apreciables para el ojo humano. Para ello se valen de los rayos X, que tienen la capacidad de penetrar en el cuerpo y tomar imágenes detalladas de cada milímetro del organismo.

TIPOS DE RADIOGRAFÍAS ORALES

La clasificación más lógica y másutilizada en el campo odontológico, está basada en el lugar de la colocación de las películas radiográficas o sensores digitales de captación (radiografía digital) y así, tenemos las radiografías intraorales y las radiografías extraorales.

Algunas de ellas son:

- Interproximales. Muestran las porciones de la corona de los dientes superiores e inferiores juntos cuando el paciente muerde una tira pequeña de papel.

- Periapicales. Muestran 1 o 2 dientes completos desde la corona hasta la raíz.

- Palatales (también llamadas oclusivas). Capturan todos los dientes superiores e inferiores juntos en una sola toma mientras la película permanece en la superficie de mordida de los dientes.

- Panorámicas. Requieren una máquina especial que rota alrededor de la cabeza. La radiografía captura los maxilares y los dientes completos en una sola toma. Se utiliza para planear un tratamiento para implantes dentales, verificar si hay muelas de juicio impactadas y detectar problemas mandibulares. Una radiografía panorámica no es el mejor método para detectar caries, a menos que estén muy profundas y avanzadas.

- Cefalométricas. Muestra una vista lateral de la cara que representa la relación de la mandíbula para cada lado así como para el resto de las estructuras. Es útil para diagnosticar cualquier problema en las vías.

FUNCIONES DE LAS RADIOGRAFÍAS

Algunas de las ‘labores’ más importantes que realizan las radiografías en las clínicas dentales:

- Confirmar si la posición de las piezas dentales es la adecuada, y conocer si existen piezas dentales que aún no han erupcionado, como, por ejemplo, las conocidas como muelas del juicio.
- Si existe una rotura u otra lesión de mandíbula.
- Detectar abscesos dentales y tumores bucales
- Ver posibles problemas óseos y diagnosticar caries
- Percibir defectos en oclusión dental

Destaca el equipo de Radiología TAC con escáner 3D, que permite mejorar el diagnóstico y la eficacia de los tratamientos. Una tecnología imprescindible para la colocación de implantes dentales.

CONCLUSIÓN

El método auxiliar de diagnóstico mediante imagen es fundamental para poder realizar un correcto diagnóstico de nuestros pacientes permitiéndonos elaborar un plan de tratamiento adecuadocon el fin de conseguir los mejores resultados estéticos y funcionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Bumann Axel.; Lotzmann Ulrico.: Atlas de diagnóstico funcional y principios terapéuticos en odontología. Ed Masson 2000.

- International Commission on Radiological Protection (2009). Adult reference computational phantoms. ICRP Publ 110. 2009

- Del Rio Highsmith J.: Odontología Integrada de Adultos. Ed. Pues SL. 1999.

TEMA 289. INTERVENCIÓN COMUNITARIA: ATENCIÓN A FAMILIAS CON MIEMBROS DROGODEPENDIENTES EN EL DISTRITO V DE HUELVA CAPITAL

CARMEN PILAR QUEVEDO DOMÍNGUEZ

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN.
2. OBJETIVOS.
3. POBLACIÓN DESTINATARIA DE LA POBLACIÓN.
4. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES PREVISTAS.
5. TEMPORALIZACIÓN, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS EJECUTORES.
6. RECURSOS NECESARIOS.
7. ANEXOS.
8. BIBLIOGRAFÍA

1. JUSTIFICACIÓN

El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, es el principal problema para la salud pública en los países desarrollados, causando cada año más muertes, enfermedades y discapacidades que cualquier otra causa susceptible de ser prevenida. Es conveniente indicar que cuando hablamos de drogas, entendemos la definición clásica de la OMS: “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” (Kramer y Cameron, 1975) y por droga de abuso “cualquier sustancia, tomada por cualquier vía de administración, que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral” (Schuckit, 1989).

Según esta definición de drogas, la juventud, hoy en día, se enfrenta a múltiples riesgos relacionados con esta problemática, incluyendo dentro de ellos, la violencia y las enfermedades infecciosas, enfatizando en aquellas cuya trasmisión es de vía sexual.

La drogodependencia es una complicación que surge cuando las personas no controlan el uso de dichas drogas y su consumo se convierte en un hábito que es necesario para la normalidad de su vida cotidiana, afectando tanto a las personas que lo sufren como a los familiares y a la sociedad que les rodea. Esto se debe a que las relaciones parecen haberse flexibilizado en los últimos años, dando formas de relación más igualitarias y una mayor permisividad social, facilitando de esta manera la amplitud del perfil del consumidor a clases sociales más acomodadas y la expansión de un pensamiento de novedad y moda en la población juvenil.

Esto provoca que la situación actual del consumo de drogas en nuestro país sea muy distinta a la de hace unos años, ya que se han producido cambios en nuestra sociedad, así como en el tipo de drogas consumidas y la forma de hacerlo.

La aparición de este consumo está asociada a numerosos factores de riesgo, siendo actualmente el más característico la crisis económica que sufre nuestro país y el aumento del paro, que provoca un sentimiento de desesperanza en ciertas clases sociales por la falta de trabajo, la dificultad para encontrarlo, la seguridad de si lo mantendrán o no o las malas condiciones del mismo, que hacen que, especialmente los jóvenes, vean su futuro de manera turbia, perdiendo la motivación. Éstos facilitan la accesibilidad y la administración de estos productos y la abundancia de los mismos, complicando de esta manera las posibles líneas de actuación para erradicar esta práctica de consumo.

Es importante mencionar que dentro del consumo de estas sustancia tóxicas, destacan aquellas que son de administración legal, predominando el tabaco y el alcohol, seguido a cierta distancia del hachís. Así, en los últimos datos disponibles sobre los consumos en España a través de las diferentes encuestas domiciliarias y escolares relacionadas con el consumo de drogas, se ha calculado que aproximadamente un 7,6% (2,9 millones de españoles) es consumidor excesivo de alcohol, siendo el 4% de éstos dependientes de esta sustancia. Respecto al tabaco, lo más característico que hemos podido extraer de todos los datos recolectados en estas encuestas es que produce la muerte prematura de 46.000 personas españolas cada año.

El problema social de drogadicción más importante que observa la población se relaciona básicamente con la heroína, encontrándose en tratamiento actualmente en torno a 100.000 heroinómanos, de los que aproximadamente la mitad se encuentran en tratamiento con metadona. También se ha extraído datos que nos indican que, en los últimos años, se han incrementado en un grado acusado el consumo de cannabis y nuevas drogas de síntesis. De esta manera, en modo de resumen, podemos definir claramente que el coste económico, personal y social que producen estas drogas es enorme.

Todos estos datos van acompañados de diversos estudios realizados durante las dos últimas décadas, los cuales, han intentado determinar el origen y la trayectoria del uso de todas estas sustancias, existiendo una diferencia notoria entre ciertos factores predisponentes que diferencian a aquellas personas que usan drogas de las que no las usan.

Resulta obvio afirmar que la familia constituye la primera instancia de socialización y la institución que globalmente tiene más influencia en la formación y desarrollo de los niños y los jóvenes, siendo un seno donde éstos, a través del aprendizaje y de la observación de las acciones de los padres y adultos que les rodean, se van capacitando para vivir en sociedad y para afrontar de manera adecuada las nuevas situaciones que se les presentará a lo largo de su vida. Por lo tanto, uno de los riesgos más destacables, junto con la problemática del paro, es el entorno donde se desarrollan estas personas drogodependientes y los valores familiares, aunque no tienepor qué ser esto un factor universal. Por lo tanto, esta información nos orienta a que el abuso repetitivo de drogas tiene consecuencias directas y graves en los hogares, escuelas y comunidades en nuestro país y que existen ciertas zonas con más porcentaje de drogodependientes por sus características socio-económicas y su nivel cultural.

Frente a los problemas de drogodependencia, la mayoría de las familias que tienen algún miembro de la misma con este tipo de problema, no saben cómo actuar y afrontar la situación. A veces, dependiendo de la actitud de la persona con tal hábito, se vive un miedo paralizante, junto con la alarma de descubrimiento del consumo de drogas, que provoca la aparición de una percepción de peligro que, con frecuencia, hace que se aplace las posibles actuaciones frente a esta problemática por la negación o la minimización de la gravedad de la misma. En otras ocasiones, la familia convierte su alarma en una auténtica tragedia, dramatizando en extremo el posible consumo, culpabilizando al consumidor, buscando algún centro para internarlo y así se produzca la "solución" de forma rápida. Es frecuente en estos casos acudir a Centros Especializados delegando el tratamiento en estos especialistas, en la creencia de que como si de una enfermedad común se tratara con algunos medicamentos y el internamiento pudiera solucionar el problema.

En general, el consumidor abusivo de drogas está muy relacionado con situaciones conflictivas o dificultades de la vida cotidiana, tanto personales como relacionales, con insatisfacciones o dificultades de comunicación con el medio social con el que se desenvuelve normalmente, y con sentimientos negativos y de frustración. Como ya sabemos, el ámbito más cercano de estas personas es su familia.

Cuando la situación no es controlada por ambas partes, es muy común la aparición de tensiones en la convivencia, provocando, en la mayoría de los casos, conductas agresivas por parte del consumidor y un gasto importante de dinero con el objetivo de adquirir de manera desesperada más drogas, aunque eso conlleve la pérdida de ahorros o perjudicar económicamente a otros miembros de la familia.

De esta forma, las personas drogodependientes necesitan, de manera parasitaria, convivir con algún familiar, provocando la aparición de ciertas necesidades y problemas, mayoritariamente psicológicos, en su entorno. Centrándonos en esto último, llegamos a la conclusión de que hay una serie de variables que predominan en todas las familias con problemas de drogodependencias en uno o varios de sus miembros, como es la soledad o la impotencia que sienten para afrontar la situación. Otro factor detectado, y que han evidenciado la necesidad de creación de Programas de Intervención Familiar, es el envejecimiento de la población drogodependiente a los largo de los años.

Desde nuestra experiencia, podemos afirmar que cuando uno de los miembros de una unidad familiar comienza a tener problemas adictivos, la familia se ve desbordada, creando una situación de crisis en el seno de la familia que hace necesaria una atención interdisciplinar para que se pueda aceptar el problema, evitar la debilitación de las relaciones y, mediante el apoyo emocional, encontrar una salida válida para ésta.

No obstante, el nivel de desarrollo y de implantación de las intervenciones familiares para la prevención del consumo de drogas no ha ido en consonancia con los criterios establecidos en el ámbito escolar y comunitario, por lo tanto, como intervención multisectorial, deberemos abarcar todos estos ámbitos e incluirlos dentro de nuestro plan.

Tras un intenso estudio de todo este marco teórico dentro de la localidad de Huelva capital, observamos un alto grado de consumo dentro de la zona denominada Distrito V, por lo cual, una de las necesidades detectadas y que hemos priorizado entre todas las existentes es la Atención a las familias con uno o varios miembros drogodependientes.

La elección de los familiares de esta zona para la realización de dicha intervención comunitaria, tiene como objetivo ayudar y apoyar a las familias afectadas de este distrito para capacitarlas a afrontar el problema ampliando su visión y conocimientos sobre este tema y enseñarles a utilizar, de una forma más útil, los recursos que les rodean. Así, buscamos solucionar los conflictos y problemas familiares, favoreciendo los cambios conductuales necesarios en todos los miembros del sistema familiar.

2. OBJETIVOS

Basándonos en las necesidades extraídas de la comunidad descrita, nos hemos propuesto alcanzar los siguientes objetivos:

- **Fomentar el encuentro entre familiares de adictos y potenciar el concepto de autoayuda:**

- Favoreciendo el intercambio de experiencias y soluciones para que sean los propios participantes quienes obren de terapeutas los unos de los otros, aportándose información significativa tanto vivencial como acerca de las posibles formas de enfrentarse a las respectivas problemáticas.
- Aprendiendo y poniendo en práctica aquellas pautas de comunicación más adecuadas que fomenten la aparición de cambios en la interacción familiar.

- Creando un espacio terapéutico propio para familiares y un grupo de referencia que frene el proceso de despersonalización familiar.

- **Posibilitar una redefinición del problema que permita avanzar hacia la eficaz solución del mismo mediante la colaboración activa de la familia:**

- Proporcionando a los familiares información básica para ayudarles a comprender los fenómenos generales que acompañan al proceso adictivo.
- Logrando que las familias no vivan el problema de la adicción como algo único y exclusivamente suyo.
- Reestableciendo los roles dentro de la jerarquía familiar y buscar una línea de actuación común del problema.
- Ayudándoles a modificar los esquemas relacionales que puedan estar favoreciendo el mantenimiento de la conducta adictiva.

- **Aumentar la autoestima de los miembros familiares afectados y proporcionarles medios y recursos a los cuáles puedan acceder fácilmente:**

- Utilizando técnicas psicoterapéuticas para elevar el bienestar mental y emocional.
- Llevando a cabo actividades de ocio y tiempo libre.
- Fomentando la creación de lazos de amistad entre los participantes.

3. POBLACIÓN DESTINATARIA DE LA INTERVENCIÓN

La zona que hemos seleccionado para llevar a cabo nuestra intervención comunitaria es el Distrito V, la cual forma parte de la capital provincial de Huelva. Ésta está compuesta por siete barriadas: Barriada Alcalde Diego Sayago (El Torrejón), Príncipe Felipe, Santa María del Pilar, Jardines de la Sierra, Verdeluz, Hispanidad y Pasaje El Greco (Antiguo Licilío de la Fuente). Dicho Distrito, se encuentra situado en la periferia de la ciudad. Cuenta con una población aproximada de 20.000 habitantes, divididos en los siete barrios nombrados anteriormente, con diferentes características, aunque en todos ellos, una parte importante de su población se encuentra inmersa en problemas de riesgo o en proceso de exclusión social.

Los indicadores que hacen que el Distrito V se considere una zona con necesidad de transformación social son los siguientes:

- Con relación a la **población**, decir que es una de las zonas más pobladas de Huelva, siendo la barriada Alcalde Diego Sayago y Príncipe Felipe, las que cuentan con una mayor población, siendo un 30% de ella de etnia gitana; seguida por la barriada de la Hispanidad. Últimamente, hemos observado un aumento notable de población en las barriadas Jardines de la Sierra y Santa María del Pilar, gracias a las nuevas edificaciones en la zona.

- Centrándonos en la **vivienda y en el contexto urbano**, observamos que es una zona desconectada con la ciudad por barreras como las propias arterias de circulación vial, zonas degradadas que cortan la comunicación y el uso peatonal. Además de ello, cuenta con una escasez de zonas verdes y de esparcimientos con un bajo mantenimiento de éstas y del mobiliario urbano. Concretamente, en la barriada de Alcalde Diego Sayago, existen defectos en las construcciones y abastecimientos de aguas, además de una excesiva concentración de viviendas sociales con ausencia de escrituración de propiedad, problema que se empezó a tratar y que actualmente está estancado. Respecto al contexto urbano, hay una falta de relación centro-periferia, en el intercambio de la oferta y la demanda de ocio y esparcimiento, y exceso de disponibilidad de tiempo libre de determinados colectivos como consecuencia de su inactividad o desempleo.

- Respecto al **nivel educativo** de esta población, de forma general, cuentan con un nivel de instrucción muy bajo, existiendo abandonos precoces en el sistema educativo, bajas tasas de escolarización en los niveles no obligatorios, alto fracaso escolar y una gran desmotivación. Esta problemática se acentúa más, en el Torrejón, Príncipe Felipe y la Hispanidad. Otras dificultades de la zona, son la alta tasa de desempleo en general, siendo la tasa de actividad más elevada entre los 25-44 años y la incorporación temprana de los jóvenes al mercado laboral, conllevando esto un abandono temprano de la formación.

- En **materia de Salud**, el Distrito V presenta una significativa población menor de 16 años, un envejecimiento de la población de la Hispanidad y una elevada presencia de enfermedades infectocontagiosas con mucha incidencia social (tuberculosis, SIDA). Los principales problemas tratados desde la Unidad de Gestión Clínica, son el alcoholismo y los hábitos adictivos. Por otro lado, existe un elevado número de discapacidades y enfermedades crónicas, así como trastornos físicos en la población infantil como: anomalías en la vista, obesidad infantil, desvío de columna, etc. También cuentan con una baja calidad higiénica y saludable.

En modo de conclusión, este distrito goza de una mala reputación de cara al resto de la población onubense, ya que desde sus inicios se ha caracterizado por ser un barrio muy conflictivo socialmente y esto se refleja en la inseguridad, el deterioro de las construcciones y del distrito en general.

Tras la descripción de la zona denominada Distrito V y comprender las características y los recursos con los que cuenta, procedemos a la descripción de la población a la cual vamos a destinar nuestro proyecto comunitario:

- Familias que viven y/o trabajan dentro de la zona descrita, que, dentro de su seno familiar, existe uno o varios miembros con problemas de drogodependencia.

- Familias en las cuales se han detectado situaciones de violencia y/o problemas socio-económicos, teniendo como causa directa, las complicaciones causadas por la adicción a las drogas de uno o varios de sus componentes.
- Familias monoparentales con hijos/as, tanto mayores como menores de edad, en situación de dificultad o riesgo social a causa de tales adicciones.

- Familias afectadas por una crisis relacional en las que los padres y madres demandan ayuda ante la presencia de conductas violentas/antisociales en adolescentes con una fuerte sospecha de que la etiología principal es el consumo de drogas.
- Familias cuyos miembros padecen de problemas psicológicos (baja autoestima, frustración, etc.) a causa de la presencia de drogodependencia dentro del núcleo familiar, unido a la incapacidad de afrontar la situación.

4. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES PREVISTAS

Este trabajo presenta una propuesta de cuatro fases secuenciales para llevar a cabo una intervención comunitaria, con el uso continuo de metodologías cualitativas y cuantitativas, buscando con ello la participación activa del grupo específico con el cual vamos a tratar.

4.1. Metodología y montaje institucional del proyecto.

Partiendo de la necesidad comunitaria “Atención a las familias con uno o varios miembros drogodependientes” hemos decidido realizar la metodología del Ciclo de APOC porque es un modelo de orientación comunitaria de los servicios de atención primaria que busca la mejora de la salud de una comunidad definida, basada en la identificación de las necesidades de salud y las acciones de atención correspondientes, con la participación de la comunidad y con la coordinación de todos los servicios implicados en salud o en sus determinantes.

Por ello, se ha formado un **equipo promotor**, originario de la Unidad de Gestión Clínica de la Barriada Alcalde Diego Sayago, que comenzó conformado por tres enfermeros y un trabajador social. Éstos, asumieron la labor de difundir, promover e informar a otros sectores relacionados con este tema. A partir de esta actuación, se consiguió llamar la atención y la colaboración de las siguientes organizaciones y sectores relacionados con el tema de la drogodependencia: el Servicio Provincial de drogodependencia y adicciones de Huelva, la Asociación de drogodependientes de la Barriada Alcalde Diego Sayago, las diferentes asociaciones de vecinos de las barriadas que componen el Distrito V, la oficina provincial de Cruz Roja localizada en el municipio de Huelva capital, el Centro para el estudio y tratamiento de las adicciones en la familia "Estuario" y la Diputación Provincial de Huelva (más en concreto de las áreas de cooperación al desarrollo local y de bienestar social).

Tras esto, se realizó un intenso esfuerzo por conseguir información más detallada del grupo poblacional al cual irá dirigido dicho proyecto y se evaluaron los servicios y recursos de los que contaba este grupo poblacional. Posteriormente, se organizó una asamblea para establecer las funciones de cada uno de ellos y poder consensuar los objetivos comunes de cada sector, organización y asociación que forman parte del equipo promotor. De esta manera, se creó un grupo de intervención y se planificaron y organizaron las actividades que se van a realizar posteriormente.

Tras esto, se procedió a informar y discutir con la familia y sus representantes el proyecto de análisis de situación. Para ello, se difundió la intención de realizar una intervención en las diferentes unidades de gestión clínica de cada zona que compone el distrito V y se buscó a uno o varios líderes de este grupo en concreto para que esta información llegase al máximo número de personas que fuese posible. Una vez difundida la información y evaluando la respuesta poblacional, se estimó que, aproximadamente, asistirán a las actividades quince familias de toda la barriada, cuyos miembros no excederán de tres.

4.2. Diagnóstico de necesidades.

Para llevarlo a cabo, primero hemos utilizado un enfoque cuantitativo con el cual hemos recogido diversos indicadores de salud que nos han proporcionado datos objetivos de esta población. Después, hemos procedido a realizar un enfoque cualitativo a través de informadores clave, con el objetivo de obtener información sobre los problemas existentes en dicho grupo y priorizarlos. Para ello, llevamos a cabo una entrevista (anexo 1) a catorce informadores que hemos escogido por su contacto con la comunidad y su conocimiento relacionado la problemática de estos grupos y que estaban repartidos en las diferentes barriadas que componen este distrito, entre ellos encontramos:

- Un representante de las asociaciones de vecinos de cada zona.
- Dos trabajadores sociales.
- Un psicólogo.
- Tres enfermeros.
- Un médico especializado en atención familiar.

Con el tratamiento y análisis de los resultados de la entrevista anterior, hemos realizado un informe final donde se muestran las necesidades más evidentes. Con este informe final, organizamos una asamblea para comunicar los resultados que hemos recogido y priorizarlos mediante el método de asignación directa. Del consenso entre los diferentes colaboradores, elaboramos una lista de necesidades que destacan en el grupo con el cual queremos trabajar.

Posteriormente, con la intención de priorizar aún más esta lista de necesidades, que todavía sigue siendo extensa, decidimos realizar la técnica Brainwriting en representantes del grupo poblacional con el que pretendemos intervenir, citados en la Unidad de Gestión Clínica de la Barriada Alcalde Diego Sayago.

Tras las ideas aportadas por los participantes y la exposición de la lista, que habíamos confeccionado anteriormente, por parte del moderador, conseguimos obtener una lista definitiva, la cual, se ha priorizado también por asignación directa como en la técnica anterior, siguiendo este orden:

1. Dificultades de adaptación a las demandas generadas por la situación.
2. Dificultades derivadas de la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas.
3. Dificultades derivadas de la necesidad de reorganización de roles.
4. Dificultades para mantener la autonomía e independencia de los miembros de la familia.

5. Sobrecarga emocional, física y/o económica.
6. Alteraciones en la esfera emocional, física y/o social, incluyendo sintomatologías ansioso-depresivas, labilidad emocional, somatizaciones, dificultades de sueño y de alimentación, restricción de actividades y contactos sociales.

4.3. Planificación de las actividades y financiación.

Las actividades, que a continuación desarrollamos, serán impartidas por tres enfermeros y un trabajador social, los cuales también forman parte del equipo promotor anteriormente descrito, y se llevarán a cabo en dos centros clave: Unidad de Gestión Clínica de la Barriada Alcalde Diego Sayago, por su amplitud y cercanía respecto a las otras barriadas, y el Polideportivo Municipal Diego Lobato, situado en La Orden.

Los talleres que vamos a realizar son:

- ***Taller de Educación para la Salud sobre conceptos básicos de drogodependencia:*** Con esta sesión intentaremos que los familiares tengas una visión general del tema y así comprendan mejor las acciones del o de los miembros afectados de su entorno.

- ***Talleres de risoterapia:*** La risoterapia es una técnica psicoterapéutica con la que se pretende conseguir beneficios mentales y emocionales por medio de la risa. El primer paso es una breve introducción a la risoterapia, desde el conocimiento hasta lo más importante: lo que nos va a aportar y los beneficios que tiene. A continuación, realizaremos una preparación físico-mental, a través de estiramientos musculares y se procederá a las actividades propias de esta técnica. Por último, llevaremos a cabo una evaluación individual, donde cada participante comenta sus experiencias vividas durante la sesión. Es importante practicarlo en grupo. Ayuda a desdramatizar las situaciones de la vida, desarrollando un espíritu competitivo y optimista. Se obtendrá una mejor visión de sí mismos, de su entorno y de sus posibilidades.

- ***Dinámica "el circulo":*** Consiste en que una persona se coloque en el medio de la sala y el resto le rodee. Esa persona debe de decirle a los demás las cualidades que cree que tiene y explicar las barreras que piensa que existen actualmente en su vida y que le impiden ser feliz. Con esta dinámica queremos conseguir que la persona, de manera individual, vea por sí misma sus aspectos positivos y, de esta manera, ayudarle a que aprenda a usar esto en los momentos en los que se encuentre más decaído, así como aprender de las experiencias del resto de los participantes.

- ***Búsqueda de la asertividad:*** En este taller realizaremos una dramatización entre los participantes sobre situaciones violentas controladas que se grabarán en vídeo para, posteriormente mostrárselo y que ellos identifiquen su forma de reaccionar. Tras esto, procederemos a realizar una exposición sobre los diferentes tipos de respuesta existentes para ayudarles a reflexionar sobre si sus acciones son correctas o no. Para finalizar, se llevará a cabo un debate donde se consensuará los procedimientos más idóneos. El objetivo final de esta dinámica es que ellos aprendan a actuar correctamente y de la forma más asertiva posible antes estas situaciones.

- ***Experiencias vividas:*** Esta dinámica se desarrollará mediante la verbalización de una experiencia personal de dos familias que ha superado esta problemática gracias al tratamiento terapéutico y al apoyo familiar. De esta manera, buscamos la motivación por parte de los participantes para intentar mejorar su vida cotidiana ayudando al miembro familiar afectado por la drogodependencia y que no pierdan la esperanza de alcanzar la felicidad familiar.
- ***Excursión senderista:*** "Visita turística Marismas del Odiel": En esta actividad, citaremos a los participantes en la Unidad de Gestión Clínica de la Barriada Alcalde Diego Sayago donde un autobús les estará esperando, para realizar una visita a las Marismas del Odiel. Nuestro objetivo con esta salida es fomentar las relaciones entre los participantes y ayudarles, mediante la naturaleza, a liberar las tensiones y preocupaciones que tengan en su vida.

Tras haber detectado las necesidades dentro del grupo de intervención y planificado las actividades que vamos a llevar a cabo, solicitaremos la financiación del proyecto a la Junta de Andalucía y al Ayuntamiento de Huelva.

4.4. Evaluación de la intervención.

Un punto imprescindible en nuestra intervención comunitaria es la realización de una evaluación, la cual llevaremos a cabo desde el inicio de ésta, para recoger información a lo largo de todo el proceso respecto al cumplimiento de los objetivos marcados y así, detectar los puntos más débiles y poder mejorarlos en las posteriores intervenciones. Para ello, tendremos en cuenta la satisfacción de los participantes y el impacto que genera la intervención en la salud del grupo.

La evaluación en sí, constará de dos fases: la fase prospectiva, la cual iremos realizando a lo largo de toda la intervención y la fase de implementación, que se ejecutará una vez finalizada la intervención. La evaluación final, se pondrá en marcha en la última sesión a través de un cuestionario individual de satisfacción (anexo 2) y un coloquio oral, en el cual, los participantes expresarán su opinión respecto a la experiencia vivida, como ello ha influido en su vida cotidiana y en su salud y podrán proponer nuevas líneas de mejoras. De esta manera, buscamos la inclusión en nuestra evaluación de aquellas personas analfabetas o con un nivel bajo educativo, con el objetivo de que ésta sea lo más completa posible.

5. TEMPORALIZACIÓN, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS EJECUTORES

En el siguiente cuadro (anexo 3), especificamos el lugar, la duración y los diferentes ejecutores dependiendo del taller que se vaya a realizar. A continuación, de manera esquemática (anexo 4), indicamos en más profundidad los días específicos en los cuales se realizarán cada sesión, la duración de las mismas y qué se va a trabajar en cada una de ellas.

6. RECURSOS NECESARIOS

Para llevar a cabo todas las sesiones descritas anteriormente necesitaremos los siguientes recursos:

Recursos humanos:

- Tres enfermeros.
- Un trabajador social.
- Dos familias que hayan pasado por una situación de estas características, es decir, familias en las que uno o varios de sus miembros hayan sido consumidores de drogas y/o alcohol, lo cual haya producido enfrentamientos y problemas en el núcleo familiar, pero que actualmente esté solucionado.
- Dos monitores para la visita turística “Marismas del Odiel”.

Recursos materiales:

- Clase acondicionada para realizar las sesiones. Concretamente necesitamos dos salas específicas, una de ellas en la Unidad de Gestión Clínica de la barriada del "Torrejón" y otra en el Polideportivo Municipal Diego Lobato, para poder contar con el material existente en dicho lugar como pueden ser: pelotas de goma, colchonetas, etc.
- Cámara de vídeo, equipo de música, proyector y ordenador, para las sesiones de EPS y las dinámicas "Talleres de EPS", "Búsqueda de la asertividad" y "Talleres de Risoterapia".
- Materiales didácticos: globos, cartulinas y folios, rotuladores, pintura de cara, sillas, mesas, cojines, pañuelos, antifaces, cintas de colores, cuerdas, abanicos y telas de diferentes tamaños destinados su gran mayoría para las actividades de "Búsqueda de la asertividad" y "Talleres de Risoterapia".

- Autobús para la realización de la sesión “Visita turística a marismas de Odiel”.

Recursos financieros:

- Para financiar esta intervención, aproximadamente necesitaríamos un presupuesto de 4.310 €, los cuales desglosamos a continuación:

1. Sueldos enfermeros: Enfermero 1 y 2: 400€ cada uno. Enfermero 3 y trabajador social: 550 € cada uno.
2. Gastos por la adquisición del polideportivo y materiales: 500 €.
3. Materiales didácticos; como globos y cartulinas: 1000 €.
4. Cámara de vídeo: 400€.
5. Excursión senderista: “Visita turística Marismas del Odiel”:360 €.
6. Alquiler de autobús para desplazamiento: 150 €.

7. ANEXOS

Anexo 1: Entrevista a informadores clave.

ENTREVISTA
1. ¿Tienen apoyo emocional los familiares con uno o varios miembros drogodependientes?
2. ¿Disponen de recursos humanos para sobrellevar dicha situación? En caso afirmativo, ¿cree usted que conocen la forma adecuada para utilizarlos?
3. ¿Qué sentimientos suelen ustedes observar en este grupo más frecuentemente?
4. ¿Se observa interés, por parte de estas personas, de mejorar o cambiar su situación actual?
5. ¿Existen casos de agresividad o maltrato doméstico en estas familias? ¿Saben actuar frente a estos casos o tienen el valor para ello?
6. ¿Cree que existe rechazo a aceptar esta situación por los estereotipos sociales predominantes hoy en día en nuestro país?

Anexo 2: Cuestionario de satisfacción.

1. En conjunto, ¿cuál es su grado de satisfacción respecto a esta intervención?

a. Muy satisfecho.
b. Algo satisfecho.
c. Poco insatisfecho.
d. Nada insatisfecho.

2. Pensando únicamente en sus problemas y necesidades, ¿piensa que la intervención las ha cubierto?

e. Cubre todas mis necesidades.
f. Cubre algunas necesidades, pero creo que deberían incluirse otras acciones.
g. Cubre muy pocas necesidades.
h. No cubre mis necesidades.

3. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de antes de asistir a nuestras sesiones?

a. Mucho mejor ahora que antes.
b. Algo mejor ahora que antes.
c. Un poco mejor que antes.
d. Exactamente igual que antes.

4. ¿Los profesionales que han impartido las sesiones han estado a su disposición y han resuelto sus dudas?

e. Sí, todos se han involucrado.
f. Si, algunos se han involucrado pero no en su totalidad.
g. Sólo algunos se han involucrado.
h. Ninguno se ha involucrado.

5. ¿Bajo su punto de vista, le ha parecido idóneo los lugares escogidos donde se han impartido las actividades?

a. Sí, totalmente.
b. No.

6. ¿Usted piensa que las actividades llevadas a cabo han sido las adecuadas?

c. Si, todas ellas.
d. Algunas de ellas.
e. Ninguna.

Anexo 3: Cronograma de las actividades.

ACTIVIDAD	LUGAR	TEMPORALIDAD	EJECUTOR/A
Taller EPS	Unidad de Gestión Clínica de la Avenida Alcalde Diego Sayago.	360 minutos	Enfermero/a 1.
Talleres de Risoterapia.	Polideportivo Municipal Diego Lobato	270 minutos	Enfermero/a 2.
Dinámica "el círculo".	Polideportivo Municipal Diego Lobato.	180 minutos	Enfermero/a 2.
Búsqueda de la asertividad.	Unidad de Gestión Clínica de la Avenida Alcalde Diego Sayago.	360 minutos	Enfermero/a 3 y trabajador social.
Experiencias vividas.	Unidad de Gestión Clínica de la Avenida Alcalde Diego Sayago.	180 minutos	Enfermero/a 3 y trabajador social.

Senderismo: "Visita turística Marismas del Odiel"	Centro de visitantes Anastasio Serna.	300 minutos	Monitores que trabajan en esta zona y todos los profesionales que han participado en las sesiones.
DURACIÓN TOTAL DE LA INTERVENCIÓN.		Cuatro meses: 1650 minutos.	

Anexo 4: Cronograma del horario.

CRONOGRAMA	**Todas estas actividades se realizarán todos los martes, de 20:00 a 21:30, de los días y meses especificados.**
11 de marzo de 2014.	Taller de educación para la salud: Información general sobre las drogas y problemas adictivos.
18 de marzo de 2014.	Dinámica "el círculo": Presentación individual de cada miembro, empezando por el enfermero que guiará la sesión.
25 de marzo de 2014.	Taller de educación para la salud: Información sobre el tratamiento: tipos, fases, requerimientos y limitaciones.
1 de abril de 2014.	Sesión de Risoterapia.

8 de abril de 2014.	Taller de educación para la salud: Información específica sobre el problema del paciente y su evolución.
15 de abril de 2014.	Sesión de Risoterapia.
22 de abril de 2014.	Taller de educación para la salud: Evaluación sobre conocimientos y del nivel de implicación.
29 de abril de 2014.	Sesión de Risoterapia.

6 de mayo de 2014.	Experiencias vividas: Apoyo terapéutico.
13 de mayo de 2014.	Búsqueda de la asertividad: Dramatización en grupos de situaciones violentas.
20 de mayo de 2014.	Búsqueda de la asertividad: Valoración de la sesión anterior, buscando la opinión grupal de los miembros y la propuesta de métodos alternativos para tratar la violencia.

27 de mayo de 2014.	Búsqueda de la asertividad: Definición de los diferentes tipos de comunicación, poniéndolas en práctica en la misma sesión.
3 de junio de 2014.	Búsqueda de la asertividad: Explicación, en modo de conclusión, de la relación entre la asertividad con la búsqueda de sensaciones, autoconcepto de la persona y el consumo de drogas.

10 de junio de 2014.	Experiencias vividas: Apoyo familiar.
21 de junio de 2014.	Visita Marismas del Odiel: como broche de la intervención. (*).
24 de Junio de 2014.	Evaluación tanto de los participantes como de la intervención.
	(*) Se citarán a los participantes por la mañana, a las 09:00. A excepción de los demás días, este taller se realizará en sábado.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández y Secadés (2003). Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. Ed. Plan Nacional sobre Drogas.

2. Astray Coloma, L. y cols. (2008) ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. I Recomendaciones de PACAP. Madrid. SemFic.

3. García Padilla, F.Mª.; González de Haro; Mª.D. y López Santos, Mª V. (2010) Introducción a la Epidemiología: Una herramienta para la práctica y la investigación en el ámbito de las Ciencias de la Salud. Materiales para la Docencia nº 97. Servicio de publicaciones. Universidad de Huelva.

4. López Torrent, E. Forcada Vega, C. Miller, F. Pasarin R, MªI., Foz Gil, G. y o. (2010). Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio Observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña. Atención Primaria: 42(4): 218-225.

5. March S. Ramos M. Soler M. Ruíz-Jiménez JL. Miller F. Domínguez J. (2011) Revisión Documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. Atención Primaria 43(6): 289-296

6. PACAP. (2010) Glosario de términos y contenidos básicos en participación comunitaria. Revista Comunidad nº 12. Abril 2010.

7. Ruíz-Giménez Aguilar, J.L. Domínguez Bidagor, J. (2006). Reflexiones sobre “lo Comunitario” en nuestro sistema sanitario. Atención Primaria: 38(8): 421-424.

8. Vitora, C. Santos, I. (2008). Los siete pecados capitales de la evaluación del Impacto. Gaceta Sanitaria 22 (suplemento 1) P. 1-7

9. Consejería para la igualdad y bienestar social, Junta de Andalucía (2005). Manual para la prevención comunitaria de las drogodependencias y adicciones en Andalucía. Mairena de Aljarafe (Sevilla): J. de Haro Artes Gráfica. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Drogodependencia/HTML/archivos/MANUAL_PREVENCION_COMUNITARIA.pdf

10. Fernández Hermida, José Ramón; Secades Villa, Roberto (2002). Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias. Convenio de colaboración entre la Delegación del Gobierno para el PNSO y el Colegio Oficial de Psicólogos. Plan Nacional sobre drogas. Ministerio del Interior. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/intervencion_familiar.pdf

11. Martínez González, José Miguel; Molina Molina, Blanca; Ruiz Martínez, Manuel y Torres Sánchez, Antonio. La familia en el tratamiento del drogodependiente. Diputación de Granada. Área de Bienestar social. Disponible en: http://www.dipgra.es/documentos/la_familia_en_el_tratamiento.pdf

12. Ríos, José Antonio; Espina, Alberto y Baratas, María Dolores (2004). Catálogo de Publicaciones. La prevención de la drogodependencia en la familia. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Interior. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/pfam.pdf

13. Becoña Iglesias, Elisardo. (2002). Bases teóricas con sustentan los programas de prevención de drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Universidad de Santiago de Compostela. Boletín Nacional del Estado. Madrid. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf

14. Calvo Botella, Helena y Avilés, Ariel de Lucas. (2007). Intervención de Familias desde los Centros de Día. Ed. ASECEDI. Salamanca. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/IntervencionFamilias.pdf

15. Oliva Delgado, Alfredo et al., Hidalgo García, Victoria; Martín Fernández, Dolores; Parra Jiménez, Águeda; Ríos Bermúdez, Moisés y Vallejo Orellana, Reyes (2007). Programa de Apoyo a padres y madres de Adolescentes. Consejería de Salud: Junta de Andalucía. Universidad de Sevilla. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/opencms/opencms/system/bodies/contenidos/publicaciones/pubcsalud/2007/pubcsalud_2532/madresypadres_completo_2007.pdf

TEMA 290. LACTANCIA ARTIFICIAL

MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO
MARÍA JESÚS DÍAZ SUÁREZ
CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES

INTRODUCCIÓN

CONTRAINDICACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA

LACTANCIA ARTIFICIAL

CARACTERÍSTICAS DE LA LECHE ARTIFICIAL

LACTANCIA ARTIFICIAL

La lactancia materna es el mejor alimento para el recién nacido, que tiene el aparato digestivo y el metabolismo adaptados para asimilar la leche materna. La lactancia materna debe aprenderse y los profesionales de la salud, sobre todo matronas, enfermeras y auxiliares de enfermería han de conocer la técnica para fomentar, promocionar y motivar esta práctica en las madres.

Contraindicaciones para la lactancia materna

Pero no siempre la lactancia materna es una opción. La lactancia materna está contraindicada cuando existe en la madre

- Formas graves de tubercolosis.
- Enfermedades infecciosas agudas como neumonía y fiebre tifoidea o enfermedades víricas como hepatitis activa A o C y SIDA.
- Tumores de mama.

- Cardiopatías, hepatopatías, anemias o nefropatía.
- Fibrosis quística del páncreas, en estos casos hay un alto contenido de sodio en la leche materna.
- Enfermedades neurológicas y psicóticas graves.
- Administración de fármacos tóxicos o por drogadicción.

En el niño también pueden aparecer patologías que dificultan o impiden la lactancia materna:

- Labio leporino.
-Fisura palatina.
-Enfermedades congénitas del metabolismo como la galactosemia.
- Malformaciones del aparato digestivo.
- Ictericia grave del recién nacido.

LACTANCIA ARTIFICIAL

Cuando la madre no puede o no desea dar el pecho, puede recurrir a la lactancia artificial. Se utilizará un leche en polvo llamada adaptada, humanizada o maternizada de inicio, que es la que permite cubrir adecuadamente las necesidades nutricionales en esta etapa, si bien no contiene anticuerpos, no se pueden producir de manera industrial.

Para preparar la leche se puede utilizar agua envasada o agua del grifo, ésta última hervida (no más de 3 minutos). Es muy importante mantener la proporción adecuada entre el agua y la leche, para ello se debe utilizar el cacito que viene en el bote de leche, llenarlo sin apretar, y poner una medida rasa de leche por cada 30ml de agua.

Las tomas deberán ofrecerse aproximadamente cada 3 o 4 horas. La cantidad de leche que el bebé ingiere en cada toma depende de su apetito que no es uniforme. Se debe dar la toma con el bebé semisentado, nunca acostado, y mantener la tetina llena de leche para evitar que trage mucho aire. Antes de darlo comprobaremos la temperatura, debe de estar tibia.

CARACTERÍSTICAS DE LA LECHE ARTIFICIAL

Existen dos tipos: la leche de inicio, que cubre por sí sola todas las necesidades nutricionales del bebé desde el nacimiento hasta los 4-6 meses de vida. Y las leches de continuación que son destinadas a la alimentación del lactante a partir de los 4-6 meses, pudiéndose prolongar hasta los 1 ó 2 años de edad.

Su composición es similar a la leche materna en los nutrientes energéticos, pero su contenido proteico y mineral es mayor.

La leche de vaca tiene un 82% más de caseína que la leche materna, que sólo contiene un 20%. La proteina más destacada en la leche humana e la betalactoglobulina, que aporta al bebé las inmunoglobulinas.

La lactosa es el hidrato de carbono que tiene la leche materna. Esta lactosa se hidroliza más lentamente que la que se le añade a las leches de fórmula, siendo su absorción parcial.

La leche materna es la que contiene mayor cantidad de ácidos grasos poliinsaturados.

- La absorción del calcio y el hierro es más eficaz en la lactancia materna, por lo que en la lactancia artificial hay que dar suplementos al bebé de calcio y vitamina D para facilitar su absorción.

BIBLIOGRAFÍA

- LIBROS: EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA, FORMACIÓN CONTINUADA , WWW.LOGOS.NET
- GUÍA DE EMBARAZO , PARTO Y LACTANCIA 2015 DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

TEMA 291. LA DEMENCIA.

AURISTELA ACEVEDO SUAREZ
ARACELI HUERTA FERNANDEZ
MARIA ISABEL GARCIA FERNANDEZ
INES RODRIGUEZ FERNANDEZ

ÍNDICE

DEFINICION
SINTOMAS
TIPOS DE DEMENCIA
FACTORES DE RIESGO
PREVENCION
BIBLIOGRAFIA

DEFINICION

La demencia es la perdida de las facultades mentales que pueden ser graves y va desarrollándose de forma progresiva según avance la enfermedad.
Esta patología comete alteraciones en la memoria y trastornos de la conducta

SINTOMAS:

-Perdida de la memoria
-Dificultad para expresarse
-Fallo de las habilidades visuales y espaciales
-Deterioro del fallo de las funciones motoras
-Desorientación
-Alucinaciones
-Agresividad
-etc..

TIPOS DE DEMENCIA

-Enfermedad del Alzheimer: enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales

-Demencia vascular: se produce por una serie de accidentes cerebrovasculares

-Demencia con cuerpos lewy: se produce por una acumulación de una proteína en determinadas zonas del cerebro

-Demencia frontotemporal. Afectan a los lóbulos frontal y temporal del cerebro que producen trastornes en la personalidad y en el lenguaje

-Demencia mixta: se producen por la acumulación anómala de proteínas, daños en los vasos sanguíneos producidos por ictus.

FACTORES DE RIESGO

El factor mas común es la edad ,la falta de ejercicio, mala alimentacion,consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, drogas, tensión arterial alta, diabetes, deficiencia de vitaminas.

La disminución de padecer demencia es controlando los factores de riesgo anteriormente mencionados exceptuando la edad que es algo que no se puede cambiar

BIBLIOGRAFÍA

-medlineplus
-canal salud
-www.universidadviu.es
-www.cuidarbien.es
-www.caregiver.org

TEMA 292. LA ENFERMEDAD DE MANOS, PIES Y BOCA.

SHEILA PRIETO LÓPEZ
YOLANDA PUENTEDURA MARTÍN
RUT MORILLAS IGLESIAS
ARÁNZAZU FERNANDEZ SANTIAGO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- OBJETIVOS
- MÉTODO
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de manos, pies y boca es una afección causada por diferentes virus siendo actualmente un problema mas común en bebés y en niños menores de 5 años debido a su falta de desarrollo inmunológico (protección) contra los virus que causan dicha enfermedad.

OBJETIVOS

Determinar cuales son los factores de riesgo, sintomatología y tratamiento

MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda en diferentes fuentes como es el caso de PubMed , páginas web y artículos de la asociación de pediatría española.

RESULTADOS

La enfermedad de manos, pies y boca por lo general no es grave, casi todo paciente se recupera en un plazo de 7 a 10 días pudiendo niños mayores y adultos también contraerla.

Sintomatología:

- Fiebre
- Pérdida del apetito
- Dolor de garganta
- Malestar
- Llagas dolorosas en la boca
- sarpullido formado por puntitos rojos apareciendo en la palma de las manos y la planta de los pies y, a veces, en rodillas, codos, nalgas o en el área genital.

Estos síntomas generalmente aparecen por etapas, no todos juntos. Algunos pacientes podrían no tener ningún síntoma; sin embargo, pudiendo transmitir el virus a otras personas.

En las personas infectadas, los virus que causan la enfermedad de manos, pies y boca se pueden encontrar:

- En secreciones nasales y de la garganta (como la saliva, el esputo o la mucosidad nasal)
- En líquido de las ampollas
- En heces

La enfermedad se puede propagar mediante:

- El contacto cercano, como al dar besos o abrazos, o al compartir los vasos o los cubiertos
- Tos y los estornudos
- contacto con las heces, por ejemplo al cambiar pañales
- Contacto con el líquido de las ampollas
- Contacto con objetos o superficies que tengan el virus.

Por esta razón debe mantener buena práctica de higiene, como lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, para reducir las probabilidades de contraer o propagar la enfermedad de manos, pies y boca.

Tratamiento:

No hay un tratamiento específico para la enfermedad.
La fiebre y el dolor se pueden controlar con medicamentos como paracetamol o ibuprofeno, que reducen la fiebre y alivian el dolor. Es importante que las personas con esta enfermedad beban abundantes líquidos para prevenir la pérdida de líquidos corporales o deshidratación. Dar alimentos fríos o del tiempo. Evitar alimentos ásperos.
Se puede evitar el contagio lavando frecuentemente las manos con agua y jabón , especialmente después de cambiar pañales, evitar tocas los ojos, la nariz y la boca si no se ha lavado las manos, evitar el contacto cercano (como dar besos o abrazos, o compartir los vasos y los cubiertos con las personas que tengan la enfermedad), desinfectar las superficies y objetos que se tocan con frecuencia (como juguetes, manijas de las puertas…)

CONCLUSIÓN

Es importante dar a conocer dicha enfermedad ya que es algo común, sobre todo dada con frecuencia en verano y la importancia que tiene una buena higiene y la educación en los niños que tengan como hábito lavarse las manos.
Saber que es bueno mantener una buena hidratación ya que debido al dolor que provoca tragar los líquidos puede hacer que la persona afectada se deshidrate.

BIBLIOGRAFÍA

Página WEB :

- **Cdc.gov** [actualizado 22 julio 2018; Disponible en: https://www.cdc.gov/
- **kidshealth.org** [actualizado marzo de 2017; Disponible en: https://kidshealth.org/es/
- **Sanitas.es ;** Disponible en**:** https://www.sanitas.es/

- Asociación de pediatría española; disponible en : https://www.analesdepediatria.org

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

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- MÉTODO
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION

La infertilidad es una enfermedad del aparto reproductor que imposibilita al hombre y mujer concebir el embarazo, después de mantener aproximadamente de 12 a 24 meses de relaciones sexuales continuadas sin medios anticonceptivos (matorras, coroleu 2011).

Los motivos de la infertilidad se puede dar por múltiples factores, una de las mas comunes es la edad de la mujer.

Otros factores pueden ser la inmadurez de los óvulos, la impermeabilidad de las trompas de Falopio, otra de los factores a tener en cuenta es la movilidad de los espermatozoides y la cantidad.

Las técnicas de reproducción humano a avanzado en los últimos 10años , aunque en el año 1977 en londres se hizo la primera inseminación artificial con exito por el cirujano JOHN HUNTER.

METODO

Revisión bibliográfica en las diversas bases de datos (pudmed,medileplus,los operadores booleanos ¨AND¨ Y ¨OR¨) utilizando los descriptores; infertilidad, tratamientos, pruebas diagnosticas ,reproducción asistida ,métodos, enfermedades del aparto reproductor, condiciones ambientales.
También se ha hecho una revisión sistemática en diversos artículos del embarazo en revistas científicas de la medicina.
Los últimos estudios realizados por la asociacion española de la salud se realizo en el año 2019 por que hay nuevos datos que nos indica que la ciencia en este ámbito esta siendo de una gran evolución

RESULTADOS

Cuando una mujer o hombre no pueden tener hijos de forma natural se les puede proporcionar tratamiento de fecundación in vitro que soluciona casi todos los problemas de fertilidad

CONCLUSION

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que en la actualidad los problemas de infertilidad obtienen soluciones satisfactorias para cumplir con el sueño de esas parejas que desean formar una familia bien sea por problemas para concebir ,su condición sexual o su estado sentimental.

Entre los datos obtenidos es necesario resaltar que en ESPAÑA en el servicio de la seguridad social solo se permiten 3 intentos y la tardanza para realizar los estudios y proceder a la inseminación artificial, lo que dificulta a cierta población obtener sus sueños debido al alto coste que supone realizarlo en clínicas privadas, es un tema en el que España deberíamos evoluciar autorizada la gestación subrogada que facilita a parejas a obtener sus hijos de forma mas rápida y sin trastornos y gasto físico. E l derecho a se padres debería ser asequible .

BIBLIOGRAFÍA

Oliver,(2016)factores multifactoriales
Gutiérrez(2017)reproducir la vida
Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1988 José M. Guerra Flecha y Julia Fernández-Morís López se desempeñan en el Servicio de Reproducción Humana del Hospital General Universitario "Gregorio Marañón" (Madrid), relatan, en forma amena y detallada, el desarrollo folicular múltiple".
Bioética práctica al alcance de todos Rialp, Madrid, 2004
Cousineau, TM; Domar, AD (2007). «Psicológica impact of infertility». Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 21 (2): 293-308. PMID 17241818. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003.

TEMA 294. LA LEUCEMIA EN LA EDAD INFANTIL.

SARA GARCÍA NOVO
MARÍA PILAR LOBATO ÁLVAREZ
ISABEL BERTAULT BENEDICTO
DIANA TUÑÓN PASTOR

INDICE

1. Introducción
2. ¿Qué es la leucemia?
3. ¿Cuáles son los signos y síntomas?
4. ¿Cómo se diagnóstica la leucemia?
5. Tratamiento
    1. Radioterapia
    2. Quimioterapia
    3. Trasplante de células de cordón umbilical
6. Conclusiones
7. Bibliografía

Introducción

- El cáncer es el crecimiento y diseminación incontroladas de las células
- La leucemia es el tipo de cáncer que mayor incidencia tiene en niños < 15 años.
  - Los primeros casos diagnosticados se remontan a 1827
  - La palabra Leucemia fue acuñada por Vichow en 1847

¿ QUÉ ES LA LEUCEMIA?

- La **leucemia** es una enfermedad perturbadora a cualquier edad, pero especialmente cuando el paciente es un niño.
- Cuando las células inmaduras se reproducen de manera incontrolada impiden la función normal de la sangre, a esto se le denomina "***LEUCEMIA"***
- Existen diferentes tipos de ***leucemia:***
  - ***Leucemia Aguda:*** leucemia mieloide aguda (AML) 20% de las leucemias infantiles, Leucemia linfoblástica aguda (ALL) 75-80% de las leucemias infantiles.
  - ***Leucemia crónica:*** leucemia mieloide crónica (CML), Leucemia linfoblástica crónica (CLL)

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS?

- Dolor persistente en huesos y abdomen
- Fiebre sin causas o por mas de una semana
- Picazón en el cuerpo sin lesiones en la piel
- Crecimiento tumoral o ganglios
- Abdomen que crece rápidamente
- Cansancio fácil, palidez o anemia súbita
- Moratones o sangrado de la nariz o encías
- Pérdida de peso sin causa aparente
- Infección que no mejora

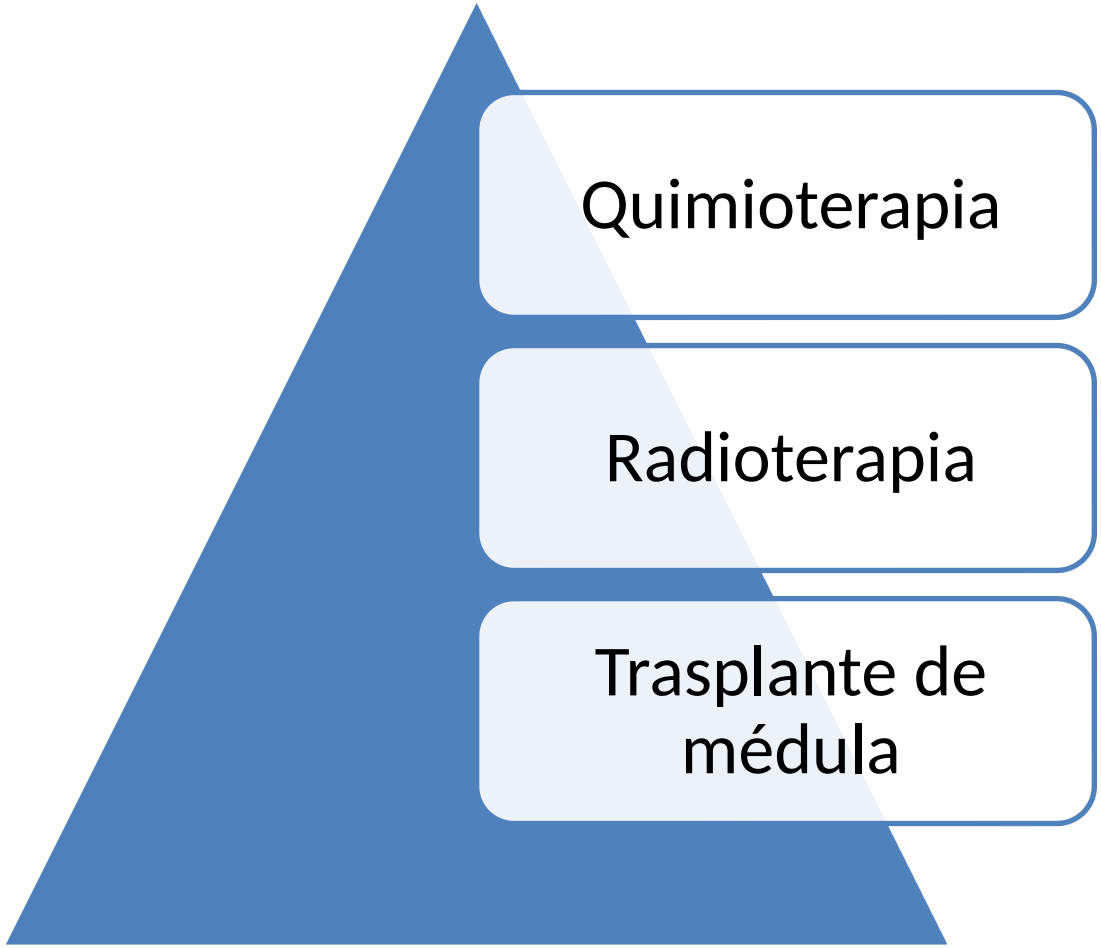
¿Cómo se diagnóstica la leucemia?

- Se necesitara analizar muestras de sangre y de la médula ósea para confirmar la sospecha.
  - **El análisis de sangre** es la primera prueba que se realizan para detectar la leucemia. Las pruebas que se hacen con estas muestras generalmente son cuentas sanguíneas y frotis de sangre. La mayoría de los niños con leucemia tendrá demasiados glóbulos blancos y no suficientes glóbulos rojos ni suficientes plaquetas.
  - **Biopsia y aspirado de médula ósea**: son pruebas que se realizan generalmente al mismo tiempo. Las muestras se toman de la parte posterior de los huesos de la pelvis. Para el aspirado se inserta una aguja delgada y hueca en el hueso, y se usa una jeringa para aspirar una pequeña cantidad de médula ósea líquida.

Generalmente se realiza una biopsia de médula ósea inmediatamente después del aspirado. Se extrae un pequeño trozo de hueso y de médula con una aguja ligeramente más grande con la que se perfora el hueso.

- Luego, las muestras de médula ósea se envían a un laboratorio para su posterior análisis.
- Las pruebas de la médula ósea se usan para diagnosticar la leucemia, aunque también se podrían repetir más tarde para saber si la leucemia está respondiendo al tratamiento.

TRATAMIENTO



RADIOTERAPIA

- Es un tratamiento para el cáncer en el cual se utilizan rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir las células cancerosas o para impedirles que crezcan. Existe dos tipos de radioterapia:
  - Radioterapia externa: en la que se utiliza una maquina fuera del cuerpo que envía la radiación hacia la zona afectada.
  - Radioterapia interna: utiliza sustancias radiactivas en agujas, semillas, cables o catéteres que se colocan cerca de la zona afectada.

QUIMIOTERAPIA

- Es un tratamiento que se utiliza para interrumpir el crecimiento de las células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o impidiendo su multiplicación. La forma de administración de la quimioterapia depende del grupo de riesgo del niño. La quimioterapia en altas dosis destruye la médula ósea, lugar donde se origina la leucemia, pero también es donde se forman nuevas células sanguíneas. Esto podría causar infecciones potencialmente fatales, sangrado, y otros problemas debido a los recuentos bajos de células sanguíneas. Después de la quimioterapia, se hace un trasplante de células madre para restituir las células productoras de sangre en la médula ósea.

TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

- El trasplante de médula ósea consiste en reemplazar las médula ósea dañada o destruida por células madre de otra médula ósea sana. Existen 3 clases de trasplantes:
  - ***Autólogo:*** Es un procedimiento en el cual el donante es el mismo paciente. Las células madre se obtienen del paciente ya sea recogiéndolas de la médula ósea o por aféresis (un proceso de recolección de las células madre de sangre periférica), y luego volviendo a dárselas al paciente después de un tratamiento intensivo de quimioterapia.
  - ***Alogénico:*** Procedimiento mediante el cual una persona recibe células madre formadoras de sangre (células a partir de las cuales se forman todas las células sanguíneas) que provienen de un donante genéticamente similar, pero no idéntico.

Por lo general, es un hermano o hermana, pero puede ser un donante no emparentado. También se llama alotrasplante de células madre.

- ***Trasplante de células de cordón umbilical:*** Puede ser una opción si no puede encontrar a un donante compatible. Los centros de cáncer en todo el mundo usan la sangre de cordón.

CONCLUSIONES

- El cáncer es la 2ª causa de muerte en España.
- La leucemia es el tipo de cáncer mas frecuente en los niños.
- La LLA es la forma mas común de **leucemia infantil**, con una máxima incidencia entre los 2-5 años.
- La ***enfermería*** es un eslabón clave en la asistencia de la enfermedad, su labor es fundamental para la comunicación con el paciente, su apoyo emocional y minimización de los efectos secundarios.

CONCLUSIONES II

- El **cuidado de enfermería** no debe ser improvisado, el profesional de enfermería debe tener un conocimiento amplio de la enfermedad, debe ser un cuidado **planificado** de acuerdo con los modelos que tengan en cuenta la individualidad de los pacientes, modelos que tengan en cuenta el **bienestar físico y psíquico** del niño y su familia.
- La posibilidad de tener a una persona de referencia, ***la enfermera*** aporta tranquilidad y seguridad al paciente y a su familia en un momento en el cual se produce mucha incertidumbre y ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española contra el cáncer. [sede web].Madrid:acc [actualizada Agosto 2016;citado 30 Septiembre 2016].Disponible en: https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerInfantil/Paginas/Cancerinfantil.aspx
- Organización Mundial de la Salud. Lyon, Francia.2014. Disponible en: http://who.int/cancer/media/news/Childhood_cancer_day/es/
- Gobierno del Principado de Asturias. Febrero2014. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_NOTICIAS%20GABINETE/NOTICIAS%202013/Junio/2013_06_13%20NP%20Trasplante%20Hematopoyetico.pdf

- Ministerio de Salud, Guía Clínica. Leucemia en personas menores de 15 años. Santiago: Minsal,2010
- M. Pollán Santamaría, G. López-Abente Ortega, N. Aragonés Sanz, P. González Diego y A. Navas Acién. Incidencia y mortalidad por leucemias en España. Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Volumen 27, Número 6, Junio 2001
- American cáncer society, Cáncer.org [sede web] [actualizada02/05/2016, citada 15/10/2016] Disponible en: http://www.aeped.es/print/1836
- María Mónica Montoya Blandón, María José Villota Erazo, Salomón Rodríguez Guarín. Actualización 13/08/2012. Experiencias de niños con leucemia, pertenecientes a la fundación "Niño Leucémico". 2013, Vol.7.1

TEMA 195. LA PIEL .

ARACELI HUERTA FERNANDEZ
MARIA ISABEL GARCIA FERNANDEZ
INES RODRIGUEZ FERNANDEZ
AURISTELA ACEVEDO SUAREZ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN
ESTRUCTURA DE LA PIEL
FUNCIONES DE LA PIEL
LESIONES DE LA PIEL
BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION

La piel es la cubierta exterior del organismo y el órgano más amplio del cuerpo. Constituye una barrera de separación entre el medio externo y el interno, y su espesor varía entre 0,5 y 2mm, aproximadamente. En orificios como nariz, vagina, oídos, ojos, boca y recto, la piel continúa en forma de membrana mucosa, tapizando estas estructuras.

ESTRUCTURA DE LA PIEL

Está formada por 3 capas:

- Epidermis: capa más externa. Está constituida por tejido epitelial y carece de vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas. En ella se diferencian el estrato córneo y el estrato basal.
- Dermis: situada debajo de la epidermis. Contiene vasos sanguíneos y linfáticos, glándulas sebáceas y sudoríparas, terminaciones nerviosas y folículos pilosos.

Está formada a su vez por la dermis papilar y la dermis reticular.

Hipodermis: llamada también tejido celular subcutáneo, e la parte más profunda de la piel. Está formada principalmente por el tejido conjuntivo adiposo (que funciona como asilarte térmico), atravesado por bandas de colágeno y elementos vasculonerviosos.

FUNCIONES DE LA PIEL

Protección: evita la pérdida excesiva de agua. Protege frente a las agresiones mecánicas, físicas o químicas y evita el paso de microorganismos perjudiciales gracias a la queratina y la secreción de sebo y sudor, que forman un manto ácido protector.
Regulación: adaptación del organismo tanto a cambios de temperatura ambiental como a los suyos propios. - Secreción: de sudor, contribuyendo a la regulación térmica y de sebo por las glándulas sebáceas con cualidades anti fúngicas y antibacterianas.
Absorción: la piel no es totalmente impermeable. Se utiliza como vía de administración de medicamentos (tópica). Recepción: la piel contiene receptores nerviosos; recibe y trasmite sensaciones de temperatura, dolor

Síntesis: la epidermis e hipodermis sintetizan melanina, queratina, caroteno y vitamina D a partir de la luz ultravioleta.
Excreción: elimina productos de desecho a través del sudor.

LESIONES DE LA PIEL

PRIMARIAS:

Mácula: mancha rojiza, de origen vascular.

Pápula: lesión circunscrita y elevada, de color variable y diámetro inferior a 1cm.

Nódulo: lesión protuberante de 1 a 2 cm de diámetro. Afecta a dermis e hipodermis

Roncha: lesión firme y ligeramente protuberante, rodeada por edema y pruriginosa.

Tumor: masa sólida, no inflamatoria y protuberante.

Vesícula: elevación de la epidermis, que contiene líquido transparente, seroso o hemorrágico.

Ampolla: semejante a la vesícula, pero de mayor tamaño.

Pústula: semejante a la vesícula pero de color amarillento, con contenido purulento.

SECUNDARIAS:

Escama: fragmento de la epidermis con células queratinizadas que se desprende de la dermis en pequeñas láminas. - Costra: condensación solidificada a partir de suero, sangre o pus que se forma en la superficie de la piel.

Fisura: grieta de la epidermis y la dermis.

Erosión: pérdida de sustancia que afecta a la epidermis y cura sin dejar cicatriz. Es frecuente por el rascado.

Cicatriz: neo formación de tejido que repara una pérdida de sustancia.

Úlcera: excavación en la piel debida a la pérdida de sustancia por destrucción de la epidermis, dermis y en ocasiones la hipodermis.

BLIBIOGRAFIA:

-Canal salud
-Medlineplus
-www.mhe.es

TEMA 296. MONITORIZACIÓN Y VIGILANCIA DEL ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALISIS.

PATRICIA OTERO MENENDEZ
LLIBERTA LORENZO COLLAZO
CAROLINA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
SANDRA SOTURA CARRERA

ÍNDICE

INTRODUCCION
MONITORIZACION CLINICA DEL AV
MONITORIZACION DE LA PRESION DEL ACCESO VASCULAR
RECIRCULACION DEL AV Y DISMINUCION DE LA ADECUA DE LA DIALISIS
PRUEBAS DE IMAGEN. MONITORIZACION DEL AV MEDIANTE ECO-DOPPLER

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la monitorización y vigilancia del acceso vascular (AV) es diagnosticar precozmente la patología de toda fístula arteriovenosa (FAV). El seguimiento del AV debe permitir la prevención de la trombosis mediante la detección precoz de la estenosis y aumentar su supervivencia

MONITORIZACIÓN CLINICA DEL AV

La monitorización clínica del AV tiene en cuenta dos aspectos fundamentales: la exploración física y los problemas durante la sesión de diálisis .

La Exploración Física debe efectuarse de forma periódica utilizando la inspección, la palpación y la auscultación. Es un método fácil de aprender y realizar, consume poco tiempo, no requiere ninguna instrumentalización especial nipersonal adicional y , por tanto, es una técnica de bajo coste.

Inspección.- Es muy importante la observación de toda la extremidad donde esté ubicado el AV. En caso de extremidad superior, la presencia de edema y circulación colateral son signos que sugieren estenosis venosa central total o parcial. Hay que valorar también las zonas distales de la extremidad en busca de isquemia (frialdaz, palidez y úlceras digitales isquémicas) Se inspeccionará todo el trayecto del AV

Palpación.- El pulso puede apreciarse mejor utilizando la yema de los dedos. En condiciones normales el pulso de la FAV es de baja intensidad, blando y fácilmente compresible. Habitualmente un incremento del pulso de la FAV es indicativo de estenosis proximal. Por el contrario un pulso excesivamente débil con escaso aumento durante la oclusión manual transitoria, sugiere la presencia de estenosos “in flow”.

El thrill o frémito es una vibración palpable de la FAV que refleja el flujo sanguíneo circulante por la vena arterializada. La ausencia de thrill es indicativo de la anulación funcional del AV secundaria a la trombosis del mismo. Es palpable a lo largo de todo el trayecto del AV pero más intenso a nivel de la anastomosis venosa

Auscultación.- Se valorará el soplo normal del AV y los cambios temporales que puedan producirse en el mismo.

Los problemas en la sesión de diálisis pueden ser signos indirectos de estenosis del AV si aparecen de forma persistente (3 sesiones consecutivas) en relación con las sesiones de hemodiálisis previas:

1.- Dificultad para la punción y/o canalización del AV

2.-Aspiraión de coágulos durante la punción

3.-Aumento de la presión arterial negativa pre-bomba

4.- Imposibilidad de alcanzar el flujo sanguíneo prescrito

5.-Aumento de la presión de retorno o venosa

6.- Tiempo de hemostasia prolongado, en ausencia de autocoagulación excesiva

MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN DEL AV

La presencia de una estenosis significativa puede provocar un incremento retrogrado de la presión dentro del mismo que puede detectarse mediante los métodos de monitorización y vigilancia de la presión del AV

RECIRCULACIÓN DEL AV Y DISMINUCIÓN INEXPLICABLE DE LA ADECUACIÓN DE LA HD

En presencia de una estenosis significativa, el flujo del AV disminuye y aumenta el porcentaje de sangre ya dializada que entra de nuevo al dializador a través de la aguja arterial. En ausencia de errores técnicos, la recirculación aparece como conscuencia de una estenosis severa en el AV cuando el flujo sanguíneo está próximo o desciende del flujo programado (300-500ml/min). Por tanto, la determinación de la recirculación no es el mejor método para detectar la estenosis de forma precoz.

La disminución sin motivo aparente de la adecuación de la diálisis evaluada mediante el índice Kt (determinado online en cada sesión de hd) permite detectar precozmente la recirculación ocasionada por una estenosis significativa.

PRUEBAS DE IMAGEN. MONITORIZACIÓN DEL AV MEDIANTE ECO-DOPPLER

La Eco-Doppler es una técnica de imagen que permite la exploración de las FAVs mediante un transductor limeal emisor y receptor de ultrasonidos en los diferentes planos del AV. Es un método no invasivo, que no utiliza radiación ionizante ni medios de contraste yodados y que, además, es barato y de fácil disponibilidad.

La ED presenta las siguientes prestaciones de vigilancia del AV

1.- Método de diagnóstico rápido que puede ser utilizado in situ en la sala de HD (ecógrafo portátil) ante cualquier alteración del AV detectada

2.-método reglado de vigilancia para la evaluación periódica del AV. La ED permite la visualización directa del AV y por tanto permite la vigilancia morfológica del mismo.

3.- Información hemodinámica del AV. Permite la determinación directa del flujo sanguíneo y, por tanto, la vigilancia funcional del AV

4.- Prueba de imagen de elección para confirmar, localizar y cuantificar estenosis del AV detectada mediante los métodos de cribado antes de efectuar el tratamiento electivo

5.-Permite la valoración morfológica y funcional de otras disfunciones del AV no relacionadas con la estenosis o trombosis como aneurismas y pseudoaneurismas, hematomas, abscesos...

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** Grusss E, Portolés J, Jiménez P, Hernández T, Rueda JA, del Cerro M. Seguimiento prospectivo del acceso vascular en HMD mediante un equipo multidisciplinario. Nefrología 2006: 26:703-710
- **Articulo de revistas:** Kudlicka J, Kavan J, Tuka V, Malik J. More precise diagnosis of access stenosis: ultrasonography versus angiography. J Vasc Access. 2012; 13:310-314

TEMA 297. MUERTE BLANCA SÍNDROME DE LA MUERTE SÚBITA EN LACTANTES.

MARIA DEL PILAR RUÌZ ESPINA
Mª ANGELES MARTINEZ BESTEIRO

ÍNDICE

- **Introducción:**
- 1.1 Definición de SMSL.
- 1.2 Consecuencias.
- 1.3 Factores de riesgo.
- **Metodología:**
- 2.1 Búsquedas bibliográficas.
- 2.2 Datos de Inclusión.
- **Conclusiones:**
- 3.1 Campañas de prevención.
- 3.2 Monitorización domiciliaria.
- 3.3 Incidencia de muertes.
- **Bibliografía:**
- 1 Síndrome de muerte súbita del lactante,
- 2 El pasado, el presente y el futuro.
- 3 Factores de riesgo

Introducción:

1.1 Nos encontramos ante un síndrome de muerte súbita en el lactante cuando se produce el fallecimiento inesperado y repentino de un bebé menor al año de edad, que en apariencia se encontraba sano, y sin que se encuentre explicación lógica tras la investigación pormenorizada, ni datos relevantes en la autopsia(3)

1.2 Ante el impredecible deceso de un hijo, la muerte súbita produce en los padres un dolor incomprensible difícil de asumir, la sorpresa produce sentimientos contradictorios y violentos. El miedo y la frustración son mayores cuando ni siquiera la autopsia puede concluir la causa que lo provocó. El sentimiento de culpabilidad hace que la relación de pareja se resienta y que un nuevo embarazo produzca terror y sentimientos contradictorios(1)

1.3 No existe un factor de riesgo significativo que permita determinar que un bebé pueda presentar mayor peligro, pero si se considera que existen una serie de factores que si se producen a la vez pueden aumentar el riesgo de muerte por SMSL(2) .

Se consideran factores de riesgo:

* el consumo de drogas , tabaco o bebida en el embarazo
* bajo peso al nacer o bebés prematuros.
* demasiado calor por exceso de ropa.
* dormir boca abajo.
* madres menores de 20 año
* deficiente atención prenatal
* bebés expuestos al humo del tabaco.
* apnea grave del nacido pretérmino.
* hermano fallecido de SMSL.
* malformaciones congénitas.

Metodología:

2.1 El actual trabajo se realiza a través de búsquedas bibliográficas :
En artìculos de revistas especializadas en Pediatría.
En buscadores tales como Google.
Se emplea la base de datos : Pubmed y Elsevier .
Obteniendo un resultado de 1289 artìculos de los que se estudiaron 10 por su similitud con el tema a estudiar.

2.2 Los criterios de inclusión : Textos Completos, en Idioma Español e Inglés, en un periodo comprendido en los últimos 5 años y con las palabras claves: síndrome, muerte , súbita, lactante.

Conclusiones:

3.1 De los artículos estudiados se puede deducir la necesidad de campañas de prevención que ofrezcan las pautas correspondientes que deberán adoptar los padres y cuidadores.

3.2 Aquellos bebés con patologías, que les hagan más propensos a sufrir SMSL, deberàn realizar revisiones periódicas de seguimiento y monitorización domiciliaria continua mientras duerman , que avisará mediante alarmas, cuando se produzcan apneas o bradicardias.

.

3.3 Podemos concluir que gracias a los conocimientos y el empleo de los hábitos de prevención aconsejados a padres, la incidencia de muertes de bebés por esta causa ha descendido a la mitad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz i, Cassanello P, Díez A, Martínez J, Nalaguer A. [Síndrome de muerte súbita del lactante: los padres siguen las recomendaciones ?. [En línea]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ruiz%20Botia%20I%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=31353309 [Consultado el 19 de septiembre de 2019].

2. Duncan J, Byard R. Muerte súbita del lactante y de la primera infancia: el pasado, el presente y el futuro. Síndrome de muerte súbita del lactante: limitaciones. Weblog [En línea] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30035958 [Consultado en mayo de 2018].

3. Mechtild M, Thomas B, Gerhard J ,,,et al Edwin A. Factores de riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante en el ambiente del sueño: estudio alemán sobre el síndrome de la muerte súbita del lactante. Weblog [En línea] Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-articulo-factores-riesgo-

TEMA 298. OBESIDAD INFANTIL.

ELENA CANO MATEO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CAUSAS OBESIDAD.
- PAUTAS PARA EVITAR LA OBESIDAD.
  - COMER DE FORMA MÁS SALUDABLE.
  - MÁS EJERCICIO FÍSICO.
- PLAN INTEGRAL ANDALUZ DE OBESIDAD INFANTIL.
- CONCLUSIONES.

INTRODUCCIÓN

En los países desarrollados la obesidad infantil se ha incrementado alarmantemente en los últimos años, convirtiéndose en un grave problema de salud pública. La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial que comienza durante la niñez y adolescencia. Se produce por un desequilibrio entre el consumo y el gasto energético. Como causas influyentes destacan: factores genéticos, biológicos, de comportamiento y culturales. Su tratamiento resulta muy complicado en esta etapa de crecimiento porque cualquier déficit nutricional puede repercutir negativamente en el desarrollo integral del niño. (1)

CAUSAS OBESIDAD

Cuando los niños comen más alimento de lo que su cuerpo necesita para la actividad y el crecimiento normales, las calorías adicionales se almacenan en los adipocitos para su uso posterior. Si este patrón continúa con el tiempo, ellos desarrollan más adipocitos y pueden presentar obesidad.

Normalmente, los bebés y los niños pequeños responden a las señales de hambre y llenura, de manera que ellos no consumen más calorías de las que su cuerpo necesita. Sin embargo, los cambios en las últimas décadas en el estilo de vida y las opciones de alimentos han provocado el aumento de la obesidad entre los niños.

- Los niños están rodeados de muchas cosas que los llevan fácilmente a comer en exceso y difícilmente a estar activos. Los alimentos que son ricos en contenido de grasa y azúcar a menudo vienen en tamaños de porciones grandes. Estos factores pueden llevar a los niños a ingerir más calorías de las que necesitan antes de que se sientan llenos. Los comerciales de televisión y otros anuncios en pantallas pueden conducir a la elección de alimentos poco saludables. La mayoría de las veces, los alimentos en anuncios dirigidos a los niños son ricos en azúcar, sal o grasas.
- Las actividades que implican “tiempo frente a una pantalla” como ver televisión, juegos, mensajes de texto y jugar en la computadora requieren muy poca energía. A menudo toman el lugar de la actividad física saludable. Además, los niños tienden a anhelar los refrigerios poco saludables que ven en los anuncios de televisión.

- Otros factores en el ambiente del niño también pueden conducir a la obesidad. La familia, los amigos y el entorno escolar ayudan a moldear la dieta y las opciones de ejercicio del niño. El alimento puede utilizarse como una recompensa o para consolar a un niño. Estos hábitos aprendidos pueden conducir a comer en exceso. Muchas personas tienen dificultad para romper estos hábitos más adelante en la vida.
- La genética, las afecciones médicas y los trastornos emocionales también pueden aumentar el riesgo de obesidad para un niño. Los trastornos hormonales o la baja actividad tiroidea y ciertos medicamentos, como los esteroides o los anticonvulsivos, pueden aumentar el apetito de un niño. Con el tiempo, esto incrementa su riesgo de obesidad.

- Un enfoque malsano en el hecho de comer, el peso y la imagen corporal pueden llevar a un trastorno alimentario. La obesidad y los trastornos alimentarios a menudo ocurren al mismo tiempo en niñas adolescentes y mujeres adultas jóvenes que pueden estar descontentas con su imagen corporal.(2)

PAUTAS PARA EVITAR LA OBESIDAD

No todos los factores que influyen en el riesgo de obesidad son modificables (por ejemplo, el condicionante genético o algunos factores ambientales), pero hay muchas acciones que pueden emprenderse desde edades muy tempranas.

Algunas son acciones individuales o familiares y otras competen a todos los actores sociales, incluyendo medios de comunicación, la escuela o las administraciones públicas.

- **Comer de forma más saludable:**
  - Más frutas y verduras y cereal integral poco procesado.
  - Controlar el tamaño de las raciones.
  - Tener orden en las comidas. Evitar el picoteo y sentarse todos juntos a comer cuantas más veces mejor.
  - Evitar o limitar los alimentos calóricos con bajo interés nutricional: *chuches*, bollería industrial y refrescos azucarados.

- **Más actividad física:**
  - Un máximo de 1 o 2 horas al día ante una pantalla, tableta, ordenador, etcétera. Recuperar los juegos al aire libre.
    En los niños más mayores, al menos una hora diaria de actividad física intensa. Ir al *cole* caminando o en bici.(3)

PLAN INTEGRAL ANDALUZ DE LA OBESIDAD INFANTIL

- El actual modelo de atención sanitaria en Andalucía pretende desarrollar sus actividades y diseñar su cartera de servicios teniendo como destinataria final la ciudadanía. Los pilares fundamentales de dicho modelo son la atención continuada a la salud de todas las personas y el diseño e implementación de intervenciones preventivas de carácter universal. Dicha filosofía se extiende a todas las iniciativas emprendidas desde la Consejería de Salud, entre ellas, la elaboración de Planes Integrales.

- El Plan Integral Andaluz de Obesidad Infantil se plantea como OBJETIVOS:

  1.- Frenar la tendencia ascendente de las tasas de obesidad infantil de nuestra Comunidad a corto plazo e invertirla en un plazo intermedio.

  2.- Mejorar la atención sanitaria de los niños y niñas con obesidad y sus familias.

  3.- Disminuir la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas con obesidad.

- Para lograr dichos objetivos, es conveniente desarrollar una serie de CONDICIONES FAVORECEDORAS:
  1. Sensibilizar a la población general sobre la necesidad de mantener un peso adecuado en todas las edades, mediante el equilibrio entre una alimentación saludable y la práctica de actividad física regular.
  2. Promover en las familias andaluzas la adquisición de conocimientos adecuados para la adopción de hábitos saludables para el mantenimiento de un peso saludable, haciendo especial énfasis en los hijos e hijas.
  3. Potenciar el desarrollo de condiciones socio-ambientales facilitadoras de dichos hábitos.

1. Involucrar activamente a las diferentes instituciones y agentes sociales para la prevención de la obesidad infantil.
2. Avanzar en el diagnóstico precoz y garantizar una atención sanitaria basada en la mejor evidencia científica disponible, asegurando la continuidad asistencial como elemento de calidad integral.
3. Promover proyectos de investigación relacionados. 65 Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012
4. Facilitar la formación profesional de todas las personas potencialmente implicadas en la prevención y atención a la obesidad infantil.

1. Reorientar los servicios actualmente existentes. Y para lograrlo, se han elegido una serie de LÍNEAS GENERALES DE ACTUACIÓN en las áreas de:
   - Comunicación e información a la población.
   - Promoción y prevención primaria.
   - Asistencia sanitaria integral.
   - Participación e intersectorialidad.
   - Formación y desarrollo de profesionales.
   - Investigación e innovación.
   - Desarrollo normativo.

CONCLUSIONES

- En definitiva, el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía pretende lograr objetivos de mejora de la calidad de vida a través de la promoción de estilos de vida saludables, prevención de la obesidad en edades tempranas y mejor tratamiento de este problema de salud, con perspectiva de género y buscando disminuir las desigualdades sociales en su incidencia. Para ello propone contar con todos los protagonistas sociales implicados, en la seguridad que solo con una estrategia intersectorial, con acciones planificadas en el nivel local, es posible alcanzar el éxito en esta tarea. (4)

BIBLIOGRAFÍA

1. Alba-Martín Raquel. Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. Enferm. glob. [Internet]. 2016 Abr [citado 2019 Sep 07] ; 15(42): 40-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200003&lng=es
.
2. INTERNET: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007508.htm
3. INTERNET: https://cuidateplus.marca.com/familia/nino/2019/06/03/consecuencias-salud-obesidad-ninos-170169.html
4. PÁGINA WEB: https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af065344e816_plan_obesidad_infantil.pdf

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

ÍNDICE

- Cáncer de mama. Definición.
- Tipos de Cáncer de mama.
- Radioterapia. Complicaciones secundarias a la radiación.
- La enfermería en Radioterapia.

Cáncer de mama

Lo podemos definir como “una enfermedad genética resultante de la acumulación de mutaciones específicas que regulan los procesos celulares de proliferación, diferenciación, metabolismo e interrelación con el entorno. Se caracteriza por una rápida multiplicación de células anormales, que se extienden más allá de los límites normales, pudiendo invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse a otros órganos. Este proceso se denomina metástasis y esta sería la principal causa de muerte por cáncer (1)

Tipos de cáncer de mama: Carcinoma “in situ”, Carcinoma Ductal “in situ”, Carcinoma Lobulillar “in situ”, Carcinoma Invasivo o Infiltrante, Enfermedad de Paguet.(2)

Tipos de Cáncer de Mama

- Carcinoma “In situ”: Ocurre en el conducto mamario sin traspasar la pared.
- Carcinoma ductal “In situ”: Ocurre dentro de un ducto, es el más común no invasivo.
- Carcinoma Lobulillar “In situ”: comienza en las glándulas productoras de leche sin pasarlas.
- Carcinoma invasivo: Lo hay Ductal y Lobulillar. Ambos traspasan la frontera anatómica invadiendo tejido adyacente.
- La Enfermedad de Paguet: Es una afectación del pezón, asociado o no a un carcinoma subyacente. (7)

RADIOTERAPIA

La radioterapia se define como “el uso de radiaciones ionizantes en su aplicación terapéutica sobre la enfermedad oncológica” ([3]).

La radioterapia constituye uno de los principales pilares en el tratamiento del cáncer. Se emplea como terapia local o loco-regional (cuando se incluyen los ganglios cercanos al tumor), es decir, se trata el cáncer en su lugar de origen y su objetivo varía en función de cuando se administra.

- Radioterapia Neoadyuvante.
- Radioterapia Radical
- Radioterapia adyuvante
- Radioterapia concomitante
- Radioterapia Intraoperatoria

Hay estudios que han demostrado, claramente, que la irradiación postoperatoria a la mama, reduce la tasa de recidiva local de 27% a aproximadamente 8.8% [(4)]

COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA RADIACIÓN

La integridad de la piel, sigue siendo uno de los principales inconvenientes para los pacientes que reciben Radioterapia.
La radioterapia va a provocar un efecto en la célula, tanto sana como tumoral. Todos los tejidos del cuerpo tienen un grado que ya se conoce de radiosensibilidad. Es la radiosensibilidad de los tejidos sanos que rodean al tumor lo que va a determinar la dosis máxima de radiación y los efectos secundarios esperados. (5)
Los mas frecuentes son: La radiodermitis y el linfedema y no menos importante se encuentran los factores psicológicos, por los que atraviesa el paciente oncológico, y que formam parte del dia a dia en el servicio de Radioterapia, y con los que la enfermera tiene que lidiar como parte fundamental del tratamiento. (6)

LA ENFERMERIA EN RADIOTERAPIA

Uno de los principales objetivos de la enfermería en radioterapia es identificar y controlar los efectos secundarios de la radioterapia y las complicaciones propias de la enfermedad. Además del desarrollo de acciones educativas de promoción prevención y tratamiento. El objetivo de educar a los pacientes, y también a los familiares, es proporcionar la información correcta, disipando mitos erróneos, muchas veces, en relación con el tratamiento. La comunicación es un aspecto clave de la enfermería. (2)

Pero la dedicación de la enfermería no solo abarca los problemas físicos de los pacientes. la propia experiencia de pasar por tener un cáncer, la incertidumbre sobre el futuro y lo difícil que se hace en muchas ocasiones los tratamientos a los se ven sometidos los pacientes. Todo ello hace que aumente el estrés durante el tto y que cobre más importancia el aspecto psicológico por parte de la enfermera. (6)

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Cáncer [Internet]. WHO. [cited 2017 Sep 26]. Available from: http://www.who.int/topics/cancer/es.
2. Ely S, Vioral AN. Breast cancer overview. Plast Surg Nurs Off J Am Soc Plast Reconstr Surg Nurses. 2007 Sep;27(3):128-133; quiz 134-135.
3. Dunne-Daly CF. Principles of radiotherapy and radiobiology. Semin Oncol Nurs. 1999 Nov;15(4):250–9.
4. Meade E, Dowling M. Early breast cancer: diagnosis, treatment and survivorship. Br J Nurs Mark Allen Publ. 2012 Oct 27;21(17):S4-8, S10.
5. Korinko A, Yurick A. Maintaining skin integrity during radiation therapy. Am J Nurs. 1997 Feb;97(2):40–4.
6. Hogle WP. Radiation therapy in the treatment of breast cancer. Semin Oncol Nurs. 2007 Feb;23(1):20–8.
7. Tipos de cáncer de mama [Internet]. [cited 2017 Dec 20]. Availablefrom:https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/

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

1. Introducción
2. Hipertensión arterial.
3. Tabaquismo.
4. Obesidad.
5. Sedentarismo.
6. Bibliografía.

1.INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles - o crónicas - son afecciones de larga duración que tienen una progresión generalmente lenta; podemos indicar que las principales son:

Enfermedades cardiovasculares; tales como los infartos agudos de miocardio o los accidentes cerebrovasculares; el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas donde destacarían la neumopatía obstructiva crónica o el asma; la diabetes; la hipertensión arterial; el sedentarismo y el tabaquismo.

Las enfermedades crónicas, representan con diferencia la causa por defunción más importante en el mundo, pues acaparan un 63% del numero total de muertes anuales.

2.HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial es una enfermedad letal, silenciosa e invisible, que rara vez provoca síntomas.

Fomentar la sensibilización pública es clave, como lo es el acceso a la detección temprana.

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes al año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes.

Los factores de riesgo que estarían relacionados con:

- El consumo de alimentos que contienen mucha sal y muchas grasas, así como insuficientes cantidades de frutas y hortalizas.
- El uso nocivo del alcohol.
- El sedentarismo y la falta de ejercicio físico.
- El mal control del estrés.

3.TABAQUISMO

La epidemia de tabaquismo es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo.

Datos y cifras:

- El tabaco mata a la mitad de sus consumidores.
- Cada año, más de 8 millones de personas fallecen en el mundo a causa del tabaco. Más de 7 millones de estas defunciones se deben al consumo directo y alrededor de 1,2 millones, consecuencia de la exposición involuntaria al humo del tabaco.
- Cerca del 80% de los mil cien millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos medianos o bajos.

4.OBESIDAD

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es, el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso.

El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos.

5.SEDENTARISMO

Al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud.

Causas de la inactividad física:

- Superpoblación.
- Aumento de la pobreza.
- Aumento de la criminalidad.
- Gran densidad del tráfico.
- Mala calidad del aire.
- Inexistencia de parques, aceras e instalaciones deportivas y recreativa.

La evolución mundial de la actividad física es especialmente preocupante en algunas poblaciones de alto riesgo: jóvenes, mujeres y adultos mayores.

6.BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud: Información general sobre la hipertensión en el mundo; OMS: WHO/DCO/WHD/2013.2; Ginebra, Suiza; (2013). 40p.
- Organización Mundial de la Salud (Internet) (Acceso 28/09/2019). Disponible en: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco.
- Organización Mundial de la Salud (internet) (Acceso 28/09/2019) Disponible en: www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

  .
- Organización Mundial de la Salud (Internet) (Acceso 28/09/2019) Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/

- Organización Mundial de la Salud (Internet) (Acceso 28/09/2019). Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/

.