Salud Comunitaria: Atención Primaria, Pediatría, Ginecología. Actualización.

Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria.

Octubre 2018

SOCIFOSA

Salud Comunitaria: Atención Primaria, Pediatría, Ginecología. Actualización

ISBN: 978-84-09-05614-9

Edición Octubre 2018

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: 13/Octubre/2018.

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: 978-84-09-05614-9

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

- **Tema 1. CUIDADOS ESPECÍFICOS EN MUJERES CON QUEMADURAS QUÍMICAS & VIOLENCIA DE GÉNERO.**
- ***Mª ÁNGELES SÁNCHEZ PÉREZ, Mª VISEDO HERNÁNDEZ, Mª ELENA RUÍZ SERRANO, JOSE ANTONIO SUBIELA GARCÍA.***
- **Tema 2. REHABILITACIÓN DE SUELO PÉLVICO TRAS PARTO ESPONTANEO.**
- ***Mª VISEDO HERNÁNDEZ, Mª ELENA RUÍZ SERRANO, JOSE ANTONIO SUBIELA GARCÍA, Mª ÁNGELES SÁNCHEZ PÉREZ***
- **Tema 3. NECESIDAD PRIORITARIA DE ESTABLECER UNA GUIA DE PRIMEROS AUXILIOS PARA SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS EN CENTROS EDUCATIVOS.**
- ***MANUEL DE LOS SANTOS MALENO, MARTA GALLARDO BENASACH, CRISTIAN ROMOSAN, ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN.***
- **Tema 4. PÉRDIDA DE PESO PONDERAL EN LACTANTE CON ESTENOSIS ESOFÁGICA. CASO CLÍNICO.**
- ***ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN, ROSA MARÍA MARTÍNEZ CARRASCO, MARTA GALLARDO BENASACH, CRISTIAN ROMOSAN.***
- **Tema 5. APLICACIÓN DE RADIOTERAPIA EN TUMORES PEDIÁTRICOS.**
- ***JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, MARÍA DEL MAR VERGARA BLANCO, NATALIA PÉREZ MARTÍNEZ, TERESA SÁNCHEZ MIRANDA.***
- **Tema 6. ESTUDIO SOBRE LA ORTOPANTOMOGRAFIA: UNA IMAGEN BIDIMENSIONAL.**
- ***ESTHER LUCIA AVILES LOPEZ,ESTHER MATEO CARRASCO,FRANCISCA FERNANDEZ ROMERA,ENCARNACION MARTINEZ PEREZ.***
- **Tema 7. ATLAS DE GREULICH Y PYLE EN EDAD INFANTIL. CASO CLÍNICO.**
- ***NATALIA PÉREZ MARTÍNEZ, TERESA SÁNCHEZ MIRANDA, JOSE MARÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, Mª DEL MAR VERGARA BLANCO.***
- **Tema 8. RETOS DE LA SALUD COMUNITARIA: LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***CRISTINA CABEZUELO VECINA.***
- **Tema 9. CONSEJO GENÉTICO DEL CÁNCER HEREDITARIO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
- ***SILVIA ANTOÑANZAS CALVO, SILVIA MUÑOZ LAPEÑA, ALEXANDRA MARROQUIN JUAREZ, CRISTINA MORENO MUÑOZ.***
- **Tema 10. EL DRENAJE LINFÁTICO MANUAL.**
- ***JUANA ISABEL MARTÍNEZ MENCHÓN.***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- **TEMA 11. EL RIESGO DE CAIDAS EN LA POBLACIÓN ANCIANA.**
- ***ANA BELÉN MONTESINOS TALAVERA***
- **TEMA 12. ENEMA OPACO.**
- ***MARÍA TERESA SÁNCHEZ MIRANDA, JOSE MARÍA MARTINEZ MARTINEZ, MARÍA DEL MAR VERGARA BLANCO, NATALIA PÉREZ MARTINEZ***
- **TEMA 13. FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN.**
- ***ANDREA CAYUELA LÓPEZ***
- **TEMA 14. GAMMAGRAFÍA ESCROTAL O TESTICULAR.**
- ***MARIA DEL MAR VERGARA BLANCO, NATALIA PEREZ MARTINEZ, TERESA SANCHEZ MIRANDA, JOSE MARIA MARTINEZ MARTINEZ***
- **TEMA 15. *GIARDIA LAMBLIA*, CASO CLÍNICO.**
  ALEXANDRA MARROQUÍN JUÁREZ, CRISTINA MORENO MUÑOZ, SILVIA MUÑOZ LAPEÑA, SILVIA ANTOÑANZAS CALVO
- **TEMA 16. CURVAS DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA(MURCIA) Y SU COMPARATIVA CON OTROS DATOS DE REFERENCIA.**
- ***MERCEDES RAMIREZ SALMERON***
- **TEMA 17. MÉTODO DE PUNCIÓN,TÉCNICA DE SELDINGER.**
- ***FRANCISCA FERNÁNDEZ ROMERA, ECARNACIÓN MARTÍNEZ PÉREZ , ESTHER LUCÍA AVILÉS LÓPEZ, ESTHER MATEO CARRASCO***
- **TEMA 18. METODOS ANTICONCEPTIVOS: FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE.**
- ***CRISTINA TUDELA BLAYA***
- **TEMA 19. MODELO TIDAL DE ENFERMERIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***VICTORIA BOSCH MARTOS, FRANCISCA DÍAZ ORTEGA, MARIA JOSÉ RUEDA GODINO, ELENA GARCIA TRUJILLO***
- **TEMA 20. EDUCACION SANITARIA EN NUTRICION ENTERAL DOMICILIARIA.**
- ***MARÍA JOSÉ LÓPEZ MARTÍNEZ, Mº EUGENIA LOPEZ-ZARCO SANCHEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- **Tema 21. MICOSIS CUTANEOMUCOSA: DERMATOFITOSIS O TIÑAS.**
- ***NOELIA MANRIQUE GONZÁLEZ***
- **Tema 22. PLAN ENFERMERO DE UN PACIENTE CON ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
- ***ELISABETH MORENO VICO, IRENE MORENO MOLINA, ADRIAN MARTIN GARCIA***
- **Tema 23. VENDAJE COMPRESIVO EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS VENOSAS.**
- ***LORENA EGEA PÉREZ***
- **Tema 24. EDAD IDEAL PARA LA INTRODUCCIÓN DEL GLUTEN EN EL LACTANTE.**
- ***MARÍA DE LOS ÁNGELES CUADROS GONZÁLEZ***
- **Tema 25. USO DE MACROBLOQUES EN EL TALLADO DE LAS PIEZAS DE PROSTATECTOMÍA RADICAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
- ***SILVIA MUÑOZ LAPEÑA, SILVIA ANTOÑANZAS CALVO, CRISTINA MORENO MUÑOZ, ALEXANDRA MARROQUÍN JUÁREZ***
- **Tema 26. PRINCIPIO ALARA Y DOSIMETRIA Y PROTECIÓN PEDIÁTRICA.**
- ***EZEQUIEL LUCAS LÓPEZ***
- **Tema 27. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.**
- ***BÁRBARA FATÁS CUEVAS, MARTA ARAGÜÉS GARDE, MARA ALONSO ALGARABEL, LAURA ARANDA RUBIO***
- **Tema 28. HEMATURIA EN ATENCION PRIMARIA.**
- ***FRANCISCO JOSÉ VALERO MENA, LUZ MARÍA SABATER GARCÍA, MARÍA SÁNCHEZ RODENAS***
- **Tema 29. SARAMPIÓN.**
- ***M.ª ROSARIO ÁLVAREZ LLANZÓN***
- **Tema 30. APERTURA DE PIEZAS DE HISTERECTOMÍA PARA SU FIJACIÓN EN ANATOMÍA PATOLÓGICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA** .
- ***CRISTINA MORENO MUÑOZ, ALEXANDRA MARROQUÍN JUÁREZ, SILVIA MUÑOZ LAPEÑA, SILVIA ANTOÑANZAS***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- **Tema 31. TRAUMATISMO TÉRMICO SEVERO EN EDAD PEDIÁTRICA.**
- ***ANTONIO MIGUEL SALINAS MARCOS, IRENE ALONSO MEDINA, SONIA ZAHARA CASTILLO AVILÉS***
- **Tema 32. COMPETENCIAS DEL TECNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO.**
- ***CARLOS JORGE GÓMEZ***
- **Tema 33. FOTOTERAPIA.**
- ***EVA TÈLLEZ MÁRQUEZ***
- **Tema 34. NECESIDADES PERCIBIDAS POR LAS MADRES QUE HAN DADO A LUZ UN MORTINATO: ESTUDIO FENOMENOLÓGICO.**
- ***SILVIA SATORRA RODRÍGUEZ***
- **Tema 35. TETRALOGÍA DE FALLOT**
- ***RAQUEL GAITANO ESCRIBANO, BEATRÍZ PULGARÍN PULGARÍN, MARTA ESPINOSA ATANCE***
- **Tema 36. EJERCICIOS DE FISIOTERAPIA PERINEAL EN MUJERES SOMETIDAS A CIRUGÍA. CASO CLÍNICO**
- ***INMACULADA ROCA SÁNCHEZ, JUANA Mª MARTÍNEZ CABALLERO, Mª REOLID SÁNCHEZ***
- **Tema 37. TERAPIAS DE TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN LA ESFERA PÉLVICA**
- ***Mª REOLID SÁNCHEZ, INMACULADA ROCA SÁNCHEZ, JUANA Mª MARTÍNEZ CABALLERO***
- **Tema 38. REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA TORÁCICA. CASO CLÍNICO**
- ***JUANA Mª MARTÍNEZ CABALLERO, Mª REOLID SÁNCHEZ, INMACULADA ROCA SÁNCHEZ***
- **Tema 39. TÉCNICAS MICROBIOLÓGICAS APLICADAS A LA DETECCIÓN DE CASOS DE ESCARLATINA EN CENTROS DE SALUD**
- **Mª ELENA RUÍZ SERRANO, JOSE ANTONIO SUBIELA GARCÍA, Mª ÁNGELES SÁNCHEZ PÉREZ, Mª VISEDO HERNÁNDEZ**
- **Tema 40. CASO CLÍNICO DE EMBARAZO HETEROTÓPICO**
- **MARTA GALLARDO BENASACH, CRISTIAN ROMOSAN, ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN, MANUEL DE LOS SANTOS MALENO**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- **Tema 41. CASO CLÍNICO DE EMBARAZO ASOCIADO A CÁNCER CERVICOUTERINO**
- ***CRISTIAN ROMOSAN, ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN, ROSA MARÍA MARTÍNEZ CARRASCO, MARTA GALLARDO BENASACH***
- **Tema 42. SINDROME DE HIPERSTIMULACION OVARICA**
- ***ANA MARÍA PARRA CRUZ, MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ, ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA***
- **Tema 43. TRASLADO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS A CENTROS SANITARIOS**
- ***JOSE ANTONIO SUBIELA GARCÍA, Mª ÁNGELES SÁNCHEZ PÉREZ, Mª VISEDO HERNÁNDEZ, Mª ELENA RUÍZ SERRANO***
- **Tema 44. ADENOIDES EN ETAPA INFANTIL**
- ***NATALIA CUBERO ESPÍN***
- **Tema 45. INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS NIÑOS**
- ***MARÍA AMPARO ORTUÑO MORENO, AMPARO BENAVENT BENAVENT***
- **Tema 46. ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD. UN MODELO DE SALUD PÚBLICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**
- ***MARIA CATALINA SOTO PEDREÑO***
- **Tema 47. EL AZÚCAR Y LA MIEL EN HERIDAS CRÓNICAS**
- ***ANA ELISABET LÓPEZ LÓPEZ***
- **Tema 48. BALÓN DE BAKRI**
- ***BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN, MARTA ESPINOSA ATANCE, RAQUEL GAITANO ESCRIBANO***
- **Tema 49. CÁNCER COLORRECTAL**
- ***ÁNGELES GALINDO INIESTA, MARÍA DOLORES CABAÑERO GARCÍA***
- **Tema 50. CÁNCER DE MAMA**
- ***MARÍA DOLORES CABAÑERO GARCÍA, ÁNGELES GALINDO INIESTA***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- **Tema 51. EI MÉTODO MADRE CANGURO Y SUS BENEFICIOS EN NEONATOS PREMATUROS. REVISIÓN SISTEMÁTICA.**
- ***ANA CRISTINA GARCÍA MARTÍNEZ***
- **Tema 52. VIH-VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA**
- ***ENCARNACIÓN MARTÍNEZ PÉREZ , ESTHER LUCIA AVILÉS LÓPEZ , ESTHER MATEO CARRASCO, FRANCISCA FERNÁNDEZ ROMERA***
- **Tema 53. ATENCIÓN INTEGRAL AL DOLOR EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS.REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
- ***ADRIANA FERNÁNDEZ LÓPEZ***
- **Tema 54. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTES Y DESPUÉS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOBRE HIGIENE DE MANOS**
- ***JULIÁN PÉREZ GARCÍA, MARIO PARREÑO JAREÑO, MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA, MARÍA DOLORES PARDO IBÁÑEZ, JULIO SAIZ JIMÉNEZ***
- **Tema 55. MANUAL DE AUTOCUIDADO PARA EL PACIENTE CRÓNICO**
- ***PABLO MANUEL CARBALLO GÓMEZ***
- **Tema 56. LUMBALGIA EN EL EMBARAZO**
- ***BÁRBARA DELGADO MONFRINO***
- **Tema 57. SEGURIDAD DEL METILFENIDATO EN EL TRATAMIENTO DEL TDAH**
- ***MARÍA JOSEFA GARCÍA MANZANARES***
- **Tema 58. EXTRACCIÓN TAPÓN DE CERUMEN POR IRRIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA**
- ***JOSE ANTONIO LÓPEZ REINA***
- **Tema 59. CEFALEAS**
- ***LAURA GRANJA FUENTES***
- **Tema 60. SERVICIO RADIOLOGÍA**
- ***ESTHER MATEO CARRASCO, FRANCISCA FERNÁNDEZ ROMERA, ENCARNACIÓN MARTÍNEZ PÉREZ, ESTHER LUCIA AVILÉS LÓPEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- **Tema 61. EFICACIA DE LA MANIPULACIÓN OSTEOPATÍCA EN EPICONDILAGIA LATERAL EN ADULTOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA**
- ***RUBÉN VELASCO REDONDO, PABLO FELIPE ROMERO HERNANDEZ***
- **Tema 62. CORDÓN UMBILICAL EN EL RECIÉN NACIDO Y SUS CUIDADOS**
- ***ISABEL MARTÍNEZ ROMERO***
- **Tema 63. DETERIORO COGNITIVO**
- ***JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN, Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS, VICTORIA CANDEL GUILLAMÓN, MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO***
- **Tema 64. DIABETES GESTACIONAL Y EMBARAZO**
- ***MIRIAM MORALES ITURRIAGA***
- **Tema 65. DISNEA COMO PRESENTACIÓN DE UN TUMOR KRUKEMBERG**
- ***ROCÍO PALOMO RODRÍGUEZ, RAFAEL SERRANO NOGALES, BELÉN PALOMO RODRÍGUEZ***
- **Tema 66. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN LA CISTITIS**
- ***AROA VILLASEÑOR DE LA FUENTE , ESPERANZA MARIA PÉREZ SÁEZ***
- **Tema 67. EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD: PASADO, PRESENTE Y FUTURO**
- ***GEMA MARTÍNEZ TORRES, PATRICIA MARTÍNEZ TORRES, GEMA MARÍA DELGADO PEÑUELA***
- **Tema 68. LA PROTECCIÓN DE DATOS DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA**
- ***GEMA MARÍA DELGADO PEÑUELA, GEMA MARTÍNEZ TORRES, PATRICIA MARTÍNEZ TORRES***
- **Tema 69. ENCEFALITIS JAPONESA**
- ***MARÍA ESTHER ORTEGA MARTÍN, MARÍA NAVAS GARCÍA, EVA CHECA PADILLA***
- **Tema 70. ENDOMETRIOSIS**
- ***MARIA TERESA ROMERO SÁNCHEZ, ESTHER NUÑEZ DE ARENAS ARANDA, ANA MARÍA PARRA CRUZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- **Tema 71. ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA**
- ***VANESSA PATRICIA GÓMEZ TOCÓN***
- **Tema 72. ADMINISTRACIÓN INTRACOCLEAR DE FARMACOS EN EL TRATAMIETO DE LA HIPOACUSIA INFANTIL**
- ***CRISTINA MARTÍN VILLARES, MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GIMENO, MARIA GIL MARTIN***
- **Tema 73. GAMMAGRAFÍA ESCROTAL O TESTICULAR**
- ***MARIA DEL MAR VERGARA BLANCO, NATALIA PEREZ MARTINEZ, TERESA SANCHEZ MIRANDA, JOSE MARIA MARTINEZ MARTINEZ***
- **Tema 74. HEMOPTISIS**
- ***MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO, JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN, Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS, VICTORIA CANDEL GUILLAMÓN***
- **Tema 75. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO POR E COLI SENSIBLE**
- ***Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS, VICTORIA CANDEL GUILLAMÓN, MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO, JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN***
- **Tema 76. INTOXICACIONES EN PEDIATRIA**
- ***MARIA RAMAJO HOLGADO, PATRICIA CARRERA MARTIN, MIRIAM CIGANDA CENOZ, LAURA ARMENDARIZ GONZALEZ***
- **Tema 77. LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**
- ***PATRICIA MARTÍNEZ TORRES, GEMA MARTÍNEZ TORRES, GEMA MARÍA DELGADO PEÑUELA***
- **Tema 78. BENZODIACEPINAS DISPONIBLES PARA EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO**
- ***LUIS CARLOS GONZALEZ BETANCORT***
- **Tema 79. PRINCIPALES MARCADORES TUMORALES Y SU UTILIDAD**
- ***JOSE GABRIEL HERNANDEZ GARCIA , MARIA REMEDIOS MARTINEZ GONZALEZ***
- **Tema 80. DIETA EN LA MIASTENIA GRAVIS**
- ***JOAQUÍN MARTÍNEZ LÓPEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- **Tema 81. MONONUCLEOSIS INFECCIOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**
- ***MARTA ESPINOSA ATANCE. RAQUEL GAITANO ESCRIBANO. BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN.***
- **Tema 82. MUESTRAS SANGUÍNEAS. OBTENCIÓN.**
- ***ANA JOSÉ SÁNCHEZ MARTÍNEZ***
- **Tema 83. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN SÍNDROME DOWN**
- ***FERNANDO HINOJOSA FUENTES, JOSÉ ÁNGEL LÓPEZ DÍAZ, MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ CHAVES***
- **Tema 84. PIE DIABÉTICO**
- ***SANDRA FERNÁNDEZ CABALLERO***
- **Tema 85. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO ANTES Y DESPUÉS DE UNA CESÁREA**
- ***MARIA JOSE DIAZ-PARREÑO CASARRUBIOS. MARIA JOSEFA CASARRUBIOS ABAD.***
- **Tema 86. DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN GERONTOLÓGICA SOBRE ALIMENTACIÓN EN USUARIOS INSTITUCIONALIZADOS CON RIESGO O DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN**
- ***NEREA MANZANERA TERUEL, ANDREA MARTINEZ MARTINEZ***
- **Tema 87. NUTRIENTES Y CÁNCER**
- ***ANDREA MARTINEZ MARTINEZ, NEREA MANZANERA TERUEL***
- **Tema 88. LACTANTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA**
- ***MANUEL MOREIRO MARTINEZ, ADA SOFÍA ACEDO DEL VALLE***
- **Tema 90. LOGOTERAPIA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON**
- ***MARÍA JOSÉ DÍAZ COUSO, JONATHAN ELENA VARELA, MARÍA DEL VALLE FLORES GAMERO, CLAUDIA GARCÍA LAGO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- **Tema 91. VISITA DOMICILIARIA PUERPERAL PRECOZ**
- ***PILAR ASIN CHINCHILLA, ROCIO CONDE LAMELAS, GABRIEL JIMENEZ JIMENEZ***
- **Tema 92. PREECLAMPSIA**
- ***ELISABET RIBAS ROMERO***
- **Tema 93. PROTECCION RADILOGICA EN PEDIATRIA**
- ***MARIA DEL CARMEN MOLINA VELEZ, MARIA CATALINA SOTO PEDREÑO***
- **Tema 94. PÚRPURA DE SCHONLEIN-HENOCH EN PACIENTE DE 3 AÑOS**
- ***MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ***
- **Tema 95. QUEMADURAS EN NIÑOS**
- ***MARIA DEL CARMEN GONZÁLEZ MONTIEL***
- **Tema 96. RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR EN ATENCIÓN PRIMARIA**
- ***PILAR VILLAESCUSA SANCHEZ, JESÚS GUIRAO MANZANO***
- **Tema 97. CASO CLINICO: GEA POR SALMONELLA**
- ***GEMMA ALONSO SANCHEZ***
- **Tema 98. CÁNCER DE PRÓSTATA y PSA EN ATENCIÓN PRIMARIA**
- ***MARÍA SÁNCHEZ RODENAS, LUZ MARÍA SABATER GARCÍA, FRANCISCO JOSÉ VALERO MENA***
- **Tema 99. SÍNDROME FEBRIL DE PROBABLE ORIGEN RESPIRATORIO**
- ***VICTORIA CANDEL GUILLAMÓN, MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO, JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN, Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS***
- **Tema 100. SÍNDROME UÑA-PATELA. A PROPÓSITO DE UN CASO**
- ***MANUEL GARCÍA FENOLLOSA***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- **Tema 101. VACUNAS**
- ***ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA, ANA MARÍA PARRA CRUZ, MARÍA TERESA ROMERO SANCHEZ***
- **Tema 102. VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL**
- ***ANDREA BARLÉS SAURAS***

TEMA 1.CUIDADOS ESPECÍFICOS EN MUJERES CON QUEMADURAS QUÍMICAS & VIOLENCIA DE GÉNERO.

Mª ÁNGELES SÁNCHEZ PÉREZ
Mª VISEDO HERNÁNDEZ
Mª ELENA RUÍZ SERRANO
JOSE ANTONIO SUBIELA GARCÍA

INDICE

- INTRODUCCIÓN.....3
- OBJETIVOS.....5
- METODOLOGÍA.....6
- RESULTADOS.....7
- CONCLUSIONES.....8
- BIBLIOGRAFÍA.....9

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las mujeres que son literalmente quemadas con químicos consecuencia de la violencia de género sufren una serie de secuelas cicatriciales, funcionales y como no, psicológicas que marcan su vida para siempre.

Enfermería tiene una función fundamental ante la actuación de los cuidados en estas mujeres sensibilizadas y fragilizados por agresiones tan brutales en las que el arrojo que productos químicos a su cara, cuello, manos y genitales producen quemaduras de tercer grado.

Se necesita un abordaje multidisciplinar para actuar frente a estas situaciones borde-line y una gran profesionalidad para tratar sensiblemente a estas víctimas que requieren de cuidados específicos.

Será por ello que todos los profesionales de centros especializados en el tratamiento de quemaduras y/o en Unidades de Cuidados Intensivos actualicen continuamente conocimientos sobre los determinados cuidados y funciones que deben de llevar a cabo en zonas dianas de las víctimas.
Generalmente se requiere de profesional experto en este tipo de cuidados, siendo fundamental el traslado inmediato a Unidades de Quemados para reducir la morbilidad de la lesión con autoinjertos o apósitos biológicos inmediatos tras la retirada de tejido necrótico.
A posteriori los cuidados de respiración, uso de drogas y analgésicos-sedantes, reposición de líquidos e iones, nutrición y eliminación serán fundamentales y necesarios para la recuperación física de la víctima. Además la gran carga psicológica que conlleva estas circunstancias irá asociada de cooperación entre médicos distintas especialidades, psicólogos, terapeutas, agentes judiciales y familiares.

OBJETIVOS

1. Conocer actuaciones específicas del profesional de enfermería ante situaciones de violencia de género por agresión con agentes químicos.
2. Especializar al personal de Unidades de Quemadas sobre cuidados específicos ante quemaduras este tipo de quemaduras.
3. Crear y actualizar protocolos especiales para víctimas de violencia de género por quemaduras químicas.
4. Concienciar a la población sobre la situación actual de mujeres víctimas de violencia de genero.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda sistemática bibliográfica exhaustiva donde se encontraron 55 estudios, de los cuales a unos 7 estudios, se prestó especial interés.

La búsqueda se realizó en bases de datos de Ciencias de la Salud como Cuiden, Pubmed, Lilacs, Medscape, CINHAL, Scielo y Embase. También se consiguieron algunos artículos en bases de revistas como Elsevier y en guías clínicas de Fisterra y en Medicina Basada en la Evidencia.

Se consideraron los estudios buscados durante el periodo de tiempo de 2013-2018.

Descriptores: “CUIDADOS ESPECÍFICOS”, “MUJERES”, “QUEMADURAS QUÍMICAS”, “TERCER GRADO”, “VIOLENCIA DE GÉNERO”.

RESULTADOS

Los principales cuidados que los profesionales de enfermería ejercen en las Unidades de Quemados sobre estas mujeres irán destinados a:

- La permeabilidad y soporte de la vía aérea.
- El tratamiento de los signos de toxicidad sistémica.
- La administración de analgésicos potentes y sedación, en casos necesarios.
- El aporte de fluidos, iones y nutrición.
- El cuidado de las lesiones en piel realizando irrigaciones continuas con Lactato Ringer durante periodos de 30 minutos varias veces al día en las zonas lesionadas hasta conseguir un PH neutro. También se llevan a cabo curas oclusivas con gasas parafinadas para preparación del tejido en futuras cirugías plásticas con autoinjertos.
- Protección ante nuevas agresiones.

CONCLUSIONES

La creciente violencia de género asociada a agresiones por quemaduras químicas se da cada vez más frecuentemente en poblaciones en desarrollo.

La principal búsqueda de esta situación por parte del agresor es provocar en la víctima unas “cicatrices de por vida” que le recuerden su vínculo con el maltratador acompañado de enormes problemas emocionales, de conciliación, incapacidades laborales y sentimentales y en muchos casos, rechazo social y familiar.

El abordaje de estas víctimas será multidisciplinar tanto a nivel sanitario como judicial y su adaptación a la nueva situación será complejo y difícil a lo largo de su vida necesitando de una continuidad tanto a nivel hospitalario como ambulatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ambrosoni María, Telechea Héctor, Cristiani Federico, Manaro Beatriz, Pizarro Marcela, Menchaca Amanda. Severely burned patients: a treatment proposal for the Intensive Care Unit of Pereira Rossell Hospital Center. Arch. Pediatr. Urug. 2018; 89(2): 129-134.
2. Castillo, P. Quemaduras. Conceptos para el médico general. May 2018. Cuadernos de Cirugía 17(1): 58-63. ISSN 0718-2864.
3. Gaviria-Castellanos J.L., Gómez-Ortega V., Gutiérrez P. Quemaduras químicas por agresión: características e incidencia recogidas en el Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia. 2015; Cir. Plást. Iberolatineam. 41 (1): 73-82.
4. Puerta Hoyos G.I., Bernal Vélez M., Jaramillo Sandoval S. Protocolo de Atención Integral de Urgencias a Víctimas de Agresiones con Agentes Químicos. 2014.

TEMA 2. REHABILITACIÓN DE SUELO PÉLVICO TRAS PARTO ESPONTANEO.

Mª VISEDO HERNÁNDEZ
Mª ELENA RUÍZ SERRANO
JOSE ANTONIO SUBIELA GARCÍA
Mª ÁNGELES SÁNCHEZ PÉREZ

ÍNDICE

BREVE EXPOSICIÓN DEL CASO.....3
ANTECEDENTES PERSONALES.....4
ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL.....5
VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN.....6
EVOLUCIÓN.....7
ACTIVIDADES.....9

BREVE EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer 41 años que llega a consulta de su médico de Centro de Salud muy preocupada por presentar incontinencia y urgencia urinaria acompañada de laxitud extrema en zona perineal tras pasar el puerperio de tercer parto espontaneo con ayuda de ventosa.

Está dando lactancia materna a su hijo, ya instaurada y sin problemas. Además muy llorosa, refiere labilidad emocional y problemas de tiroides durante la gestación.

Nos comenta que no se alimentar adecuadamente por falta de apetito y que se siente continuamente cansada.

También hace referencia a que no consigue mantener relaciones sexuales debido a que está muy triste, presenta sensación de quemazón genital y no tiene apetencia sexual, mencionando continuamente su incontinencia urinaria.

ANTECEDENTES PERSONALES

Paciente con antecedentes de depresión tras la muerte de su madre, medicada desde hace siete años con fluoxetina 10 mg diario, orfidal 1 mg si necesita por crisis de ansiedad y bromazepan 1,5 mg cuando precisa para dormir.

Historia ginecológica: Menarquia a los 11 años, ciclos 28 días. Menstruaciones abundantes. Gestaciones 4, abortos 1 espontaneo, partos espontáneos 3. Dolor pélvico tipo quemazón.

Durante su ultima gestación de alto riesgo por edad de la paciente e hipotiroidismo gestacional ha estado tomando ácido fólico 0,4 mg día, hierro elemental 30 mg diario y levotiroxina 100 mcg/día. Además abandonó su tratamiento antidepresivo durante la gestación.

Alérgica al tramadol y a la amoxicilina/Ác. Clavulánico.

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Actualmente se encuentra en domicilio, con lactancia materna exclusiva para su hijo. Toma un aporte vitamínico Natalben diario y su tratamiento de ácido fólico y hierro, sugerido por ginecóloga.

Nos comenta que su última analítica hace veinte días estaba todo estable, salvo ligera anemia producida por el parto y que no estaba tomando ninguna otra medicación.

Está muy nerviosa, aludiendo que desde que salió del hospital tras el parto, ha tenido pérdidas de orina frecuentes y que pese a los ejercicios de entrenamiento de vejiga, no consigue controlar. Usa continuamente compresa de incontinencia urinaria. Todavía no ha tenido nuevamente menstruación y no ha mantenido relaciones sexuales por dolor tipo quemazón y pérdida de lívido.

VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN

Exploración: Mujer 69 kg, Tª: 36,2ºC,TA: 99/53mmHg consciente, orientada y con síntomas de ansiedad. Discurso rápido y muy llorosa. Piel deshidratada (pliegue moderadamente positivo) y pálida. Conjuntiva muy pálida. Mantiene edema maleolar postparto. Auscultación cardiorrespiratoria sin datos de interés.

Laxitud perineal con posible descolgamiento de vejiga, se deriva a interconsulta urgente de ginecología y de urología.

Analítica: hemograma: hematocrito 35%, hemoglobina 6,8 mg/dl, leucocitos normales; bioquímica: glucosa 74 mg/dl, TSH 9,9 mU/L, T3 y T4 normales ; orina: negativa a cuerpos cetónicos y sangre; urocultivo negativo con algunas células anormales.

ECG: alteraciones inespecíficas de la repolarización con ritmo sinusal. Leve taquicardia sinusal compensada.

Pendiente de cita para realizar TAC abdomino-pélvico sin contraste.

EVOLUCIÓN

La paciente inicia nuevamente su tratamiento antidepresivo y se le recomienda iniciar lactancia artificial para beneficio del recién nacido. Se le prescribe carbegolina oral 1 mg en dos dosis 24horas para retirada farmacológica de la lactancia materna y a pedido de la interesada ya que manifiesta llorando que no consigue aguantar la situación y necesita su tratamiento habitual para la depresión.

A seguir es derivada a las consultas de ginecología y urología de forma urgente para valoración de suelo pélvico y posibles complicaciones patológicas postparto.

También se deriva a consulta de endocrinología donde se le diagnostica hipotiroidismo, por lo que inicia nuevamente tratamiento con levotiroxina y se le realiza ecografía cervical presentando dos pequeños nódulos aparentemente benignos y en seguimiento cada 6 meses.

Se le realiza TAC abdomino-pélvico y tras ser valorada y explorada por ginecología se remite a Unidad de Rehabilitación para iniciar terapia de ejercicios pelvicoginecológicos por presentar ligero prolapso genital postparto.

Seguidamente es atendida en consulta de urología quien tras estudio de los resultados del TAC se le diagnostica un cistocele grado II y se le indica que debe iniciar inmediatamente el tratamiento de rehabilitación prescrito por ginecología y si empeora será propuesta para cirugía.

ACTIVIDADES

La paciente es derivada al programa de Rehabilitación de Suelo Pélvico Postparto a nivel hospitalario durante mes y medio en el que participa activamente en la realización de ejercicios de Kegel combinado con el uso de conos vaginales progresivamente.

Pasado un mes, consigue retener la orina y disminuyen las alteraciones y el "discomfort" en las relaciones sexuales e inicia nuevamente su vida sexual. También mejora su situación desde el punto de vista de urología, manteniendo en seguimiento su cistocele grado II.

A nivel psicológico mejora con la instauración de su tratamiento antidepresivo habitual.

Analíticamente también mejora, manteniendo ligera anemia y estabilizándose valores de hormonas tiroideas.

TEMA 3. NECESIDAD PRIORITARIA DE ESTABLECER UNA GUIA DE PRIMEROS AUXILIOS PARA SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS EN CENTROS EDUCATIVOS.

MANUEL DE LOS SANTOS MALENO

MARTA GALLARDO BENASACH

CRISTIAN ROMOSAN

ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....3
OBJETIVOS.....6
METODOLOGÍA.....7
RESULTADOS.....8
CONCLUSIONES.....9
BIBLIOGRAFÍA.....10

INTRODUCCIÓN

Los avances informativos, las telecomunicaciones y la mejora genética de la especie hace que demandemos y estemos mejor preparados para adaptarnos y controlar situaciones de emergencia que se pueden originar en cualquier momento de nuestra vida y de las cuales tenemos que estar preparados. Y que mejor sitio para esa preparación que en los colegios y con nuestros profesionales de la educación junto a la indispensable presencia de la enfermera escolar y la atención comunitaria. Los problemas son cada vez más difíciles de controlar y la demanda educativa ha aumentado exponencialmente quedando obsoletos los medios informativos y deficitarios sobre salud que existe en la actualidad.

El afrontamiento de la falta de cultura preventiva en nuestro

país, enfocada desde cada centro educativo en particular y no a nivel estatal ni de comunidad autonómica, es la clave imprescindible para abolir la deficiencia salud integral que se lleva hoy a cabo en nuestros colegios.

La educación para la salud y prevención debe iniciarse a tempranas edades con actividades y juegos en los que los padres tengan un papel importante y participen activamente junto a sus hijos y profesores. Será a partir de los 7 – 8 años de edad cuando se iniciarán charlas y prácticas esenciales de primeros auxilios, que irán avanzando y ampliándose conforme el aumento del rango de edad y el adecuado perfil psicológico y escolar del alumno.

Es imprescindible crear una guía escolar que sirva como herramienta para saber actuar ante situaciones de urgencias y emergencias en centros escolares, actualizarla y fomentarla anualmente con programas de salud integrados con programas de educación.

Las principales situaciones de emergencias en centros escolares son:

1ª. Infarto agudo de miocardio o paro cardiaco.

2ª. Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.

3ª. Reacción alérgica severa.

4ª. Emergencias escolares derivadas de enfermedades crónicas: Asma, diabetes, epilepsia y enfermedad celíaca.

Luego tenemos otras situaciones de urgencias en centros escolares como son : golpes y caídas generales (contusiones, colisiones, esguinces, luxaciones y fracturas), accidentes en cabeza (accidentes en los ojos, accidentes bucodentales (con o sin pérdida dental) y accidentes en los oídos)), dolor de cabeza, dental, torácico y abdominal, heridas, hemorragias, quemaduras, mordeduras, quemaduras, síncopes, alergias alimentarias e intoxicaciones.

OBJETIVOS

1. Crear una guía práctica sobre primeros auxilios en urgencias y emergencias de centros de educación obligatoria que sirva como herramienta para actuar con seguridad ante estas situaciones.
2. Preparar anualmente a los profesionales que integran los centros educativos para tener los conocimientos y la práctica para saber actuar en dichas emergencias.
3. Concienciar a la población de la urgente necesidad de dicha guía, su protocolización inmediata y su adecuado uso en centros escolares.
4. Informar a la población general de la necesidad de implantación de dicha guía.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática donde se han analizado algunos estudios ajustados esta temática y que nos han aportado entre otra información, pautas a seguir ante una situación de emergencia activa, protocolos de primeros auxilios, enfermedades comunes y/o crónicas en centros educativos, conocimiento de los accidentes escolares, etc. Para ello se utilizaron buscadores de Ciencias de la Salud como Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico, Pubmed español y Embase. Hemos tenido en cuenta guías de emergencias a texto completo y algunas tesis doctorales actuales de los cinco últimos años. Se encontraron 28 estudios y de ellos fueron seleccionados 9 artículos.

Los descriptores utilizados fueron: “guía didáctica”, “centros educativos”, “docente”, “protocolos de actuación”, “emergencias activas”.

RESULTADOS

Legalmente existe un vacío importante ante estas situaciones de emergencias activas en los centros escolares, apoyándose casi exclusivamente en el Código Penal que regula en su artículo 195, sobre las responsabilidades penales que pueden incurrir en aquellas personas que no prestan auxilio en casos urgentes y accidentes (anteriormente citado en la legislación actual). Este artículo solo hace referencia a un deber del ciudadano, y todos somos ciudadanos.

Cabe destacar que esta guía sería realizada con la coordinación de un gran grupo de profesionales de distintos ámbitos laborales, que puedan abarcar todas las situaciones de emergencia activas en centros escolares como: educadores, sanitarios, padres, asociaciones, asesores de educación, profesionales de asuntos sociales, abogados, etc.

CONCLUSIÓN

Mundialmente y sin excepciones socioculturales, la población infantil ha sido y es, la población más expuesta a todo tipo de lesiones no intencionales o accidentes, debido a su propia naturaleza y fragilidad. Por eso, todos los seres humanos que interrelacionan en su bienestar y calidad de vida deben de reunir fuerzas comunes para favorecer su entorno y desarrollo. La lucha por la prevención de dichas lesiones no intencionales será un prometedor futuro para estos niños, empezando desde el hogar y seguido por la sanidad, escuela y legislación. Es muy importante que las relaciones de colaboración entre todos los profesionales de educación y sanidad que se ven involucrados con el alumnado, estén claramente establecidas y protocolizadas mediante herramientas que faciliten sus estrategias y aptitudes adaptándose a cada situación específica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alba Martín, R. Educación para la salud en primeros auxilios. (2015). Enfermería Universitaria, 12(2), 88-92.
2. López-García, S., Martín-Villar, MI., Maneiro-Dios, R., Abelairas-Gómez, C. y Barcala-Furelos, R. Programación didáctica: Primeros auxilios, un contenido incluido en la LOMCE. (2016). Scientific Technical Journal, 3 (2), 474-495.
3. Azkunaga, B.; Benítez, T.; Carazo, E.; Domenech, A.; Esparza, M. J.; Gaitero, J.; Gilabert, N.; Junco, I.; López-Corominas, V.; Lluna, J.; Mintegi, S.; Obieta, A.; Olabarri, M.; Rubio, B.; Segura, E.; Soriano, M.; Vila, J. J. y Yagüe, F. Guía para Padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas en la edad infantil. (2017). Fundación MAPFRE. España.

TEMA 4. PÉRDIDA DE PESO PONDERAL EN LACTANTE CON ESTENOSIS ESOFÁGICA. CASO CLÍNICO.

ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN

ROSA MARÍA MARTÍNEZ CARRASCO

MARTA GALLARDO BENASACH

CRISTIAN ROMOSAN

INDICE

- BREVE EXPOSICIÓN DEL CASO.....3
- ANTECEDENTES PERSONALES.....4
- ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL.....5
- VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN.....6
- EVOLUCIÓN.....7
- ACTIVIDADES.....9

BREVE EXPOSICIÓN

Niño 2 meses y siete días de edad que ingresa por tercera vez consecutiva desde su nacimiento, por urgencias hospitalarias pediátricas por pérdida de peso ponderal del 12% en las últimas dos semanas.

Remitido a su hospital, por su pediatra de familia. Rechaza todo tipo de alimentación tanto materna como lactancia artificial, sólo toma pecho durante tomas de 10-15 minutos espaciadas en seis-siete horas diarias. También rechaza leche materna en biberón. Irritante y lloroso. Según sus padres pasa las noches llorando y duerme poco. También presenta deposiciones diarreicas que no se acompañan con la cantidad de alimentación ingerida diariamente, según sus padres. La madre se encuentra muy llorosa y descontrolada por la situación.

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes perinatales: parto mediante cesárea de 38+5 semanas de gestación por monitor complicado. Embarazo controlado y curso normal (3 gestaciones, 1 parto, 1 cesárea). Peso: 2.420 gr, Apgar 1´: 9, Apgar 5´: 10, talla: 49 cm, perímetro cefálico: 34 cm, temperatura: 36.6ºC, saturación O2: 98%.

Madre sin antecedentes obstétricos ginecológicos significativos, AGA negativo, Antígeno de hepatitis B y otros negativos. Presentó hipotiroidismo gestacional que fue medicado con Eutirox 50 mg/día en comprimidos. También desarrolló ligera hipertensión gestacional que fue controlada con dieta hiposalina y labetalol 100 mg/día.

Familia estructurada sin ámbito endémico.

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Desde su nacimiento, los padres refieren que el lactante tuvo dificultad para iniciar la lactancia materna posiblemente por pezón invertido de la madre, pero que tras asesoramiento por enfermería, consiguieron tomas adecuadas y un buen agarre. También comentan que duerme muy mal desde que nació con lloro repentino nocturno que no se corresponde con necesidades alimentarias o de eliminación y que tras cada toma de pecho regurgita moderada cantidad de leche a pesar de utilizar las medidas antirreflujo explicadas por los profesiones sanitarios. Las tomas nunca sobrepasan los 10-15 minutos de duración.

Correctamente vacunada y en seguimiento por consulta del niño sano en su pediatra de centro de salud.

VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN

Exploración: Peso actual: 3.200 gr, temperatura: 36ºC, saturación O2: 98%, F Cardíaca: 115 lpm, F Respiratoria: 33 rpm. Estado general estable, pequeño para su edad. Aspecto deshidratado y piel y mucosas pálidas. Hipotónico e irritado por momentos, empeora en la tarde-noche. Auscultación pulmonar normal. Abdomen blando, depresible, indoloro, sin masas ni megalias. SNC: reactivo, no signos de focalidad neurológica. No exantemas ni petequias. ORL normal.
Analítica sangre: hemograma, bioquímica, hemocultivo y gasometría venosa, presentando PCR elevada, anemia.
Analítica de orina y de heces: orina para anormales y sedimentos, urocultivo y coprocultivo. Sin leucitosis ni proteinuria ni glucosuria ni virus entéricos en heces.
Radiografía toraco-abdominal: se observa moderada estenosis esofágica a estudio, sin patología respiratoria.

EVOLUCIÓN

Se deja ingresado en unidad de pediatría para valoración de la lactancia materna, observación de situación alimentaria, control de micción y deposiciones. Tras un día de ingreso se observa que mantiene rechazo a la alimentación artificial no tomando absolutamente nada por boca, salvo pecho con su madre. Supervisada lactancia materna, buena succión y buen enganche, aunque el tiempo de toma es escaso (10-15 minutos) y la frecuencia en cada toma es muy distanciada (6-7horas). Pierde peso continuamente, se le pesa c/12horas. En las noches presenta irritabilidad y llanto inconsolable, recurrimos a administrar analgesia paracetamol vía oral 0.90 ml, mejorando. Se decide colocar sonda nasogástrica e iniciar nutrición enteral de leche de inicio 90 ml cada 3 horas, tras haber ofrecido primero al bebé por boca que rechaza continuamente. Inicia solución de jarabe de ranitidina vía oral cada 12 horas.

Observamos que con este método, no toma tanta lactancia materna por lo que pasados dos días se le vuelve a instaurar nuevo método de alimentación enteral. Inicia alimentación enteral nocturna de 288 ml de leche de inicio durante 8 horas (00h a las 8:00h)y durante el día se le ofrece biberones de 50 ml cada 3 horas de leche de inicio, SIN FORZAR y lactancia materna a demanda.

Pasados dos días se decide su traslado al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca para estudio de tránsito intestinal y consultas urgentes con especialidad de digestivo-pediatría. Los padres comienzan a presentar síntomas de ansiedad y desespero ante tal situación.

ACTIVIDADES

La lactante presentaba una pérdida de peso ponderal importante, sin solución aparente con las medidas nutricionales y medicamentosas impuestas por su pediatra. Se supervisó horariamente las tomas de la lactante junto con el control de micción y deposiciones (características, volumen y frecuencia). Se estudiaron los resultados de la analítica en sangre, de orina y de heces (coprocultivo), todos negativos a procesos infecciosos o víricos. Se revisaron las pruebas diagnósticas para visualizar la estenosis esofágica y se propusieron nuevas pruebas invasivas para su diagnóstico y otros futuros hallazgos.

Ante una respuesta negativa a todo el tratamiento y las actividades realizadas, se decidió trasladar al hospital central para una mejor estudio y valoración de la situación.

TEMA 5. APLICACIÓN DE RADIOTERAPIA EN TUMORES PEDIÁTRICOS.

JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ
MARÍA DEL MAR VERGARA BLANCO
NATALIA PÉREZ MARTÍNEZ
TERESA SÁNCHEZ MIRANDA

ÍNDICE

- Neoplasias infantiles.
- Características de las neoplasias infantiles.
- Tumor de Wilms o nefroblastoma.
- Neuroblastoma.
- Retinoblastoma.
- Rabdomiosarcoma.

NEOPLASIAS INFANTILES

Las neoplasias infantiles más frecuentes son:

- Leucemia linfoblástica aguda.
- Linfoma no Hodgkin.
- Enfermedad de Hodgkin.
- Tumores del sistema nervioso central (SNC).

Entre los tumores pediátricos sólidos los más frecuentes son:

- Tumor de Wilms.
- Rabdomiosarcoma.
- Neuroblastoma.
- Retinoblastoma.

CARACTERÍSTICAS DE LAS NEOPLASIAS INFANTILES

A diferencia de los tumores en adultos, los tumores pediátricos requieren algunas características en cuanto a su manejo. Concretamente hay que tener en cuenta varias cosas:

1. El niño tiene un potencial de crecimiento que debemos preservar en la medida de lo posible.
2. La esperanza de vida del niño es mayor que la del adulto.
3. Las neoplasias presentan gran radiosensibilidad y quimiosensibilidad (la mayoría son muy indiferenciados).

Las dosis en radioterapia utilizadas son muy inferiores a las utilizadas en tumores adultos y su fraccionamiento suele alterarse para intentar minimizar el daño a los tejidos sanos

en crecimiento, bien hiperfraccionando o con fracciones bajas de hasta 1 ó 1,2 Gy por fracción.

Para matar las células tumorales residuales, en lugar de radiación tradicional, también se está experimentando la “terapia de haz de protones”.

TUMOR DE WILMS O NEFROBLASTOMA

Neoplasia maligna del riñón y es el tipo más frecuente de cáncer abdominal en niños. La edad media del diagnóstico es de 3,5 años y hay factores genéticos asociados. Se presenta como una masa abdominal no dolorosa o esporádicamente una hematuria macroscópica. El tratamiento es una combinación de cirugía, quimioterapia y radioterapia según estadío.

Si es necesario irradiar su campo de tratamiento incluye el flanco abdominal en el que se incluye el tumor. Las dosis son de 10-20 Gy pudiendo llegar a 35 Gy en casos desfavorables. Fraccionamiento de 1,2-1,5 Gy/fracción.

NEUROBLASTOMA

Se desarrolla en las células nerviosas primitivas, llamadas neuroblastos. Puede aparecer a lo largo de toda la cadena simpática desde el cuello a la pelvis y también en las glándulas suprarrenales. Son tumores agresivos de alta mortalidad. Puede diseminarse a huesos, médula ósea, hígado, ganglios linfáticos, piel y alrededor de los ojos.

Los síntomas más comunes se deben a la presión que ejerce el tumor, en la medida en que va creciendo, sobre los tejidos cercanos o al cáncer que se disemina hasta el hueso. El neuroblastoma puede causar estos y otros síntomas:

- Bulto en el abdomen, el cuello o tórax.
- Ojos protuberantes.
- Círculos oscuros alrededor de los ojos (ojeras)
- Dolor en los huesos.
- Estómago hinchado y problemas para respirar en lactantes.
- Bultos azulados o indoloros debajo de la piel en lactantes.
- Debilidad o parálisis.

La radioterapia se utiliza si es preciso en el trasplante de médula ósea. En los demás casos es secundario, pero de ser así incluirá el tumor más ganglios linfáticos regionales. Dosis de 18-25 Gy con fraccionamiento de 1,2-1,5 Gy/fracción. Para la metástasis se usará dosis de 4,5 Gy en 3 días consecutivos para aliviar los síntomas.

RETINOBLASTOMA

Es una cáncer de retina que se limita a los ojos, pero puede extenderse hacia el cráneo a través del nervio óptico. El cáncer puede aparecer en uno o ambos ojos. Si es en ambos es siempre hereditaria. La manifestación clínica se asocia al llamado “reflejo del ojo de gato” que consiste en la aparición de un punto blanco en la pupila en lugar de un punto rojo cuando se hace una fotografía. Además de estrabismo y disminución de la agudeza visual.

La radioterapia está indicada en retinoblastoma multifocal, tumores grande o afectación a mácula o nervio. Dosis de 30-60 Gy con fraccionamiento de 1,8 Gy/fracción ó 3 Gy/fracción/3 veces a la semana.

RABDOMIOSARCOMA

Constituye más del 80% de los tumores de partes blandas en la infancia. Se puede presentar en cualquier parte del organismo que tenga músculo estriado. Sus localizaciones principales son cabeza y cuello, área genitourinaria, extremidades y tronco. La localización es un factor pronóstico, siendo la órbita y área genitourinaria el mejor pronóstico. El cuadro clínico es la presencia de una masa. Su tratamiento será multidisciplinar.

La radioterapia será usada en el tratamiento del tumor local que no ha podido ser extirpado con cirugía, sobre todo en cabeza, cuello y pelvis. La dosis no es el totalmente conocida, pero será de 40-50 Gy durante 4-6 semanas, aunque depende de la edad, tamaño del tumor y estadío.

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** Oftalmología Clínica, Quinta Edición, Jaxk J. Kanski. Volumen 1. Butterworth Heinemann Elsevier, Inc; 2015.
- **Página WEB :** Asociación Española de Pediatría. Disponible en http://www.apcontinuada.com
- **Datos:** Curso de Técnico Especialista en Radioterapia. Murcia. 2012.

TEMA 6. ESTUDIO SOBRE LA ORTOPANTOMOGRAFIA: UNA IMAGEN BIDIMENSIONAL.

ESTHER LUCIA AVILES LOPEZ
ESTHER MATEO CARRASCO
FRANCISCA FERNANDEZ ROMERA
ENCARNACION MARTINEZ PEREZ

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- EN QUE CONSISTE
- RESULTADOS

INTRODUCCION

La ortopantomografia o radiografía panorámica es un estudio radiológico en donde es posible observar toda la boca completa, incluyendo piezas dentales, mandíbula y estructuras móviles de cada paciente. La ortopantomografia es esencial para los odontólogos para facilitarles el estudio y las patologías de cada paciente y planificar asi el tratamiento mejor a realizar. Como esta prueba es tan sencilla y tiene buenos resultados que aportar , se realiza de forma diaria en los hospitales y clínicas privadas. Es un examen que permite poder planificar el trabajo a realizar por los profesionales odontólogos y maxilofaciales.

EN QUÉ CONSISTE:

La ortopantomografia es una radiografía extra oral, esto significa que tanto el emisor como la placa están fuera a la cavidad dental. La imagen se obtiene mediante un movimiento giratorio alrededor de la cabeza, mientras el paciente muerde una hendidura, la cual, lleva un protector, que es individual para cada paciente, y siempre se realizara en bipedestación o sedestación con el cuerpo recto y manos agarrando los lados del aparato, el centraje es sobre la línea media del cuerpo a nivel de la articulación temporomandibular ATM.
Es una prueba corta , no dura más de un minuto , cuya imagen es obtenida en el mismo momento de la prueba.

RESULTADOS

Las principales indicaciones de la ortopantomografia son: Obtener la presencia de caries dentales. Diagnóstico de procesos infecciosos que se han extendido más allá del diente. Tener una mejor cronología en los dientes de los niños con dentadura temporal y mixta. Definir reabsorciones radiculares producidas por procesos infecciosos o por efectos traumáticos, al igual que por ortodoncia. Establecer cantidad de estructura ósea remanente existente para implantes dentales. Identificar presencia de lesiones óseas patológicas. Valorar las estructuras anatómicas tales como la articulación temporomandibular.

RESULTADO

El paciente introduce los dientes en una herradura de mordida con un protector puesto ,a continuación, se centra el haz de luz en la articulación temporomandibular y se produce el dispar, son estudios con baja radiación. Incluso para niños hay elaborados estudios más cortos para facilitar que no se muevan.

Las ortopantomografías 3D son importantes en el área de la odontología ,cirugía bucal, la implantología, la ortodoncia o la periodoncia. Son muchas sus ventajas, ya que a través de ella puedes leer muchas patologías y también estudiar diversas formas de trabajo para cada persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Pubmed y/o Scielo.
- www.nartclinicadental.com
- Enciclopedia Medline, radiologia convencional.
- Cetir , especialidades ortopantomografía.
- Seram

TEMA 7. ATLAS DE GREULICH Y PYLE EN EDAD INFANTIL. CASO CLÍNICO.

NATALIA PÉREZ MARTÍNEZ

TERESA SÁNCHEZ MIRANDA

JOSE MARÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

Mª DEL MAR VERGARA BLANCO

ÍNDICE

-DESCRIPCIÓN DEL CASO.
-EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.
-JUICIO CLÍNICO.
-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
-CONCLUSIONES.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 9 años y 6 meses, con edad ósea de 8 años y 6 meses, estatura de 124 cm y peso de 24 Kg., la curva de crecimiento ha ido descendiendo desde los 3 años. Sin enfermedades crónicas ni agudas. Factores hereditarios: madre con inicio de pubertad a los 15 años.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Radiografía de mano y muñeca izquierda en proyección PA donde se determina el grado de mineralización de los huesos del carpo, metacarpo y falanges. Esta radiografía se compara con unos modelos que hay para cada edad (atlas de Greulich y Pyle). Se considera normal la variación de un año más o menos entre la edad ósea y la edad real. Juicio clínico: en función a los percentiles, a la herencia genética y a los atlas de Greulich y Pyle, el crecimiento del menor es normal.

JUICIO CLÍNICO

En función a los percentiles, a la herencia genética y a los atlas de Greulich y Pyle, el crecimiento del menor es normal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe incluir historia clínica y examen físico, edad ósea, ultrasonido pélvico, gonadotropinas, ultrasonido adrenal y RM del SNC. Este estudio ayuda a evaluar la maduración del esqueleto.

CONCLUSIONES

Mediante este estudio podemos diagnosticar a un paciente que posea un mayor o menor desarrollo de lo normal; es uno de los primeros pasos para poder seguir un tratamiento con mayor complejidad. Se puede completar este examen con una proyección de la silla turca o una ortopantomografía.

TEMA 8. RETOS DE LA SALUD COMUNITARIA: LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

CRISTINA CABEZUELO VECINA

ÍNDICE

RETOS DE LA SALUD COMUNITARIA: LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

1.- RETOS DE LA SALUD COMUNITARIA.

2.- LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES.

3.- CONSEJOS PARA COMUNICAR CARA A CARA EN SITUACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA

4.- CONCLUSIONES FINALES

5.- BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

RETOS DE LA SALUD COMUNITARIA

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Una amplia red de atención primaria repartida por el territorio garantiza el derecho a la salud de los ciudadanos.

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

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

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

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

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

COMUNICACIÓN INTERPERSONAL ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES

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

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

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

De este modo, se puede afirmar que la relación entre un profesional sanitario y un paciente es un fenómeno bastante complicado, y se basa en una multitud de diversos componentes de carácter económico, profesional , jurídico, psicológico, moral, ético y estético.

En este sentido, la génesis de la capacidad para una actitud ética personal y profesional data desde los albores de la humanidad, y presupone responsabilidades que elegimos adoptar en relación con otros, y de este modo se establece una situación paralela entre el analista y el paciente, y aunque ellos no son parejas iguales están en una situación de mutualidad, subjetividad compartida e influencia recíproca.

Esta confianza entre ambas partes basadas en la sinceridad y la verdad son claves para la resolución exitosa del problema de salud que se presenta y con el que se pretende acabar.

CONSEJOS PARA COMUNICAR CARA A CARA EN SITUACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

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

CONCLUSIONES FINALES

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

En segundo lugar, a su vez, esta población tiene grandes expectativas en sus médicos y enfermeras porque la salud se les ha reconocido como un derecho, y por lo tanto, los profesionales y trabajadores del sector son los encargados de posibilitarle la materialización de ese derecho reconocido por la normativa vigente.

En este caso, los profesionales de la sanidad de atención primaria adquieren un protagonismo consistente en asumir la responsabilidad moral del eje fundamental en defensa de la calidad de la atención que brinda, de velar por las condiciones higiénico-sanitarias en los pueblos y ciudades de España, garantizar los recursos necesarios ofrecidos por el sistema nacional de salud en todo momento, velar por las condiciones de vida y trabajo de la población, así como educar para la salud a todos los profesionales del sector.

BIBLIOGRAFÍA

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

-Menéndez R. La nueva dimensión de la relación médico-paciente en nuestros días. En: Acosta Sariego JR ed. Bioética desde una perspectiva cubana. 1ra. ed. Centro Félix Varela: 1997;105-23

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

TEMA 9. CONSEJO GENÉTICO DEL CÁNCER HEREDITARIO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

SILVIA ANTOÑANZAS CALVO

SILVIA MUÑOZ LAPEÑA

ALEXANDRA MARROQUIN JUAREZ

CRISTINA MORENO MUÑOZ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN
OBJETIVOS
MATERIAL Y MÉTODOS
RESULTADOS
CONCLUSIONES
BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Entre un 5 y 10% de los casos de cáncer tienen un patrón de herencia claro y, hasta en un 20% de todos los cánceres que se atienden en una consulta de Oncología presentan datos familiares de agregación familiar.

Estas familias tienen que ser asesoradas en una Unidad de Consejo Genético (UCG).

OBJETIVOS

Conocer para qué sirven y cuales son criterios de funcionamiento de la Unidad de Consejo Genético (UCG)

MATERIAL Y METODOS

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Google Scholar, PubMed, Jornada Formativa sobre Consejo Genético en Cáncer Hereditario en Castilla y León, publicaciones de psicooncología y cáncer hereditario.

RESULTADOS

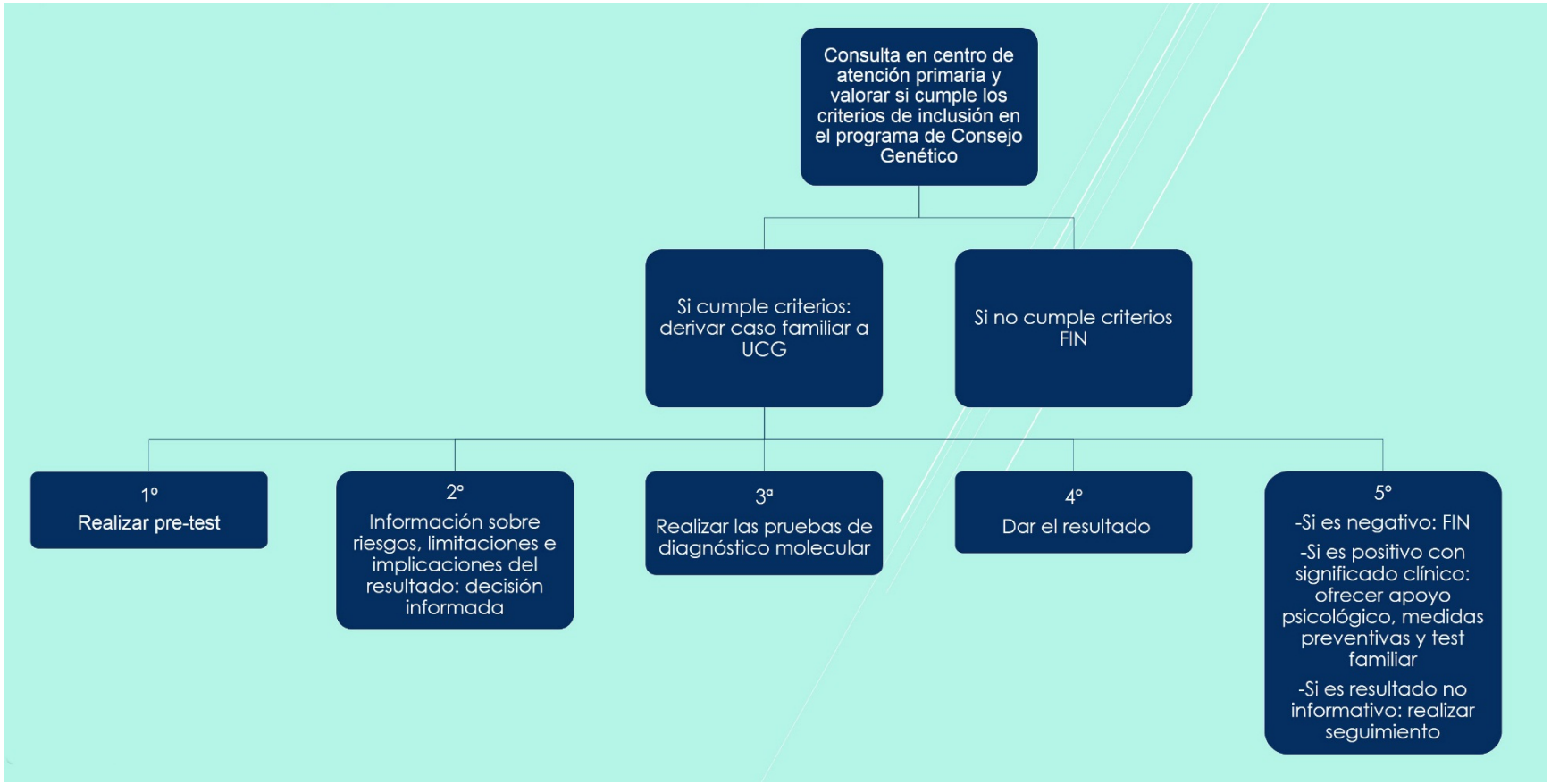
Las UCG son áreas de trabajo que dedican su labor asistencial e investigadora al cáncer hereditario y al asesoramiento genético.

Las UCG se centran en el estudio del cáncer colorrectal, mama y ovario; existiendo distintos protocolos de actuación y criterios de inclusión en el programa, en función del tipo de cáncer hereditario a estudiar.

Los avances clínicos y moleculares en esta área nos permiten:

-detectar las personas que realmente presentan riesgo de padecer un determinado tipo de cáncer por ser portadores de una mutación germinal en algún gen de predisposición (tests genéticos).

-la posibilidad de reducir el riesgo de padecer dicha enfermedad con cirugías profilácticas.


Consulta en centro de atención primaria y valorar si cumple los criterios de inclusión en el programa de Consejo Genético
Si cumple criterios: derivar caso familiar a UCG
Si no cumple criterios FIN
1º
Realizar pre-test
2º
Información sobre riesgos, limitaciones e implicaciones del resultado: decisión informada
3ª
Realizar las pruebas de diagnóstico molecular
4º
Dar el resultado
5º
-Si es negativo: FIN
-Si es positivo con significado clínico: ofrecer apoyo psicológico, medidas preventivas y test familiar
-Si es resultado no informativo: realizar seguimiento

CONCLUSIÓN

Tras el estudio y comparativa de varias bibliografías resaltan dos aspectos importantes:

- crear un registro de familias con cáncer hereditario constituye una vía adecuada para lograr diagnósticos antes de una diseminación tumoral y, por consiguiente, mayores posibilidades de cura, reducción de cirugías radicales, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes.

- necesidad de tratamiento psicológico en personas con riesgo de cáncer hereditario que inician el asesoramiento en la UCG

BIBLIOGRAFÍA

1. Lastra-Aras E, et al. SEOM recommendations on the structure and operation of hereditary cancer genetic counseling units (HCGCUs). *Clin Transl Oncol.* 2013; 15:20-5.

2. Habibovic S, Bulbic Y, Hrgovic Z. The role of BRCA1 and BRCA2 genes in hereditary breast cancer. Med Arch 1999; 53(1): 7-12.

3. American Society of Clinical Oncology Policy Statement Update. Genetic testing for cancer susceptibility. J Clin Oncol 2003; 21: 1-10.

TEMA 10. EL DRENAJE LINFÁTICO MANUAL.

JUANA ISABEL MARTÍNEZ MENCHÓN

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- RECUERDO ANATOMO-FISIOLÓGICO DEL SISTEMA LINFÁTICO
- FUNCIONES DEL SISTEMA LINFÁTICO
- INDICACIONES DEL DRENAJE LINFÁTICO
- CONTRAINDICACIONES DEL DRENAJE LINFÁTICO
- EFECTOS DEL DRENAJE LINFÁTICO
- TÉCNICAS DE DRENAJE LINFÁTICO
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN

El drenaje linfático manual, es una técnica de masoterapia especial orientada a la resolución de edemas prioritariamente linfáticos.

Consiste en la aplicación de una tracción sobre la piel de forma lenta y rítmica para conseguir “abrir” las vías linfáticas. De esta forma se consigue drenar los líquidos excedentes que bañan las células y evacuar los desechos que provienen del metabolismo celular. Así el sistema puede funcionar solo correctamente.

Existen dos grandes escuelas: Vodder y Leduc, que han definido las técnicas y protocolos de actuación.

RECUERDO ANATOMO-FISIOLÓGICO DEL SISTEMA LINFÁTICO

Los canales del sistema linfático están extendidos por todo el organismo excepto por el sistema nervioso central, que no posee capilares linfáticos propios, así como el cartílago, los huesos y las porciones superficiales de la piel. Aunque estos tejidos si que tienen canales llamados pre-linfáticos, a través de los cuales puede fluir el líquido intersticial que irá a desembarcar a los vasos linfáticos o en el caso del cerebro al líquido cefalorraquídeo y desde ahí a la sangre.

En todos los canales existen válvulas que evitan que la linfa retorne, dado que este sistema sólo tiene una dirección ascendente a diferencia del sistema arterio-venoso.

La linfa fluye a través de los canales gracias a una contracción intrínseca de las paredes del vaso linfático, además de cualquier factor externo que comprima de forma intermitente el vaso que puede provocar el bombeo. Estos factores pueden ser:

- Contracción de los músculos vecinos.
- Movimiento de partes del cuerpo.
- Pulsaciones arteriales.
- Compresión de los tejidos por objetos externos.

La linfa también es impulsada por el movimiento del diafragma (respiración) y las presiones negativas en el interior del tórax durante el ciclo respiratorio.

Existen vasos superficiales y profundos. Los profundos van acompañando a las venas. Los superficiales se localizan entre la piel y el tejido subcutáneo y van a drenar

a los siguientes grupos gangliolares:

- Cara, cuero cabelludo y cuello drenarán a ganglios cervicales.
- Piel de extremidades superiores, tronco por encima del ombligo hasta clavícula y la mitad de la nuca, irán a ganglios axilares.
- Piel de extremidades inferiores, periné, genitales externos y linfa del tronco por debajo del ombligo, drenarán en ganglios inguinales.
- El conducto torácico comienza en un ensanche llamado “cisterna de Pecquet”, aquí llega la linfa de las extremidades inferiores y de la pelvis.

Todos los troncos linfáticos finalizarán en el ángulo que forman la vena yugular y la subclavia, detrás del tercio externo de la clavícula.

FUNCIONES DEL SISTEMA LINFÁTICO

1. Transporte de las grasas de la dieta

Los vasos linfáticos transportan hasta la sangre los lípidos y las vitaminas liposolubles absorbidas en el aparato digestivo.

2. Protección contra la invasión

El tejido linfático es el portador de las respuestas inmunitarias contra invasores o células anormales determinadas, valiéndose para ello de los linfocitos y los macrófagos. Los encargados de producir linfocitos son los ganglios linfáticos, junto al timo, bazo y amígdalas.

3. Eliminación de las proteínas de los espacios intersticiales

Los linfáticos se llevan las proteínas y partículas grandes de los espacios tisulares, ninguno de los cuales se puede eliminar mediante la absorción directa en el capilar sanguíneo. Esta función es esencial, sin ella moriríamos en 24 horas.

INDICACIONES DEL DRENAJE LINFÁTICO

- Lipedemas.
- Cicatrices y queloides.
- Afecciones de la piel, eczemas, cuperosis y acné.
- Estasis y acúmulo de líquidos.
- Edemas post-quirúrgicos y postraumáticos.
- Linfedemas
- Trastornos osteomusculares y del tejido conjuntivo.
- Edemas locales del sistema nervioso central y periférico.
- Trastornos vasculares periféricos.
- Alteraciones pulmonares.
- Afecciones digestivas.
- Edema debido a enfermedades internas.
- Patologías de las vías respiratorias altas.
- Trastornos reumáticos.

- Trastornos neurológicos como cefaleas y migrañas, neuralgia del trigémino, síndrome de Down, Hemiplejía y encefalopatías linfostáticas.

CONTRAINDICACIONES DEL DRENAJE LINFÁTICO

1. Absolutas:

- Descompensación cardíaca.
- Cáncer.
- Tuberculosis.
- Infecciones agudas: dolor, calor , hinchazón.
- Trombosis.
- Crisis asmáticas.
- Tromboflebitis.
- Anexitis, dismenorreas.
- Varices tortuosas y con relieve.

2. Relativas:

- Hipotensión arterial.
- Síndrome del seno carotideo.
- Trastornos abdominales.
- Hipertiroidismo.
- Asma bronquial (fuera de la crisis).
- Traumas y quemaduras.
- Menstruación abundante.
- Nefritis y nefrosis.
- Cáncer tratado sin metástasis.
- Nevus.
- Inflamaciones crónicas.
- Postrombosis, si no hay riesgo de embolia.
-

EFECTOS DEL DRENAJE LINFÁTICO

1. Drenante: de capilares linfáticos, sanguíneos y de líquido intersticial.
2. Neural: activación del sistema nervioso Parasimpático, produciendo relajación y sedación e inhiben los estímulos dolorosos, activando los mecanoreceptores de la piel.
3. Musculatura: actuando sobre la musculatura lisa y la estriada.
4. Sistema Defensivo: efecto que aún esta sin demostrar

TÉCNICAS DEL DRENAJE LINFÁTICO

- Generalidades de la técnica:

❖ Adaptar las manos a la superficie del cuerpo.
❖ Empujar la piel, sin fricción ni resbalar.
❖ Empujes largos y lentos.
❖ Dirección de los “desagües linfáticos”.
❖ Ritmo pausado, monótono y armónico.
❖ Presiones más débiles que en el resto de masajes
❖ De proximal a distal.
❖ Drenaje previo de la zona del cuello.
❖ Fase de presión que sigue a la de relajación.

- Movimientos básicos:

❖ Círculos fijos: tocar la piel, presionar progresivamente la piel realizando un círculo y aflojar. Posteriormente volver al punto de partida. Zonas en las que se aplica esta técnica son la cara, cuello y nuca, tórax, axilas, ingles y zona lumbar.

❖ Bombeo: con la mano perpendicular en la zona a tratar y empujar con la palma, posteriormente aflojar la presión. Zonas en las que se aplica este movimiento son las zonas curvas del cuerpo y en extremidades.

❖ Combinada: bombeo con la mano posterior y circulo fijo con la mano de delante.

❖ Movimiento dador: tocar con la palma y presionar moviendo la piel y girando la palma, desplazar lateralmente los dedos, aflojar la presión y volver a la posición inicial. Se aplica este movimiento en las extremidades.

- Giros, rotatorio: tocar con las yemas de los dedos estirados y pulgar abierto, bajar la palma y tocar la piel, presionar, empujar y girar, posteriormente aflojar la presión y cerrar el pulgar y finalmente levantar la palma y avanzar los dedos. Las zonas donde se aplica son fundamentalmente la espalda, los glúteos y el abdomen.

CONCLUSIONES

El drenaje linfático manual favorece tanto la fluidez de los fluidos corporales, así como la eliminación de los desechos de los tejidos.

También puede regular los trastornos metabólicos y combate los estados de acúmulo de líquidos.

Debe ser realizado por profesionales cualificados.

BIBLIOGRAFÍA

- Font Poré B, Font Poré M. Drenaje linfático manual. Fisioterapia al día. 2012. 8 (2): 56-57.
- Lacomba Torres M. Guía de masoterapia para fisioterapeutas. Editorial Panamericana. 2006.
- Leduc A, Leduc O. Drenaje linfático: teoría y práctica. Masson.2003.
- Vinyes, Frederic. La linfa y su drenaje manual. 6ª Ed. RBA integral. 2001.
- Torres Lacomba M, Martínez Galán, I. El drenaje linfático manual. Fisioterapia. 1999. 21 (2): 70-84.

TEMA 11. EL RIESGO DE CAIDAS EN LA POBLACIÓN ANCIANA.

ANA BELÉN MONTESINOS TALAVERA

ÍNDICE

Introducción
Factores de riesgo
Escalas de valoración
El ejercicio físico para evitar caídas.
Consecuencias
Bibliografía

INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población mundial ha incrementado un problema de salud pública como son las caídas en los ancianos. Las caídas son consideras como un síndrome geriátrico. Anualmente un 30% de los mayores de 65 años sufren caídas y muchos de ellos, la mitad aproximadamente, volverá a caerse. Entre los ancianos institucionalizados la cifra de caídas aumenta al 50%.Las caídas significan una importante causa de pérdida funcional, de institucionalización y aumento de morbilidad y mortalidad en los ancianos (1)(2).

Factores de riesgo

Las caídas se originan por la interacción de los factores relacionados con la salud del paciente (intrínsecos) y factores del entorno (extrínsecos). Estos factores deben identificarse con una valoración clínica que incluye analizar las circunstancias de las caídas, identificar los factores de riesgo intrínsecos, comorbilidad y valoración funcional (2).

Podemos diferenciar los factores de riego en biológicos, ambientales, comportamentales y socioeconómicos(3)(4)(5):

-Los factores de riesgo biológicos son intrínsecos e incluyen características biológicas del individuo, como son la edad y el sexo. A mayor edad mayor riesgo y las mujeres también tienen más riesgo. Estos factores están asociados a alteraciones como el deterioro cognitivo, las enfermedades crónicas, deterioro visual y alteraciones en el aparato locomotor. La marcha y el equilibrio son los factores de riesgo más importantes.

-Los factores de riesgo socioeconómicos son los factores extrínsecos que están relacionados con las condiciones sociales y situaciones económicas de los individuos. Podemos destacar condiciones inadecuadas de vivienda, vivir solo y acceso limitado a la salud y a la asistencia social.

-Los factores de riesgo comportamentales también se consideran extrínsecos y están en relación con acciones humanas y emociones . Podemos destacar el uso de medicamentos, el consumo de alcohol y tabaco, el miedo a caer, calzado inadecuado…El uso de ayudas técnicas como bastones o andadores, pueden ser considerados un riesgo si su uso es incorrecto y un signo de fragilidad. Respecto al uso de medicamentos ,hay una asociación entre caídas en personas de edad avanzada y el uso de ciertos fármacos, así como la polimedicación . Con la reducción del número de medicamentos a menos de cinco se puede reducir el número de caídas.

-Los factores de riesgo ambientales son extrínsecos e incluyen la relación de las condiciones físicas de la persona con el medio que le rodea, incluyendo los peligros domésticos y ambientales, como las superficies resbaladizas, la iluminación deficiente, la ausencia de barras de apoyo en los cuartos de baño y pasillos.

Escalas de valoración

Entre las escalas de valoración de riesgo a las caídas destacamos (3)(6)(7):

- Escala de Tinetti : es una herramienta fiable para la evaluar la marcha y el equilibrio.
- J. H. Downton: valora factores de riesgo, caídas previas, uso de medicamentos, déficit sensorial y estado mental y de la marcha.
- Timed Up and Go Test (TUGT): evalúa la marcha y el equilibrio
- Escala de eficacia de caídas-Internacional (FES-I, Falls Efficacy Scale International) : evalúa el miedo a caer en la realización de actividades de la vida diaria.
- BOMFAQ (Brazilian OARS Multidimensional Function Assessment Questionnaire), evalúa la dificultad en la realización de actividades de la vida diaria.

El ejercicio físico para evitar caídas

El ejercicio físico es una intervención importante para evitar caídas. Resulta eficaz para reducir el riesgo y el número de caídas, tanto en población comunitaria como en la institucionalizada. Los ejercicios en grupo multicomponente (equilibrio, fuerza y resistencia) y el Tai Chi son beneficiosos para reducir el riesgo de caídas. También hay una disminución del riesgo de caída en pacientes frágiles con deterioro cognitivo, debido a que con el ejercicio físico mejoran las funciones ejecutivas(8).

Consecuencias

Aunque la mayoría de las caídas producen lesiones leves, aproximadamente el 5% precisará hospitalización, principalmente por fracturas. La fractura más frecuente en personas mayores es la de cadera, en un 15-20 % de los casos los pacientes morirán en el plazo de un año. Los pacientes pueden sufrir graves consecuencias tras una fractura de cadera , desde distintos grados de discapacidad hasta la perdida total de independencia. Los ancianos que viven institucionalizados tienen una incidencia 3 veces mayor que los que viven en la comunidad(1)(9).

Las caídas también tienen consecuencias psicológicas negativas, que puede llevar a un síndrome poscaída, con miedo ante la posibilidad de una nueva caída. También es importante tener en cuenta las consecuencias económicas, ya que aumentan tanto los costes sanitarios como de asistencia social empleados para el cuidado de los pacientes .Repercute también en una limitación social del mayor y de sus cuidadores (1)(10).

Una vez sucedida la caída el anciano necesita de un tratamiento multidisciplinar,médicos, fisioterapeuta, enfermería y familiares o cuidadores de la persona (2).

Bibliografía

1. Da Silva Gama, Z A, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. Revista de Saúde Pública. 2008; 42: 946-956.

2.Hernández J G, Pérez de las Casas MO, Madam Perez M T, Díaz DB, Lara C M, Coello S D.¿ Podemos desde atención primaria prevenir las caídas en las personas mayores?. Atención primaria.2010; 42(5): 284-291.

3. Terra Jonas L, Diniz Lima VK, Inácio Soares M, Mendes M A, Silva J V, Mônica Ribeiro P. Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores:¿ cómo hacerlo?. Gerokomos.2014; 25(1): 13-16.

4. Suelves JM, Martínez V, Medina A. Lesiones por caídas y factores asociados en personas mayores de Cataluña, España. Revista Panamericana de Salud Pública.2010; 27: 37-42

5.Da Silva Gama Z A, Gómez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España: Una revisión sistemática, 2007. Revista Española de Salud Pública. 2008; 82: 43-55.

6.Guevara C R, Lugo LH. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. Revista colombiana de reumatología.2012; 19(4): 218-233.

7.Del Rocío Almazán-Castillo M, Jiménez-Sánchez J. Escala de valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.2013; 21(1): 9-14.

8.Casas Herrero A, Izquierdo M. (Ejercicio físico como intervención eficaz en el anciano frágil. In Anales del sistema sanitario de Navarra. 2012.(Vol. 35: No. 1, pp. 69-85). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

9.Muñoz S, Lavanderos J, Vilches L, Delgado M, Cárcamo K, Passalaqua S, Guarda M. Fractura de cadera. Cuadernos de Cirugía.2018;22(1): 73-81.

10. Da Silva Gama Z A, Conesa A G. Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. Fisioterapia. 2008 ;30(3): 142-151

TEMA 12. ENEMA OPACO.

MARÍA TERESA SÁNCHEZ MIRANDA
JOSE MARÍA MARTINEZ MARTINEZ
MARÍA DEL MAR VERGARA BLANCO
NATALIA PÉREZ MARTINEZ

INDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. ¿ PARA QUÉ SIRVE?
3. REALIZACIÓN DE LA PRUEBA
4. EFECTOS SECUNDARIOS
5. CONCLUSIONES
6. REFERENCIAS

1. INTRODUCCIÓN

Un enema de bario es una radiografía del colon y del recto. El colon y el recto conforman el intestino grueso, que ayuda en la formación de los excrementos. Un enema de bario ayuda a los médicos a descubrir afecciones médicas en el colon y el recto, como inflamación, pólipos y cáncer. El bario es un medio de contraste.

Un medio de contraste es una sustancia que se usa para producir imágenes más claras del interior del cuerpo.

2. ¿ PARA QUÉ SIRVE?

-Existencia de diarrea crónica
-Sangre en las heces
-Dolor abdominal
-Síndrome de colon irritable
-Pérdida de peso injustificada
-Cambio en el hábito intestinal

Las imágenes con contraste sirven para diagnosticar:
-Ulceras
-tumores benignos
-cáncer

-Enfermedades inflamatorias

-otros tipos de enfermedades que afecten el colon.

3. REALIZACIÓN DE LA PRUEBA

-Antes de realizar la prueba deberá desnudarse, descalzarse y colocarse una bata. Deberá despojarse de joyas y objetos metálicos.

-Una vez comienza la exploración, deberá beber el bario y se le indicarán las diferentes posiciones que debe adoptar sobre la mesa del equipo de radiología.

- Se ve el paso del bario a lo largo del tubo digestivo, y simultáneamente se ven las imágenes en un monitor y se obtienen las radiografías.

-La exploración tiene una duración aproximada de 20 minutos; si se realiza tránsito intestinal se prolongará dos horas más, este es un tiempo aproximado que varía en cada paciente y está en relación con la rapidez con que pase el bario por el intestino.

-Una vez finalizada la prueba puede hacer un régimen normal de comidas.

Es conveniente que durante el día tome abundantes líquidos para eliminar más fácilmente el bario.

4. EFECTOS SECUNDARIOS

– Reacción alérgica al contraste.

– Exposición a radiaciones ionizantes (rayos X) aunque en estos estudios es mínima.

– Perforación intestinal e infección del peritoneo (es una complicación excepcional).

Este estudio está contraindicado para personas que padecen de incontinencia del esfínter anal, exacerbaciones agudas de la enfermedad del colon (colitis ulcerativa, colitis), alergia al bario, perforación de colon.”

5. CONCLUSIONES

Se trata de una prueba muy segura, sencilla, poco invasiva y muy utilizada en el campo de la medicina digestiva.

La preparación pueda ser algo molesta, la mayoría de los pacientes toleran bien la prueba.

Existe un riesgo mínimo de irradiación pero no produce reacciones alérgicas ni efectos tóxicos conocidos.

6. REFERENCIAS

Américan Society of Oncology –www.cancer.net

Radiologycal Society of North América – www.radiologinfo.org

Sociedad Española de Radiología Médica – www.inforadiologia.org

www.cediv.cat

www.revista-portales médicos.com

TEMA 13. FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN.

ANDREA CAYUELA LÓPEZ

ÍNDICE

CASO CLÍNICO

- MOTIVO CONSULTA
- EXPLORACIÓN
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- DIAGNÓSTICO

CASO CLÍNICO

MOTIVO CONSULTA

Varón de 41 años, con antecedentes personales de pancolitis ulcerosa y estenosis uretral por hipertrofia benigna de próstata, que consulta en atención primaria por malestar general, fiebre intermitente de hasta 38ºC y molestias urinarias leves e intermitentes de un mes de evolución.
No presenta clínica respiratoria, alteraciones del hábito gastrointestinal, pérdida de apetito ni ninguna otra sintomatología acompañante.
Valorado por Digestivo quien descarta brote actual de su enfermedad de base.

CASO CLÍNICO

EXPLORACIÓN

Temperatura 37,9ºC.
Tensión arterial 110/84 mmHg.
Frecuencia cardíaca 76 lpm.
Saturación oxígeno 99%.
Orofaringe normal.
Auscultación cardiorespiratoria normal.
Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias.
Piel translúcida.
Hiperlaxitud de articulaciones metacarpo-falángicas.

CASO CLÍNICO

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 70lpm. PR normal. Hemibloqueo de rama derecha.
Labstix orina en atención primaria: negativo.
Analítica sanguínea: glucosa 86mg/dL, urea 44mg/dL, creatinina(Cr) 1,28mg/dL, ácido úrico 4,1mg/dL, sodio 141mEq/L, potasio 4,4mEq/L. Proteína C reactiva 3,85mg/dL . Hemoglobina 12,4g/dL, hematocrito 38,6%, plaquetas 243,0x10^3/uL, leucocitos 7,94x10^3/uL. Coagulación normal.

Tras el resultado analítico en el que destaca PCR de 3,85 y ante la sospecha de una probable prostatitis se decide derivar al paciente al hospital de referencia.

CASO CLÍNICO

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Sistemático de orina: 76 leucocitos por campo. Resto normal.
Urocultivo tras masaje prostático: Staphylococcus haemolyticus.
Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico.
Tomografía computarizada toraco-abdominal: aumento de tamaño de arteria pulmonar y aorta torácica. Edema de colon en probable relación con colitis ulcerosa. Patrón cortical renal estriado.
Ecocardiografía: gran dilatación de aorta ascendente sin signos de comunicación izquierda-derecha (raíz de aorta de 41 mm y aorta ascendente de 40 mm). Dilatación del tronco pulmonar. Mínimo escape valvular aórtico.

CASO CLÍNICO

DIAGNÓSTICO

- Prostatitis aguda.
- Síndrome de Loeys-Dietz.

BIBLIOGRAFÍA

- Jiménez-CurzJF; Broseta-Rico E. Clasificación, etiología, diagnóstico y tratamiento de las prostatitis. Otros tipos de prostatitis. Enferm Infecc Microbiol Clin 2005;23(4):47-56.
- Ortiz D; Sánchez D; Chércoles L. Aneurismas de aorta abdominal e ilíaca y síndrome de Loeys- Dietz . MEDISAN 2013;17(4).
- Fortuny E; Cañadas V; Vilacosta I. Aneurisma aórtico en síndromes hereditarios. Diagnóstico diferencial con el síndrome de Marfan. Cardiocore.2011;46(3):105–108.
- Ortiz LD, Sánchez GD, Chércoles CL. Abdominal aortic iliac aneurysms and Loeys-Dietz syndrome. MediSan 2013; 17 (04)

TEMA 14. GAMMAGRAFÍA ESCROTAL O TESTICULAR.

MARIA DEL MAR VERGARA BLANCO

NATALIA PEREZ MARTINEZ

TERESA SANCHEZ MIRANDA

JOSE MARIA MARTINEZ MARTINEZ

ÍNDICE

1- PARA QUE SIRVE LA GAMMAGRAFIA ESCROTAL
2- CAUSAS DEL DOLOR ESCROTAL AGUDO
3- NECESIDAD DE PRONTITUD DEL DIAGNOSTICO
4- TECNICA DE ADQUISICION DE LA IMAGEN
5- PREPARACION DEL PACIENTE
6- RADIOFARMACO
7- POSICION (PROYECCION) EL PACIENTE
8- INSTRUMENTACION
9- TIEMPO DE ESPERA
10- TIEMPO DE ADQUISICION
11- IMAGEN NORMAL

1.- El escroto que tiene mucha vascularización puede ser estudiado por la medicina nuclear de forma clara y eficaz, se justifica en el diagnostico diferencial del dolor escrotal agudo.

2.- Cuando hay un escroto doloroso las causas pueden ser dos:

a) Una infección que puede ser tratada con antibióticos

b) La torsión del cordón espermático, cuya estructura reúne:

- Epidídimo
- Vasos sanguíneos y linfáticos.
- Nervios.

La torsión de este cordón da lugar al estrangulamiento de todo lo anterior con riesgo de necrosis testicular.

3.- La necesidad de prontitud en caso de torsión o estrangulamiento, viene dada porque el tratamiento quirúrgico debe realizarse antes de 6 horas, porque el retroceso en la instauración del flujo da lugar a la necrosis testicular.

4.-La técnica de adquisición que se utiliza para diferenciar la torsión testicular de una epididimitis es la exploración isotópica que consiste en una angiogammagrafía seguida de adquisición estática.

5.- El paciente no precisa ni requiere ninguna preparación especial.

6.- Radiofármaco.:

Los mas utilizados son el 99m-tc-pertecnectado y el 99mtc-DTPA. La dosis en adultos es de 15 a 20mCi y en niños 250 nCi/Kg de peso, con un mínimo de 2mCi .

7.- La posición del paciente:

En decúbito supino. Se coloca el pene sobre el abdomen con esparadrapo para evitar interferencias. Una pequeña banda plomada entre testículos y muslos.

- 8.- Instrumentación:

  -Colimador LEAP niños se puede usar pinhole.

  -Ventana: 20% o inferior, centrada en 140ke.V.

  -Matriz: 64x64 para estudio dinámico y 256x256 para las imágenes estáticas.
- 9.- No es necesario esperar, se empieza inmediatamente después de inyectar el fármaco.
- 10.- En el tiempo de adquisición , se capta la llegada del fármaco a los testículos unos 2 segundos durante el primer minuto. Después se obtienen imágenes estáticas acumulando 500Kc para cada una.

11.- En la imagen normal se capta el trazador de una manera homogénea en ambos testículos.

Epididimitis: se ve un aumento del flujo en el testículo afecto.

Torsión testicular: no se ve ningún flujo en el testículo afecto.

En este tipo de prueba los falsos negativos son muy bajos, ya que la prueba tiene una sensibilidad elevada de hasta un 94%.

BIBLIOGRAFÍA

•https://www.uninet.edu/tratado/c070501.html

•httpbooks.google.es/books?id=ajTH4wJkGiwC&pg=PA514&lpg=PA514&dq=GAMMAGRAF%C3%8DA+ESCROTAL+O+TESTICULAR&source=bl&ots=AZs5tkyXv2&sig=VCmtK_HKuIPGoPdl50JPhR5UpiE&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiysrPdndHdAhUSTBoKHWqGDjo4FBDoATAFegQIBRAB#v=onepage&q=GAMMAGRAF%C3%8DA%20ESCROTAL%20O%20TESTICULAR&f=falses://

•https://books.google.es/books?id=ucVkotD0qA8C&pg=PA190&lpg=PA190&dq=GAMMAGRAF%C3%8DA+ESCROTAL+O+TESTICULAR&source=bl&ots=ts1i-W5-a8&sig=aW-HgxW9zb9gRce42nA_By-qNYs&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwirscuQntHdAhVJbBoKHeSNDZc4ChDoATAGegQIBRAB#v=onepage&q=GAMMAGRAF%

TEMA 15. *GIARDIA LAMBLIA*, CASO CLÍNICO.

ALEXANDRA MARROQUÍN JUÁREZ

CRISTINA MORENO MUÑOZ

SILVIA MUÑOZ LAPEÑA

SILVIA ANTOÑANZAS CALVO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CASO CLÍNICO
- CONCLUSIÓN
- AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

Se presenta un caso reciente de paciente infestada por *Giardia Lamblia.*

Giardia Lamblia es un protozoo flagelado descubierto en 1681. Actualmente es endémico en casi todo el mundo.

El parásito habita en el duodeno y parte alta del yeyuno, y con menos frecuencia en antro, íleon y colon.

La mayoría de individuos que presentan el parásito son asintomáticos y tienen histología normal. Desde el punto de vista histológico se han descrito alteraciones en la arquitectura vellositaria intestinal, infiltración linfocitaria intraepitelial e hiperplasia folicular linfoide.

CASO CLÍNICO

Mujer de 51 años que acude a consulta derivada por su médico de atención primaria por anemia en analítica de rutina. Refiere ligera astenia, mareos y en los últimos meses pérdidas menstruales.

Se le realizan los siguientes estudios:

✓EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Hemograma: Hemoglobina, hematocrito y hematíes inferior a los valores de normalidad. V.S.G (velocidad de sedimentación globular) y fibrinógeno derivado con valores elevados.

Bioquímica: Ferritina y proteína C reactiva elevadas. Hierro, bilirrubina total e índice de saturación de transferrina por debajo de los índices normales.

Resultados: Anemia normocítica normocrómica con ferritina elevada (anemia ferropénica).

✓GASTROSCOPIA:

Orientación diagnóstica: Hernia de hiato con mucosa preservada. Se toman biopsias duodenales por antecedentes de anemia ferropénica.

Descripción macroscópica: Identificado como “duodeno”, se reciben en formol tres fragmentos de tejido de coloración blanquecina que agrupados miden 0.6 cm.

Descripción microscópica: Histológicamente el material corresponde a mucosa de intestino delgado con vellosidades preservadas y bien constituidas, revestidas por un epitelio cilíndrico, compuesto predominantemente por enterocitos y escasas células caliciformes. Los enterocitos mantienen el ribete en cepillo apical, con imágenes de vacuolas subnucleares.

Las criptas presentan también buena arquitectura, estando revestidas por células cilíndricas, con frecuentes células caliciformes y células de Paneth a nivel del fondo. La lámina propia muestra un moderado infiltrado linfocitario.
En el compartimento luminal se observan abundantes formas parasitarias en forma de “lágrimas” con núcleos pareados, y facetadas en forma de “hoz”.
Diagnóstico: Estructuras parasitarias compatibles morfológicamente con *Giardia Lamblia.* Signos de malabsorción.

CONCLUSIÓN

Ante un paciente con manifestaciones clínicas y serológicas sospechosas de enfermedad celiaca debe realizarse una biopsia duodenal para establecer el diagnóstico diferencial entre enfermedad celiaca e infestación por *Giardia Lamblia.* La Giardiasis es una parasitosis que a veces se asocia al síndrome de mala absorción intestinal y puede dar lugar a diferentes patologías con manifestaciones clínicas, histológicas y analíticas comunes.

AGRADECIMIENTOS

Servicio de Anatomía Patológica del Complejo asistencial universitario de Palencia y en especial a la Dra. Beatriz Castañón y al Dr. Jesús Lomas.

TEMA 16. CURVAS DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA(MURCIA) Y SU COMPARATIVA CON OTROS DATOS DE REFERENCIA.

MERCEDES RAMIREZ SALMERON

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- HIPÓTESIS
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y MÉTODO
- RESULTADOS
- DISCUSIÓN
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

El crecimiento infantil es un indicador sensible del estado de salud del niño. Para clasificarlos y valorar la calidad del crecimiento intrauterino se utilizan unos estándares del peso según la edad gestacional representados mediante las curvas de crecimiento. Por debajo del percentil 10o se cataloga al recién nacido (RN) como pequeño para edad gestacional (PEG), por encima del percentil 90o como grande para la edad gestacional (GEG).

HIPÓTESIS

Las curvas de crecimiento empíricas a partir de los datos de nuestro hospital difieren de las de otros estudios, concretamente con las más utilizadas en nuestro medio y por consiguiente demuestra la necesidad de que ca da centro disponga de sus propias medidas de somatometría neonatal.

OBJETIVOS

General: La representación de las curvas de crecimiento intrauterino para el peso, según el sexo y la edad gestacional a partir de los datos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia (España), así como su comparación con las curvas más utilizadas en nuestro país. Todo ello encaminado a catalogar de una manera más precisa al recién nacido, teniendo en cuenta la existencia de distintas tendencias de crecimiento fetal tanto a lo largo de los años como en distintas regiones.

Específicos: Realizar una distribución de la muestra en primer lugar según el sexo. En cada uno de los grupos clasificar por peso a los recién nacidos en base a la edad de gestación y percentilar para catalogar; al recién nacido de bajo peso (<P10), normopeso (P10-P90) y grande para la edad gestacional (>P90).

MATERIAL Y MÉTODO

Población de estudio: Se ha incluido una muestra de recién nacidos vivos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca desde el 1 de Enero de 2013(momento en que se implementó la obligatoriedad de recogida del peso al nacer en todos los sujetos) hasta el 31 de enero de 2016, procedente de SELENE; programa de informatización de la historia clínica usado en nuestro hospital. Constan todos los recién nacidos de ≥23 semanas hasta la 42 inclusive, suponiendo un total del 92% de todos los nacimientos. Se ha excluido de dicha muestra aquellos en los que no se constataron los datos o en

MATERIAL Y MÉTODO

Definición y Determinación de los distintos parámetros: Las variables recogidas fueron: La edad de gestación, calculada a partir de la fecha de la última regla en las mujeres con ciclos menstruales regulares y/o mediante el examen ecográfico intrauterino previo a la semana 20 del embarazo en los casos de duda. El sexo del neonato según la primera catalogación en base a los caracteres sexuales externos. El peso, recogido en las primeras 6 horas de vida, bien en el paritorio o a su llegada a la planta de maternidad. Se utilizó una balanza digital de uso hospitalario de marca ADE con un rango de lectura de 0,1 a

MATERIAL Y MÉTODO

Siendo X el valor del peso para ZS calculado, $\bar{X}$ y DS la media y desviación estándar de los datos de referencia (Estudios Olsen, Carrascosa y Delgado).

Análisis estadístico: El análisis estadístico se ha efectuado mediante el paquete estadístico SPSS versión 20. Tras la recogida de los datos del programa SELENE y para la parte de estadística descriptiva se han hallado medidas de centralización y dispersión: media y percentiles 10, 50 y 90, para cada sexo y semana de gestación. También se comprobó que la distribución

MATERIAL Y MÉTODO

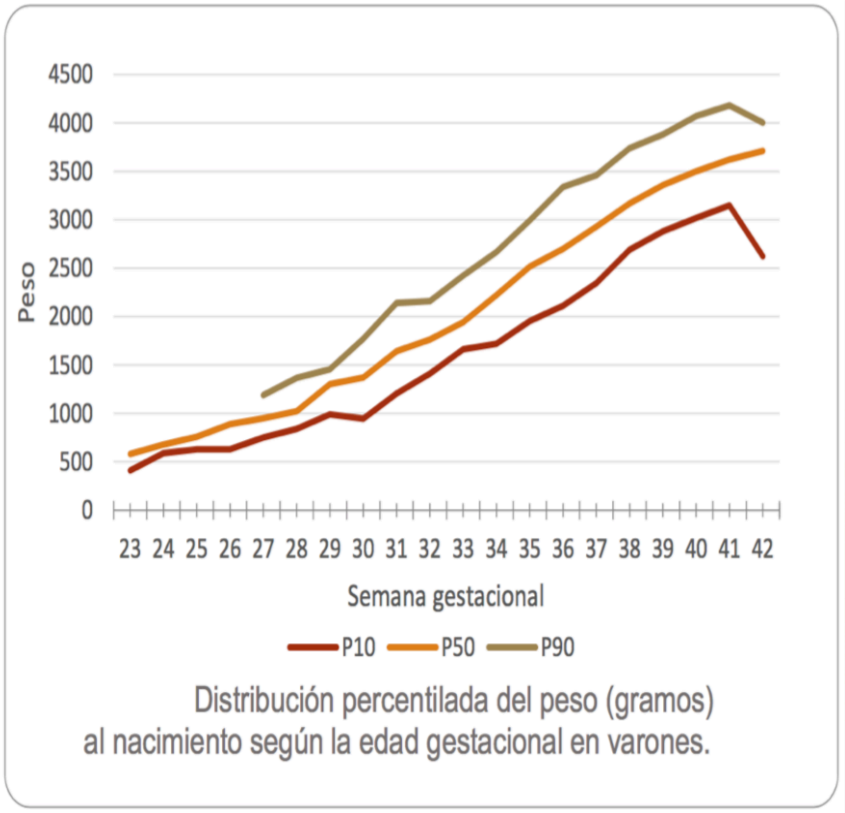
Para el análisis diferencial de nuestros datos con los estudios de referencia se ha realizado por medio de la comparativa de la media de z-score con 0, para cada sexo y semana de gestación, con la prueba t de student con la cual se expresan los valores de referencia de los estudios utilizados en función de cuántas veces (unidades por desviación típica) está por encima o por debajo de la media de nuestros datos. Esta última determinación utilizando el programa estadístico STATA 13. Así el contraste de hipótesis con un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significación

RESULTADOS

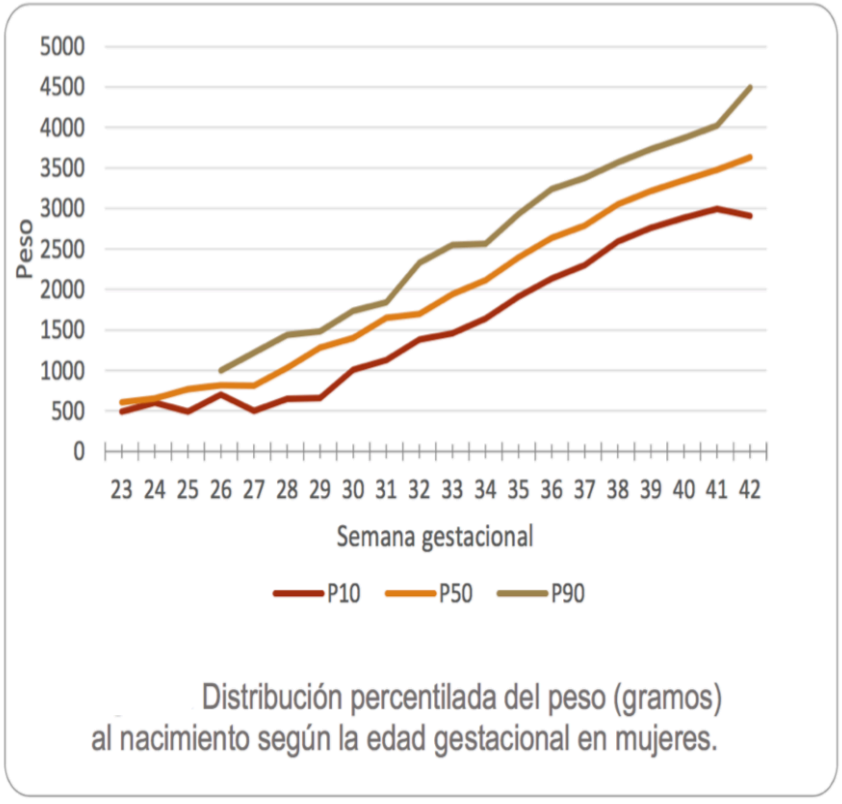
- **Estadística descriptiva:** Durante el periodo de estudio se registraron en la base de datos un total de 20466 sujetos. Tras la exclusión de aquellos que no cumplían con las características para nuestro objetivo analizamos el 92%, quedando una muestra final de 18829 sujetos, de los cuales 9653 eran varones y el resto mujeres. En la tabla se muestran los datos del peso en gramos según la EG, media y desviación típica.

- Los resultados de la distribución percentilada para el 10o, 50o y 90o percentil se presentan en las figuras 2 y 3 para chicos y chicas respectivamente. Como ya se comentó es la forma más aceptada de presentar las curvas de crecimiento y su

RESULTADOS



Distribución percentilada del peso (gramos) al nacimiento según la edad gestacional en varones.



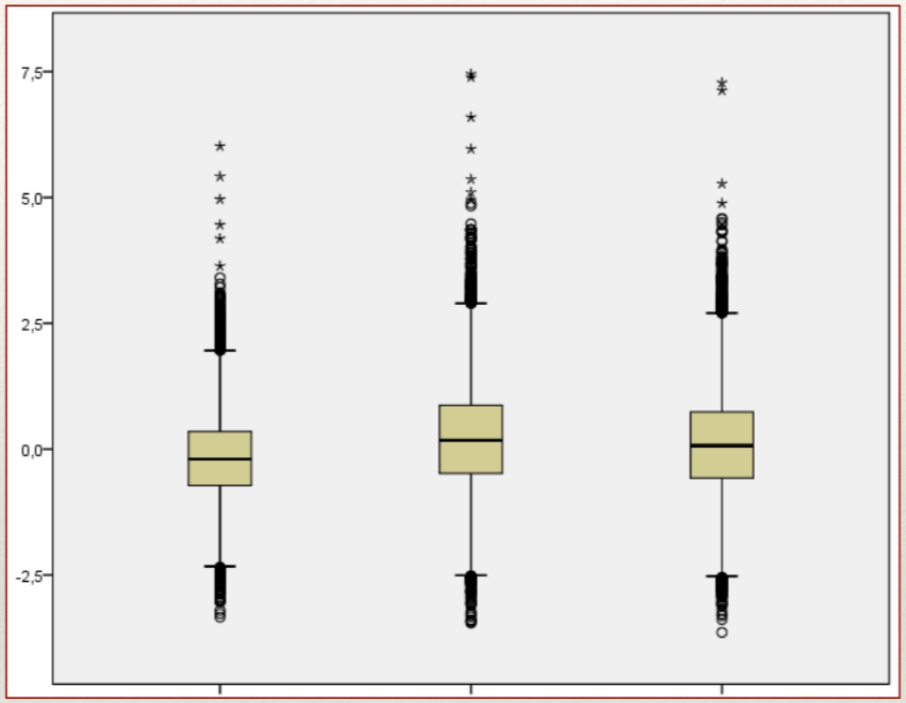
Distribución percentilada del peso (gramos) al nacimiento según la edad gestacional en mujeres.

RESULTADOS

- **Estadística comparativa:** Se incluye en la figura un diagrama de cajas o “Boxplot” construido con los z-score según los datos de la distribución de Olsen et al, Carrascosa et al y Delgado et al. Nuestros niños según la clasificación de Olsen et al son más pequeños, con un valor de -0,17 con respecto a su media. También muestra que los datos difieren al compararlos con los de Carrascosa et al y Delgado et al pero de manera inversa; nuestros niños según sus datos de referencia serían más grandes, daría lugar a falsos positivos.

RESULTADOS

Diagrama de cajas; diferencias del peso de nuestra muestra mediante z-scores según criterios adaptados de los valores de referencia: de izquierda a derecha Olsen et al, Carrascosa et al y Delgado et al.



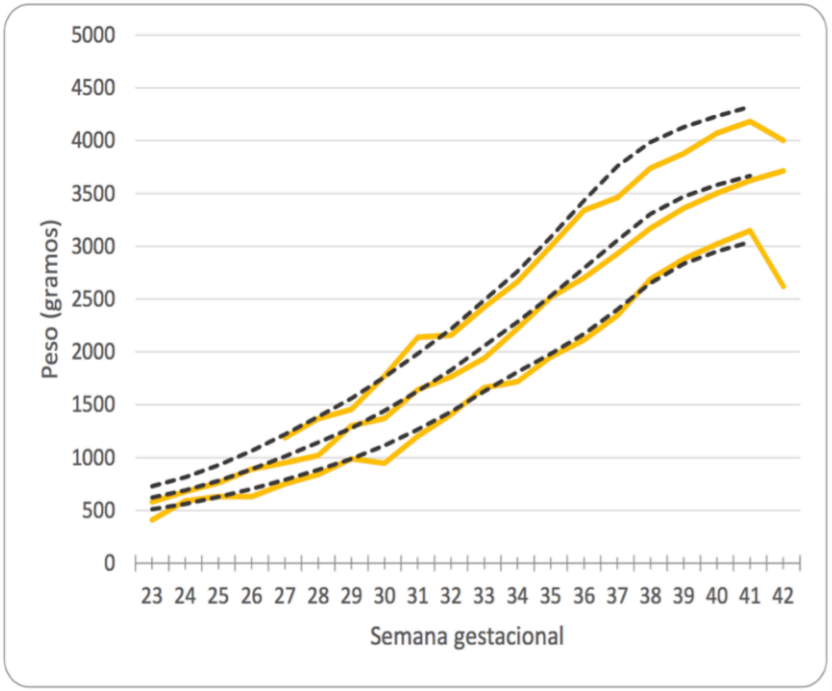
Estudio	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	t	Pr(|T| > |t|)
Olsen et al	18787	-3,34	6,02	-0,1715	0,82591	-28,466	<0,001
Carrascosa et al	18793	-3,45	7,45	0,2161	1,04872	28,246	<0,001
Delgado et al	18824	-3,64	7,28	0,1043	1,02676	13,931	<0,001

RESULTADOS

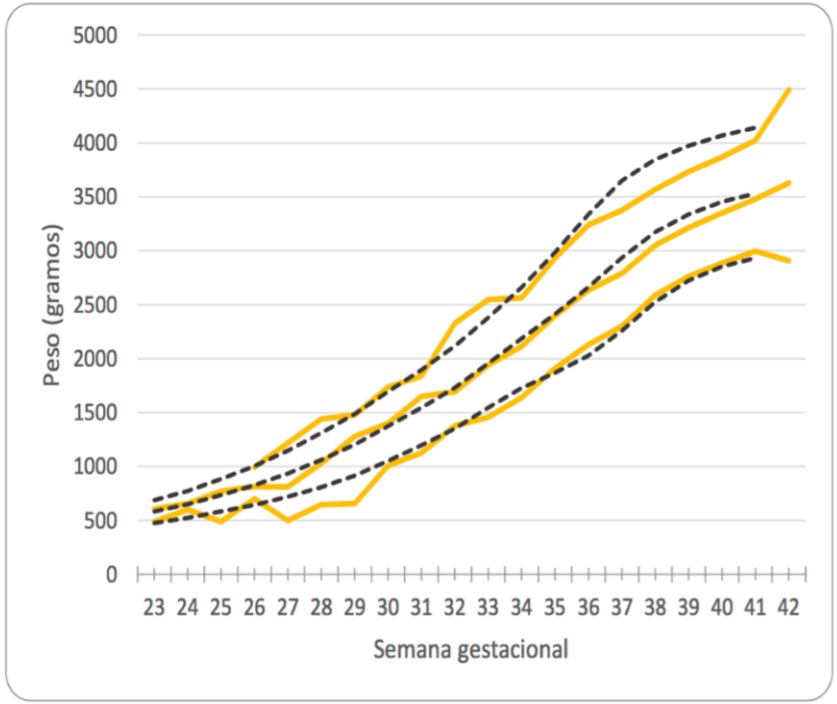
- Se ha comparado el peso según el sexo en cada semana gestacional con los obtenidos por Carrascosa et al y Olsen et al en las siguientes tablas es recogen los resultados correspondientemente para chicos y chicas. En los primeros como modelo podríamos citar la semana 31 con una media de 0,501 ± 1,54 (p=0,04), también divergen en la 35, 36 y de la 38 a la 41. En las chicas ocurre en las mismas semanas excepto en la 31 que ocurre en la 32.

RESULTADOS

Representación gráfica de las curvas de crecimiento del HUVA (línea continua) y de Olsen de RN varones

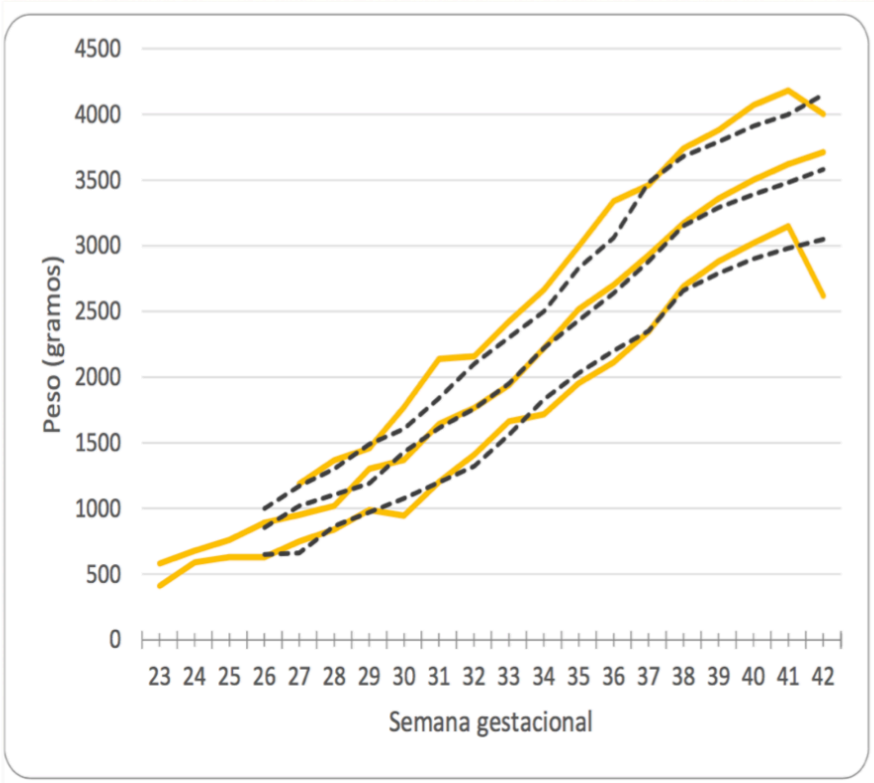


Representación gráfica de las curvas de crecimiento del HUVA (línea continua) y de Olsen et al de RN mujeres

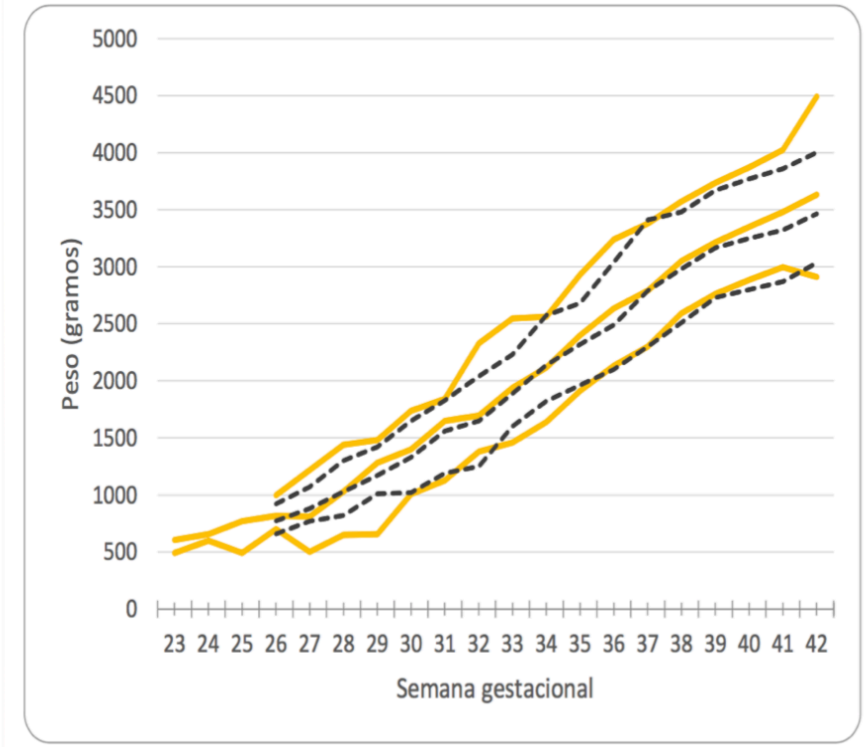


RESULTADOS

Representación gráfica de las curvas de crecimiento del HUVA (línea continua) y de Carrascosa de RN varones



Representación gráfica de las curvas de crecimiento del HUVA (línea continua) y de Carrascosa et al de RN mujeres



DISCUSIÓN

Método: Única limitación no medición de la longitud del RN además del peso. Por el contrario, amplia muestra que aumenta la precisión y validez alta evitando sesgos

Resultados: Principal hallazgo relevante demostración de diferencias estadísticamente significativas del peso en ciertas semanas gestacionales y según el sexo, que existen si se utilizan estudios anteriores y de otras poblaciones

CONCLUSIÓN

- Las curvas de crecimiento intrauterino empíricas elaboradas en el presente estudio representan curvas reales del desarrollo prenatal de recién nacidos vivos del HUVA y por ello pueden utilizarse clínicamente para clasificar al neonato e identificar a aquellos con mayor riesgo perinatal, ya sea por su bajo peso o por excederse del considerado como normal.
- Las diferencias observadas entre nuestros resultados y los de otros estudios, tanto españoles como de otras poblaciones demuestran la necesidad de que cada centro disponga de sus propias medidas. Éstas han de ser representativas y aplicables a la población destino.

BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez González E, Carrascosa Lezcano A, Fernández García JM, Ferrández Longás A, López de Lara D y López-Siguero JP. Estudios españoles de crecimiento: situación actual, utilidad y recomendaciones de uso. Anales de pediatría. 2011 Marzo; 73(3).
2. Kramer M. Birthweight and infant mortality: perceptions and pitfalls. Paediatric and Perinatal Epidemiology journal. 1990 Octubre; 4(4):381-390.
3. Comité de expertos de la OMS sobre el Estado Físico: Uso e interpretación de la antropometría. OMS. Serie de informes técnicos: 854. ISBN 92 4 320854 3.
4. Altman DG, Ohuma EO y for the International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century

BIBLIOGRAFIA

5. Delgado Beltrán P, Melchor Marcos JC, Rodríguez-Alarcón J, Linares Uribe A, Fernández-Llebrez L, Barbazán Cortés MJ, et al. Curvas de desarrollo fetal de los recién nacidos en el Hospital de Cruces (Vizcaya) I y II. Anales españoles de pediatría. 1996; 44(1).
6. Carrascosa Lezcano A, Fernández Longás A, Yeste Fernández D, García-Dihinx Villanova J, Romo Montejo A, Copil A, et al. Estudio transversal español de crecimiento 2008. Parte I: valores de peso y longitud en recién nacidos de 26-42 semanas de edad gestacional. Anales de Pediatría (Barcelona). 2008; 68(6):544-51.
7. Olsen IE, Groveman Sue A, Louise Lawson M, Reese H, Clark and Babette Zemel S. New Intrauterine Growth Curves Bases

BIBLIOGRAFIA

9. Cubero JC y Berzal F. Sistemas Inteligentes de Gestión. Estadística Descriptiva y preprocesamiento. Introducción a SPSS. DECSAI. Universidad de Granada. Disponible en: http://elvex.ugr.es/decsai/intelligent/workbook/D0%20SPSS.pdf
10. Natale V y Rajagopalan A. Worldwide variation in human growth and the World Health Organization growth standards: a systematic review. BMJ Open. 2014; 4:e003735.
11. García-Muñoz F, García-Alix A, Figueras J, Saavedra P y grupo español SEN 1500. Nuevas curvas poblacionales de crecimiento en recién nacidos extremadamente prematuros españoles. Anales de Pediatría (Barcelona). 2014; 81(2):107-

BIBLIOGRAFIA

14. Fenton TR y Sauve RS. Using the LMS method to calculate z-scores for the Fenton preterm infant growth chart. European Journal of Clinical Nutrition. 2007; 61:1380- 1385.

15. Hack M, Schluchter M, Cartar L, Rahman M, Cuttler L y Borawski L. Growth of very low birth weight infants to age 20 years. Pediatrics. 2003; 112(1). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/112/1/e30

16. Bryc K, Durand EY, Macpherson JM, Reich D y Mountain JL. The genetic ancestry of African, Americans, Latins, and European across the United States. American journal of human genetics. 2015; 96: 37-53.

BIBLIOGRAFIA

19. Villar J, Giuliani F, Bhutta ZA, et al. Postnatal growth standards for infants born preterm: the preterm postnatal follow-up study of the INTERGROWTH-21st Project. Lancet Global Health. 2015.

20. Boney CM, Verna A, Tucker T y Vohr BR. Metabolic syndrome in childhood: association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus. Pediatrics. 2005; 115(3). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/115/3/e290

21. Copil A, Yeste D, Teixidó R, Maciá J, Santana S, Almar J, et al. Patrones antropométricos de los recién nacidos a término de grupos étnicos de raza no caucásica procedentes de África

TEMA 17. MÉTODO DE PUNCIÓN,TÉCNICA DE SELDINGER.

FRANCISCA FERNÁNDEZ ROMERA
ECARNACIÓN MARTÍNEZ PÉREZ
ESTHER LUCÍA AVILÉS LÓPEZ
ESTHER MATEO CARRASCO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- TÉCNICA DE SELDINGE
- ELECCIÓN SITIO DE INSERCIÓN
- ACCESOS VENOSOS CENTRALES (CVC)
- IMPORTANCIA DE LA EXPERIENCIA EN PUNCIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Los catéteres venoso centrales son sondas intravasculares que se insertan en los grandes vasos venosos del tórax y abdomen. Estos catéteres se instalan en pacientes que requieren la administración de fluidos, fármacos, nutrición parenteral, o para la determinación de constantes fisiológicas. Actualmente la punción se puede realizar bajo visión ultrasonográfica, siendo éste el tratamiento de referencia, debido a la importante disminución de las complicaciones. Para la elección de la vena se debe considerar las tasas de complicaciones, existiendo las mecánicas, trombóticas e infecciosas. Se ha de analizar las indicaciones, contraindicaciones, técnica de inserción, uso de la ultrasonografía, complicaciones y cómo prevenirlas.

TÉCNICA DE SELDINGE

La **técnica de Seldinger** es un acceso percutáneo vascular o de otros órganos de una forma segura. Fue descrito por el Dr. Sven-Ivar Seldinger en 1953, para ser principalmente utilizado en las técnicas angiográficas. Esta técnica produjo un gran avance en la radiología intervencionista, gracias a la cual se realizan procedimientos diagnósticos y terapéuticos mínimamente invasivos.

La técnica consiste en la punción directa vascular u orgánica, mediante una aguja (generalmente con estilete metálico y cánula plástica) seguida de la colocación de una guía en el interior de la aguja, esta se extrae dejando la guía dentro del vaso u órgano a puncionar lo que disminuye el sangrado y al mismo tiempo facilita la introducción de catéteres radiopacos. Esta técnica por lo tanto hace posible la visualización de vaso o masas sin necesidad de acceso quirúrgico.

ELECCIÓN SITIO DE INSERCIÓN

- Vena Yugular Interna
- Vena Subclavia.
- Vena Femoral.

ACCESOS VENOSOS CENTRALES (CVC)

Se define como la instalación o cateterización venosa central, así como la inserción de un catéter dentro del espacio intravenoso, lo que se puede lograr:

- Técnica de punción directa tipo Seldinger.

- Técnica de Seldinger guiado por visión ecográfica.

- Acceso venoso central directo, a través de la punción de vena periférica.

IMPORTANCIA DE LA EXPERIENCIA EN PUNCION

Es fundamental la experiencia en la punción y colocación del catéter central, en vena yugular interna, en vena subclavia y vena femoral. Así como es importante a tener en cuenta la protección de los accesos venosos centrales por parte del personal encargado de su manejo.

BIBLIOGRAFÍA

- Medigraphic, colocación de cateter central.
- IntraMed Artículos de investigación científica.
- Elsevier publicaciones.
- Med Clin (Barc) 2002 Servicio de Medicina Interna Hospital de Mataró.
- Sapiens Edicus, Dialnet.

TEMA 18. METODOS ANTICONCEPTIVOS: FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE.

CRISTINA TUDELA BLAYA

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN.**
- **FACTORES DE RIESGO.**
- **PREVENCIÓN EN LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.**
- **CONCLUSIÓN.**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

INTRODUCCIÓN.

Los programas de salud sexual y reproductiva son llevados a cabo en los centros sanitarios para proporcionar un servicio a la población. Es por ello, que se requiere una buena formación de los profesionales implicados en ello.

El método anticonceptivo más usado es el preservativo, seguido de los anticonceptivos orales. Y un porcentaje no muy alto de la población joven, tiene conocimientos escasos sobre anticoncepción.

La realización de la prueba para el virus de inmunodeficiencia humana, así como informar y educar a los jóvenes, o a cualquier persona interesada en ello es de suma importancia.

El derecho a la educación sexual efectiva por parte de la población, debe ser cubierto mediante la información y educación sexual para el correcto conocimiento.

FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo son:

- La ausencia de información o distorsión del conocimiento de métodos anticonceptivos.
- Factores familiares (abandono de hogar, drogas, alcoholismo, abusos sexuales).
- Problemas socioeconómicos (pobreza, crisis económica).
- Actitud de vergüenza o no atrevimiento en obtener información. Se trata de una causa muy frecuente.

- Presión añadida en el grupo social donde se desenvuelve el adolescente, que en ocasiones induce a producir errores.
- Ausencia de habilidades sociales o de autocontrol para exigir su utilización a la pareja.
- Búsqueda del riesgo y la baja percepción de sí mismo, característico en la adolescencia.

PREVENCIÓN EN LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Por un lado, se encuentran los métodos anticonceptivos artificiales y los métodos naturales.

En cuanto a los métodos de anticoncepción artificial, se encuentran: los métodos de barrera (preservativo, diafragma, cremas espermicidas, …). Los métodos hormonales como la píldora anticonceptiva, el parche contraceptivo y el anillo vaginal. Y los métodos intrauterinos como el DIU de cobre y el DIU hormonal.

También se encuentran los métodos de esterilización como la ligadura de trompas y la vasectomía.

Los métodos anticonceptivos naturales como el método Ogino, el método de la temperatura basal, etcétera.

El preservativo es considerado, comúnmente, como el mejor método seguido de los anticonceptivos inyectables. Es frecuentemente utilizado los anticonceptivos orales en mujeres.

Para prevenir infecciones de transmisión sexual, como el VIH, embarazos no planeados, etcétera, es necesaria la instauración de programas orientados a la información y educación de los métodos anticonceptivos.

Es necesario que se informe a la población sobre la importancia de realizar exámenes de testículo, en hombres, y de seno en mujeres. Debido al elevado porcentaje existente actualmente, de dichas enfermedades. Es conveniente un análisis y exámenes rutinarios para evitar la progresión de una posible enfermedad.

CONCLUSIÓN.

Es necesaria la existencia de programas de promoción de la salud en centros sanitarios, para informar sobre los métodos anticonceptivos existentes, así como una educación enmarcada en los derechos sexuales y reproductivos, la responsabilidad y autonomía de su sexualidad tanto a jóvenes como a cualquier persona que lo necesite.

La intervención educativa mediante dichos programas, es efectiva para el aumento de los conocimientos de la población sobre los métodos anticonceptivos.

Para evitar embarazos indeseados, problemas en la relación, así como infecciones de transmisión sexual y otros problemas, la instauración de dichos programas por parte de los profesionales de la salud, es de vital importancia.

El servicio que se le ha de dar a la población, y en base a las demandas existentes, requieren en muchos casos de dichos programas.

El personal sanitario debe de estar correctamente formado en dichos temas, para proporcionar un servicio adecuado a las necesidades de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1.Ruiz AM, Latorre C, Beltran J, Ruiz J, Vélez A. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. Rev Sogia. 2005; 12:86-93.

2. Hernández Martínez A., García Serrano I., Simón Hernández I. Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. Rev. Enf. Clínica. 2009; Vol. 19, p. 121-128.

3.Acosta S., Ibáñez E., Alfonso A., Cifuentes L. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. Rev. Nova. 2010; Vol.2008. nº 13.

4. González Hernando C., Sánchez-Crespo Bolaños J.R., González Hernando A. Educación integral en sexualidad y anticoncepción para los/las jóvenes. Rev. Enf. Clínica. 2009; Vol. 19, p. 221-224.

5. Alarcón Argota R., Coello Larrea J., Cabrera García J. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Rev. Cubana de enferer. 2009; Vol. 25, nº 1-2.

TEMA 19. MODELO TIDAL DE ENFERMERIA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

VICTORIA BOSCH MARTOS
FRANCISCA DÍAZ ORTEGA
MARIA JOSÉ RUEDA GODINO
ELENA GARCIA TRUJILLO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. JUSTIFICACIÓN
3. ANTECEDENTES
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS
5. METODOLOGÍA
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial constituye, actualmente un importante problema de Salud Pública, a pesar de los avances su detección, tratamiento y control, muchos pacientes tienen dificultad para adherirse al tratamiento, considerando que una de las principales causas, radica en la influencia de factores personales. Debido a una falta de adherencia al tratamiento, en pacientes hipertensos en un centro de salud del área II de la Región de Murcia, se planteó hacer un trabajo de investigación para conseguir una mejora en la adherencia al tratamiento en estos pacientes, por medio de un modelo de enfermería, llamado Tidal o de la Marea.

2. JUSTIFICACIÓN

- Debido a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos en atención primaria, se planteó hacer un trabajo de investigación para conseguir una mejora en la adherencia al tratamiento en estos pacientes, por medio de un modelo de enfermería, llamado Tidal o de la Marea.
- Para trabajar en enfermería de una forma integral utilizaremos el modelo Tidal o modelo de Marea, el cual forma parte de la Teoría de Recuperación.
- En relación a modelo Tidal, su función es hacer posible el proceso de recuperación. Se basa principalmente en tres dimensiones que son: el dominio del mundo, el dominio del yo y el dominio de los otros.

2. JUSTIFICACIÓN

- En el cual el dominio del mundo hace referencia a la necesidad de ser comprendido y tener validado sus percepciones; el dominio del yo como la necesidad de seguridad emocional y física, y por último el dominio de los otros como el tipo de apoyo que necesita del mundo social para vivir una vida normal.
- En lugar de comprometerse con el trastorno o enfermedad, el modelo de marea se centra en ponerse en contacto con la persona.
- Según M.J.Martos et al, la enfermedad crónica es uno de los fenómenos más característicos de nuestros días. Cada vez es mayor la prevalencia de enfermedades que están relacionadas con hábitos inadecuados de comportamiento.

3.ANTECEDENTES

- El concepto “cumplimiento” se inició en los años sesenta con el pretexto de averiguar si los pacientes hipertensos tomaban o no correctamente la medicación. El mismo concepto continuó en los años setenta y ochenta.
- Hasta llegar a los años noventa donde cambia el concepto de cumplimiento y aparece el nuevo de “adherencia”
- Bakker RH & col. (1995)
- Shepherd & col. (2008)
- Marco teórico:
  - Dorothea Orem (teoría del autocuidado)
  - Modelo Tidal

4.HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

- **HIPÓTESIS**

Aplicando el modelo de enfermería Tidal, mejorará la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

- **OBJETIVO GENERAL**

Reducir el número de pacientes hipertensos que no se adhieren al tratamiento.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Mejorar el apoyo familiar.

-Optimizar la relación enfermera-usuario.

-Positivizar la visión que el usuario tiene de su enfermedad.

5. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Cuasiexperimental, analítico, pretest-postest, longitudinal, prospectivo.

POBLACIÓN Y MUESTRA: Usuarios pertenecientes a un centro de salud del área II de la Región de Murcia, que formen parte del programa de hipertensos y que no se adhieran a su tratamiento prescrito.

La muestra es de dos grupos de 25 personas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

PALABRAS CLAVE: Modelo Tidal, adherencia al tratamiento, pacientes hipertensos, enfermería.

5. METODOLOGÍA

- **INSTRUMENTOS:** Bases de datos: Scielo, Pubmed, Cochrane, Cuiden
- Revistas: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, Enfermeria Global
- Cuestionario de Martin Bayarre Grau (adherencia terapéutica)
- Cuestionario de Pfeiffer (valoración funcional y cognitivo)
- **CONSENTIMIENTOS:** Informado y autorizaciones institucionales.
- **LIMITACIONES:** Sesgo de tamaño muestral, pérdidas dentro de la muestra o negación de participación por parte del paciente.

6. BIBLIOGRAFÍA

[1]Barker P, Buchanan-Barker P. Tidal Model. Reclaiming stories. Recovering lives. Theory. [acceso 4 de noviembre de 2012].

Disponible en: http://www.tidal-model.com

[2]Barker P. The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery withing psychiatric and mental health nursing. Journal of Psychiatric and Mental health Nursing. 2001. 8:233-240

[3] INFAC. Revista electrónica: información farmacoterapéutica de la comarca. “Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas”. 2001. 19(1): 1-6.

6. BIBLIOGRAFÍA

[4] Acosta González Magda, Debs Pérez Giselle, de la Noval García Reynaldo, Dueñas Herrera Alfredo. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con su adherencia terapéutica. Revista Cubana Enfermería.2005. 21(3): 1-5

[5] Herdman TH, Heath C, Meyer G, Scroggins L, Vasallo B. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. Nanda Internacional. Madrid: Elsevier; 2008.

[6] Moorhead S, Johnson M, L.Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería. NOC. 4ª ed.Madrid: Elsevier. 2009

6. BIBLIOGRAFÍA

[7] Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).5ªed. Barcelona : Elsevier;2009

[8] Coque Tusagig, L. Factores personales que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos que acuden al servicio de cardiología del hospital Carlos Andrade Marín en el periodo de Marzo 2011. [Tesis graduación]. Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la salud. 2011

[9] Lázaro Ruiz, Dolores. Adherencia al tratamiento. XV Congreso Neumosur Enfermería en Roquetas de Mar. Almería. Marzo de 2.003

6. BIBLIOGRAFÍA

[10] Castro, A et al. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. III foro Diálogos Pfizer-pacientes. Madrid: Pfizer 2009.

[11] Bakker RH, Katermans Mc, Dassen TW. An analysis of the nursing diagnosis ineffective management of therapeutic regimen compared to noncompliance and Orem's self-care deficit theory of nursing. Nurs Diagn. 1995, Oct-Dec; 6(4): 161-6.

[12] Muñoz Mendoza C, Cabrero Garcia J, Richart Martinez M, Orts Cortés MªI, Cabañero Martinez MªJ. La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía. Enfermeria Clinica. 2005; 15 (2):76-87.

TEMA 20. EDUCACION SANITARIA EN NUTRICION ENTERAL DOMICILIARIA.

MARÍA JOSÉ LÓPEZ MARTÍNEZ

Mº EUGENIA LOPEZ-ZARCO SANCHEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVO**
- **MATERIAL Y MÉTODO**
- **RESULTADOS/CONCLUSIONES**

INTRODUCCIÓN

Nutrición enteral domiciliaria es la administración de fórmulas enterales por vía digestiva, habitualmente mediante sonda, con el fin de evitar o corregir la desnutrición de los pacientes atendidos en su domicilio cuyas necesidades no pueden ser cubiertas con alimentos de consumo ordinario. Se entiende por sonda, tanto las nasoentéricas como las utilizadas en ostomías.

OBJETIVOS

El objetivo de la educación sanitaria es que el cuidador principal o el propio paciente aprenda a conocer la utilización y la aplicación de una adecuada alimentación enteral, y cuidados de la sonda.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica online en webs como PUBMED, COCHRANE PLUS Y FISTERRA buscando artículos publicados recientes para conocer resultados de conocimiento de manejo de la nutrición enteral. También se busca en la página de la SENPE.

RESULTADOS/CONCLUSIONES

Según la NADYA-SENPE la duración de la NED presentó una mediana de 1,69 años. La principal causa de la finalización en adultos fue el fallecimiento (45%) seguido por ‘paso a la vía oral’ (43,75%). La principal causa de muerte fue el cáncer. Las complicaciones más frecuentes fueron las sépticas. Según varios estudios con una adecuada educación, esas infecciones podrían ser más bajas. Al igual que el paso de sonda nasogastrica a sonda PEG u ostomias, evitarían infecciones respiratorias causadas por el acumulo de mucosidad debido a las SNG.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez Candela C., Cos Blanco A., García Luna P. P., Pérez de la Cruz A., Luengo Pérez L. M., Iglesias Rosado C. et al . Complicaciones de la nutrición enteral domiciliaria: Resultados de un estudio multicéntrico. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2003 Jun [citado 2016 Ene 26] ; 18(3): 167-173. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000300006&lng=es.
- Cuerda Compés M.ª C. Nutrición Enteral Domiciliaria. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2009 Abr [citado 2016 Ene 26] ; 24(2): 111-112. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000200001&lng=es.

- Wanden-Berghe Lozano C et al. Registro del grupo NADYA-SENPE de nutrición enteral domiciliaria en España; año 2013[Internet] Vol. 31, núm. n06 (2015). Alicante; 2015[actualizado 18 agosto 2015; citado 26 enero 2016]. Disponible en: http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/8983/pdf_8116
- . Planas M., Pérez-Portabella C., Rodríguez T., Puiggrós C., Elvira D., Dalmau E.. Evaluación del grado de satisfacción de un programa de nutrición enteral domiciliaria. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2007 Oct [citado 2016 Ene 26]; 22(5): 612-615. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000700015&lng=es.

- Planas M., Castellá M., García Luna P. P., Chamorro J., Gómez Candela C., Carbonell M. D. et al . Nutrición enteral domiciliaria (NED): Registro Nacional del año 2000. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2003 Feb [citado 2016 Ene 26]; 18(1): 34-38. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000100005&lng=es.
- Wanden-Berghe C., Pérez de la Cruz A., Lobo Tamer G., Calleja Fernández A., Gómez Candela C., Zugasti Murillo A. et al . El registro de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral: análisis DAFO. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2012 Ago [citado 2016 Ene 26]; 27(4): 1357-1360. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000400058&lng=es. http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5912

TEMA 21. MICOSIS CUTANEOMUCOSA: DERMATOFITOSIS O TIÑAS.

NOELIA MANRIQUE GONZÁLEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCIÓN.
2. OBJETIVOS.
3. METODOLOGÍA.
4. RESULTADOS.
5. DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN.

1. INTRODUCCIÓN.

Son infecciones producidas por hongos dermatofitos unicelulares en porciones queratinizadas (uñas, pelo y estracto córneo). Si son mal tratadas se cronifican, sobreinfectan y lesionan permanentemente.
Existen tres: Microsporum, Trichophyton y Epidermophyton, constituidos por filamentos ramificados, tabicados, de 2 - 4 mcs de diámetro, van envejeciendo, los tabiques multiplicándose y la sustancia de entre estos redondeándose y formando una cadena larga de artrocondias.
Para la infección se tienen que dar en el hongo unas condiciones climáticas, traumatismos y maceración. En la parasitación de la epidermis la dermis se inflama para renovar el epitelio como respuesta.

Diagnóstico a través de lámparas de Word bajo la que la tiña aparece luminiscente verdosa, estudios microbiológico (recogida de escamas de los bordes la lesión en portaobjetos), estudio microscópico (muestra con solución entre dos portas y calentada suavemente) y aislamiento del dermatofito en cultivo (se inocula parte de la muestra en un medio de cultivo y se incuba a 25-30º C durante 4-6 semanas para identificar la especie causal).

Dependiendo de la zona parasitada y la reacción inflamatoria el aspecto de la dermatofitosis será:

Tinea capitis. Causada por Microsporum y Trichophyton, afecta al cuero cabelludo, pestañas u cejas. Frecuente en niños de 3 a 10 años.

Tinea barbae. Causada más frecuentemente por T. mentagrophytes, T. verrucosum y T. violaceum. Frecuente en zonas rurales y al contactar con animales infectados.

Tinea pedís. Causada, entre otros, por el T. mentagrophytes, T. rubrum y T. verrucosum. Afecta, sobretodo, a jóvenes en verano en los pies.

Tinea corporis. Afecta, principalmente, a la cara, brazos y tronco.
Tinea cruris. Causada por T. rubrum. E. floccosum y T. mentagrophytes. Localizada en pliegues genitocrurales y puede extenderse a muslos, periné y escroto. Frecuente en varones y en verano. Se contagia por la ropa infectada.
Tinea unguium o de las uñas. Causada por T. rubrum y T. mentagrophytes.

2. OBJETIVOS.

Concienciar de la predilección de las dermatofitos por la queratina de la piel, cabello y uñas y por el clima húmedo y caluroso, para poder identificarlas, aunque sea, a groso modo.

3. METODOLOGÍA.

La estructura anatómica, la respuesta inflamatoria, la edad y el clima elegidos para la invasión, entre otros, son los criterios que se incluyen para un diagnóstico específico del tipo de tiña.
Resumen basado en datos publicados entre 2009 y 2018

4. RESULTADOS.

La mayoría de las dermatofitosis se diagnostican en jóvenes y durante el verano, se tratan con antimicóticos.

5. DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN.

La principal barrera frente a estas infecciones es la prevención, utilizando calzado en suelos mojados (como duchas y piscinas publicas), manteniendo el cuerpo limpio y seco, sobretodo, los pliegues y espacios interdigitales, no intercambiando peines ni sombreros,etc.

BIBLIOGRAFÍA

Libros.

Pág. 158 de la 2ª edición del libro “actualización en enfermedades infecciosas” de formación continuada Logoss.

Pág. Web.

http://www.quimica.es/enciclopedia/Dermatofitosis.html

https://www.healthychildren.org/spanish/health-issues/conditions/skin/paginas/tinea-infections-ringworm-athletes-foot-jock-itch.aspx

TEMA 22. PLAN ENFERMERO DE UN PACIENTE CON ÚLCERAS POR PRESIÓN.

ELISABETH MORENO VICO

IRENE MORENO MOLINA

ADRIAN MARTIN GARCIA

ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE
2.INTRODUCCIÓN
    2.1 Contextualización y definición del caso clínico
        2.1.1 Relación envejecimiento y úlceras por presión
        2.1.2 Definición y factores de riesgo de úlceras por presión
        2.1.3 Objetivo
3. PRESENTACIÓN DEL CASO
    3.1 Datos del paciente
    3.2 Valoración
        3.2.1 Escalas de valoración
    3.3 Fase diagnóstica

ÍNDICE

3. 4 Fase de planificación

3.4.1 Decisión diagnóstica

3.4.2 Planteamiento de objetivos y selección de intervenciones

3. 5 Fase de ejecución

3. 6 Fase de evolución

4. DISCUSIÓN

5. BIBLIOGRAFÍA

6. ANEXOS

1.RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Las úlceras por presión siguen siendo uno de los problemas prioritarios que más afectan a las personas de edad avanzada.
Este caso clínico trata de I.M, una mujer de 91 años la cual presenta úlceras por presión en zona sacra y MMII derecho. Dependiente para las actividades de la vida diaria y cuya única movilidad es la traslación de la cama al sillón gracias a los cuidados ofrecidos por su hija.
El objetivo estuvo encaminado a la curación de las mismas mediante técnicas enfermeras además de ofrecer educación sanitaria a la persona que se ha asignado el rol de cuidadora.

***Palabras clave*:** úlceras por presión, dependiente, edad avanzada, cuidados de enfermería.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Contextualización y definición del caso clínico

2.1.1 Relación envejecimiento y úlceras por presión

El envejecimiento es considerado un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital en el cual suceden una serie de cambios tanto estructurales como funcionales provocando un aumento del riesgo de enfermedades y como fin la muerte.[1]

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Contextualización y definición del caso clínico

2.1.1 Relación envejecimiento y úlceras por presión

En las personas mayores, las actividades de la vida diaria van empeorando debido a la disminución de la capacidad física y mental. Esto pone de manifiesto la necesidad de mantener un ambiente seguro para reducir el riesgo de caídas. La falta de movilidad en estas personas, provoca un aumento del riesgo de padecer úlceras por presión. [2]

2.INTRODUCCIÓN

2.1 Contextualización y definición del caso clínico

2.1.1 Relación envejecimiento y úlceras por presión

Hoy en día las úlceras por presión (UPP) siguen siendo un problema muy importante de salud pública afectando de manera primordial a personas mayores [3]. La media de edad de padecer UPP es de 88,91 años. Este hecho pone de manifiesto la gran importancia de las medidas de prevención ya que las UPP están asociadas a una mayor morbi-mortalidad. [4]

2.INTRODUCCIÓN

2.1 Contextualización y definición del caso clínico

2.1.2 Definición y factores de riesgo de úlceras por presión

Se denominan úlceras por presión (UPP) a aquellas lesiones producidas en la piel y tejidos adyacentes, debido a la presión de un objeto sobre las prominencias óseas de manera prolongada.

2.INTRODUCCIÓN

2.1 Contextualización y definición del caso clínico

2.1.2 Definición y factores de riesgo de úlceras por presión

Los principales factores de riesgo de UPP son:

-Presión, es el principal factor etiológico[5]. Su aparición depende de diversos factores, principalmente del déficit de movilidad relacionado con la estancia en cama por periodos prolongados, a la presencia de alteraciones nutricionales, percepción sensorial disminuida e incontinencia urinaria y fecal.

- Edad, fricción, humedad, estado de conciencia, diabetes mellitus, postintervención quirúrgica y procesos terminales también considerados factores de riesgo en UPP.

2.INTRODUCCIÓN

2.1 Contextualización y definición del caso clínico

2.1.3 Objetivo

El propósito de este caso, estuvo encaminado a ofrecer cuidados para la recuperación de las úlceras ya instauradas y evitar o paliar aquellos problemas derivados de las mismas, así como prevenir la aparición de otras úlceras. Este fue el principal objetivo dado el grado de dependencia, la edad avanzada y las patologías que presentaba nuestra paciente. Para cumplir este objetivo nos apoyaremos en aquellas personas que están a su cuidado.

2.INTRODUCCIÓN

2.1 Contextualización y definición del caso clínico

2.1.3 Objetivo

Para ello se utilizó la metodología de las 14 necesidades de Virginia Henderson realizando así esta valoración mediante la observación, la entrevista, revisando la historia y las aportaciones de otros profesionales.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3.1 Datos del paciente

- I.M, mujer de 91 años, diagnosticada de alzhéimer en el 2014. Dependiente para las actividades de la vida diaria

.

- Anteriormente habitaba en una residencia de mayores. Actualmente se encuentra en casa de su hija. Enviudó hace tres años. Su hija refiere que desde que murió su padre, comenzó a perder memoria rápidamente.

- I.M presenta úlceras por presión en la zona sacra por humedad-fricción y en MMII derecho por presión-cizalla

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3.2 Valoración

La valoración se llevó a cabo siguiendo el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson mediante la recogida de datos en el domicilio de la paciente.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3.2 Valoración

Las necesidades que se vieron alteradas fueron:

- **Necesidad de respiración:** No alterada. Respira con normalidad.
- **Necesidad de alimentación:** Necesita ayuda total en la preparación de las comidas así como para alimentarse. Esta función la suple su hija. La cuidadora informal refiere hacer comidas de textura blanda para su fácil masticación ya que su madre presenta problemas para masticar así como dificultad para deglutir. También nos indica que hay veces que su madre expulsa la comida y se niega a comer.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3.2 Valoración

Las necesidades que se vieron alteradas fueron:

- **Necesidad de eliminación:** Deposiciones una vez por día. Presenta pérdidas involuntarias de orina debido a su afectación neurológica. Hace uso de absorbentes tanto de día como de noche adecuados a su tipo de incontinencia. La hija tiene pautada una serie de horarios para realizar los cambios de esos absorbentes.
- **Necesidad de movilización:** Dependiente total, de la cama al sillón. Gracias a la ayuda de su hija y su yerno puede incorporarse y andar distancias cortas.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3.2 Valoración

Las necesidades que se vieron alteradas fueron:

- **Necesidad de reposo y sueño**: Sueño interrumpido por la noche, es necesaria la administración de relajante muscular previamente citado (lormetazepam). El sueño por la noche mejora con este medicamento. Durante el día se encuentra relajada, pocas veces se encuentra agitada.
- **Necesidad de vestirse/desvestirse:** Dependiente para vestirse

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3.2 Valoración

Las necesidades que se vieron alteradas fueron:

- **Necesidad de termorregulación**: No alterado. Presenta temperaturas dentro del rango normal.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3.2 Valoración

Las necesidades que se vieron alteradas fueron:

- **Necesidad de higiene y piel:** Presenta deterioro de la integridad cutánea, úlcera por presión en zona sacra y MMII derecho. Su hija suele realizar el baño en cama.

  Valoramos las úlceras por presión/cizalla del talón así como la úlcera por humedad del sacro (localización, estadio, tamaño, color…). Pudimos clasificarlas según **GNEAUPP** (documento en plataforma de ayuda en distrito) y **LESCAH** (lesión asociada a la humedad) en:

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3.2 Valoración

- Úlcera talón derecho por presión/cizalla tipo II, por lo que se encuentra afectada la piel únicamente.
- Úlcera talón derecho, estadío II

- Dimensión de la lesión: largo 2cm/ancho 2cm
- Profundidad/tejidos: Afectación de la dermis
- Bordes: delimitados
- Tipo de tejido: Rosado con esfacelos
- Exudado: raramente húmeda

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3.2 Valoración

- Úlcera en zona sacra por humedad tipo II B, afectada por tanto la piel y más del 50% de la zona presentando un color intenso.
- Úlcera sacro, estadío III.

- Dimensión de la lesión: largo 3cm/ancho 3cm
- Profundidad/Tejidos: Afectación del tejido subcutáneo (tejido adiposo sin llegar a fascia del músculo)
- Bordes: delimitados
- Tipo de tejido: Necrótico con esfacelos.
- Exudado: húmeda

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3.2 Valoración

Las necesidades que se vieron alteradas fueron:

- **Necesidad de seguridad**. Se encuentra desorientada. Hay momentos en los que presenta algo de lucidez, pero estos son muy pocos. Riesgo de caídas.
- **Necesidad de comunicación:** Su cuidador principal es su hija, depende de ella en todo momento.
- **Necesidad d creencias y valores**: Católica.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3.2 Valoración

Las necesidades que se vieron alteradas fueron:

- **Necesidad de ocio:** Alterada. No sale de casa de su hija debido a su estado físico y biológico.
- **Necesidad de aprendizaje:** Alterado. Su hija es la encargada de que tome la medicación.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3.2 Valoración

3.2.1 Escalas de valoración

Dentro de las escalas utilizadas:

- *Test de Barthel :* dependencia total (puntuación 10)
- *Test de Braden*: alto riesgo de UPP (puntuación 10)
- *Test de Pfeiffer:* deterioro cognitivo moderado (puntuación 7)

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3.3 Fase diagnóstica

- Diagnósticos de colaboración:

- **Dolor agudo secundario a agentes biológicos y físicos** (deterioro de la integridad cutánea). Manifestado por informes verbales de dolor.
- **Confusión crónica secundaria a enfermedad de Alzheimer.** Manifestado por alteración de la interpretación o respuesta a los estímulos así como deterioro de la memoria.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3.3 Fase diagnóstica

- Diagnósticos de autonomía:

- **Problema total para la movilidad**: La suplencia la realizará la cuidadora informal, en este caso, su hija. El objetivo de la misma es que la paciente aumente la fuerza muscular y así disminuya el riesgo de caídas, además de evitar la presión continua en las úlceras instauradas y la prevención de otras úlceras mediante cambios posturales cada dos horas.
- **Problema total para la higiene:** Este problema será suplido por la cuidadora informal con la ayuda de la asistenta a domicilio.
- **Problema total para vestirse/desvestirse**. Será suplida por la cuidadora informal y la asistenta a domicilio.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3.3 Fase diagnóstica

-Diagnósticos de enfermería NANDA:

- **Deterioro de la movilidad** física relacionado con disminución de la masa muscular, disminución de la fuerza muscular y alteración del estado mental. Manifestado por alteración de la marcha e inestabilidad postural.
- **Deterioro de la integridad cutánea** relacionado con la inmovilidad física y presión continúa. Manifestado por alteración de la integridad de la piel.
- **Riesgo de caídas** relacionado con la edad extrema, alteración del estado metal.
- **Riesgo de infección** relacionado con las defensas primarias inadecuadas (lesiones corporales)

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3. 4 Fase de planificación

3.4.1 Decisión diagnóstica

La paciente padecía diversos problemas por lo que se priorizó para tratar aquellos que contribuían a la permanencia o la aparición de otros problemas diferentes.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3. 4 Fase de planificación

3.4.1 Decisión diagnóstica

- Los diagnósticos enfermeros en los que se debía incidir eran dos:
    - Deterioro de la integridad cutánea, ya que era la causa principal del dolor de la paciente. Sanando estas heridas el dolor reduciría. Además disminuiría el riesgo de infección.

.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3. 4 Fase de planificación

3.4.1 Decisión diagnóstica

- Los diagnósticos enfermeros en los que se debía incidir eran dos:
    - Deterioro de la movilidad, otro diagnóstico muy importante a tratar ya que consiguiendo que a la paciente se le hagan cambios posturales así como ayudándole a realizar ejercicios para aumentar la fuerza y masa muscular se reduciría el riesgo de aparición de úlceras así como mejorar las presentes.
    - En cuanto al diagnóstico de confusión crónica no podemos incidir en el ya que es un estado progresivo.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3. 4 Fase de planificación

3.4.2 Planteamiento de objetivos y selección de intervenciones

Tras la elección de los diagnósticos seleccionamos aquellos objetivos (NOC) que queríamos conseguir para resolver los mismos. A continuación elegimos un indicador/es para cada objetivo partiendo de la puntuación inicial en la que se encontraba el paciente (1 extremadamente comprometido-5 nada comprometido) hasta la cual queríamos llegar. Para ello realizamos unas intervenciones (NIC) destinadas a ese propósito.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3. 4 Fase de planificación

3.4.2 Planteamiento de objetivos y selección de intervenciones

- **Respecto al diagnóstico "deterioro de la integridad cutánea". Nuestros objetivos van a ser:**
- Integridad tisular: piel y mucosas.
- Indicador: ausencia de lesión tisular
- Y las intervenciones:
- Cuidados de las heridas
- Vigilancia de la piel (ver anexo I)

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3. 4 Fase de planificación

3.4.2 Planteamiento de objetivos y selección de intervenciones

- **Respecto al diagnóstico "Deterioro de la movilidad física". Nuestro objetivo va a ser:**
- Movilidad:
- Indicador: Mantenimiento del equilibrio y la marcha
- Y las intervenciones:
- Terapia de ejercicios: ambulación
- Prevención de caídas
- Cambio de posición. (ver anexo II)

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3. 5 Fase de ejecución

- **CURA ÚLCERA SACRO**
  - Limpieza de arrastre con suero fisiológico de la herida y la piel circundante. Utilizaremos la mínima fuerza mecánica y la suficiente presión de lavado.
  - Desbridamiento del tejido desvitalizado del lecho de la herida y del borde de la úlcera. El **desbridamiento** se realizaba de manera **mecánica** con un bisturí para poder eliminar el tejido necrótico así como los esfacelos.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3. 5 Fase de ejecución

- **CURA ÚLCERA SACRO**
  - **Desbridamiento enzimático** (una vez eliminada la placa necrótica y parte de los esfacelos) aplicando productos enzimáticos tipo colagenasa, en este caso **IRUXOL MONO.**
  - Para recoger el exudado que se pudiese presentar así como para aliviar la presión utilizamos un apósito foam hidrófilo de poliuretano adhesivo tipo **ALLEVYN SACRUM.**

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3. 5 Fase de ejecución

- **CURA ULCERA TALÓN**
  - Limpieza con suero fisiológico la herida y la piel circundante.
  - **Desbridamiento enzimátio** aplicando productos enzimáticos tipo colagenasa como el hidrogel de alginato, **PURILÓN GEL.**
  - Aplicación de malla de silicona tipo Mepitel.
  - Colocación de taloneras de espuma de poliuretano para reducir la presión.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3. 5 Fase de ejecución

- **CURA ULCERA TALÓN**
  - Sujeción de la talonera de forma suave, sin comprimir, con venda tubular.
  - Poner un cojín debajo de las pantorrillas para elevar los talones.
  - Realización de cambios posturales para evitar largos periodos de presión en ambas úlceras.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3. 5 Fase de ejecución

- **<u>PREVENCIÓN UPP (información ofrecida a cuidadora informal)</u>**
    - Higiene cada 24 horas
    - Cambios posturales cada 2 horas
    - Protección de las zonas de presión + colchón antiescaras
    - Hidratación c/12h + ácidos grasos hiperoxigenados
    - Nutrición adecuada con aumento de proteínas para recuperación del tejido.
    - Medición del riesgo mínimo una vez semanal
-

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3. 6 Fase de evolución

- Gracias a las visitas domiciliarias programadas 2 veces/semana para la realización de la cura de las úlceras, así como al cuidado correcto por parte de la cuidadora informal, se comprobó como las úlceras sanaron. En cuanto a la movilización y el riesgo de caídas se vieron mejoradas, gracias a la educación sanitaria que aportamos a la cuidadora, conoció como y al cuanto tiempo debía realizar los cambios posturales, ayudarla a andar y a realizar los traslados de la cama al sillón. En este diagnóstico no se quería conseguir grandes logros debido a la edad extrema de la paciente y a su condición psicológica. El riesgo de caídas disminuyó gracias al material sanitario aportado por el SAS como fue una barandilla en la cama y un andador.
- La confusión crónica en ningún momento mejoró.

3.PRESENTACIÓN DEL CASO

3. 6 Fase de evolución

-

Diagnóstico	Objetivos (NOC)	Indicadores de los resultados	Puntuación esperada	Resultado obtenido		
				Valoración inicial	Día 10	Día 20
Deterioro de la integridad cutánea	Integridad tisular: piel y mucosas	Ausencia de lesión tisular	Basal: 2 Diana:4	2	3	4
Deterioro de la movilidad	Movilidad	Mantenimiento del equilibrio y la marcha	Basal: 2 Diana:3	2	2	3

4. DISCUSIÓN

La prevalencia de las UPP es mayor en mujeres que hombres debido a su mayor esperanza de vida. Aunque las UPP pueden aparecer en cualquier parte de cuerpo, prevalece en las zonas de prominencias óseas como en el caso presente en el cual la paciente padece UUP en zona sacra y talón, siendo estas las zonas más afectadas con un 30.14% y un 17. 81% respectivamente. [5]

4. DISCUSIÓN

Durante las visitas domiciliarias se realizaba un tratamiento local como medidas preventivas mediante la limpieza, control de la infección y la aplicación de agentes tópicos como geles o parches, en este caso espumas de poliuretano ya que según José C Moreno Giménez, los productos utilizados para tratar UPP que se basan en cura húmeda presentan mayor eficacia clínica y rentabilidad que el tratamiento tradicional o seco. No existen diferencias en lo que se refiere a la eficacia clínica de un producto en concreto con respecto a otros productos de tratamiento en ambiente húmedo pero si existen datos relativos al confort y la absorción que muestran ventajas de las espumas de poliuretano frente a los parches hidrocoloides[7]

4. DISCUSIÓN

Según literatura científica consultada, existen diversos factores que favorecen la aparición de UPP o bien dificultan su recuperación como son la incontinencia, inmovilidad y suplemento nutricional[6]. En este caso la paciente presentaba estas debilidades (incontinencia e inmovilidad) lo cual dificultaba la regeneración de la piel; como fortaleza, la disponibilidad de una cuidadora informal que permitía la reducción del tiempo en cama de la paciente, así como un control exhaustivo de las heridas y una buena nutrición.

4. DISCUSIÓN

Por esta razón el tratamiento de cualquier herida debe ser personalizado siendo necesario considerar todos aquellos factores de riesgo de la paciente para realizar el cuidado de las úlceras según las necesidades de cada persona.[8]

5. BIBLIOGRAFÍA

1→ Alvarado AM, Salazar AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos vol.25 no.2 Barcelona jun. 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002

2→ Torres AC, Lima MM, Aparecida R, Das Graças Melo M. Diagnósticos de enfermería para ancianos utilizándose la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería y el modelo de vida. Latino-Am. Enfermagem. 2013, 21(2):[08 pantallas. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es_0104-1169-rlae-21-02-0523.pdf

5. BIBLIOGRAFÍA

3→ Torra i Bou JE, Soldevilla JJ, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J, Mayán JM. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. GEROKOMOS 2006; 17 (3): 154-172. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v17n3/154helcos.pdf

4→ Aizpitarte E, Garcíade A, Zugazagoitia N, Margall MA, Asiain MC. Pressure ulcers in intensive care: assessment of risk and prevention measures. Enfermería Intensiva Volume 16, Issue 4, 2005, Pages 153-163. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239905734027

5. BIBLIOGRAFÍA

5→ Cantún-Uicab F, Uc-Chi N. Perfil de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes adultos hospitalizados. Rev Enferm IMSS 2005; 13(3): 147-152. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2005/eim053e.pdf

6→ Carbonell-Fornés P, Murillo-Llorente M. Las úlceras por presión en gerontología: prevalencia y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2015;26(2):63-67. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n2/06_helcos2.pdf

7→ Moreno-Giménez JC, Galán –Gutiérrez M, Jiménez-Puya R. Tratamiento de las úlceras. Actas Dermo-Sifiliográficas. Volume 96, Issue 3, April 2005, Pages 133-146. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731005730556

5. BIBLIOGRAFÍA

8→ Heredia C. Tratamiento de las úlceras varicosas de las extremidades inferiores. Universidad internacional de Andalucía. 2017. Disponible en: http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/3780/0794_Herrera.pdf?sequence=1

9→ nnn consult [homepage en internet]. ELSEVIER: RELX GROUP; [Acceso 21 de Enero 2018] Disponible en: https://www.nnnconsult.com/

6.ANEXOS

- Anexo I

DIAGNÓSTICO	*OBJETIVOS (NOC)*	*INTERVENCIONES (NIC)*
Deterioro de la integridad cutánea	**[1101] Integridad tisular: piel y mucosas** • **Indicador:** Ausencia de lesión tisular. • **Escala:** desde extremadamente comprometida hasta nada comprometida Basal:2 Diana;4	**[3660] Cuidados de las heridas** • **Actividades:** • Despegar apósitos y limpiar restos de las heridas • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Limpiar la zona afectada con una solución salina a presión, si procede. • Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión, según corresponda • Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede.

[3590]Vigilancia de la piel

- **Actividades:**
- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de piel.
- Higiene general.
- Vigilar el color de la piel
- Observar si existe, enrojecimiento, calor extremo, inflamación.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro
- Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según

6. ANEXOS

- Anexo II

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
[00085] Deterioro de la movilidad física	**[0208] Movilidad** **Indicador:** Mantenimiento del equilibrio y marcha • **Escala:** desde gravemente comprometida hasta no comprometida **Basal:2** **Diana:3**	**[0221] Terapia de ejercicios: ambulación** • **Actividades:** • Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia. • Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales • Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde • Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario. • Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario.

[0840] Cambio de posición.

- Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, sino está contraindicada.
- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
- Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente.
- Elevar la parte corporal afectada, si está indicado.

		[6490] Prevención de caídas • Actividades: • Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular • Ayudar a la deambulación de las personas inestables • Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.

TEMA 23. VENDAJE COMPRESIVO EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS VENOSAS.

LORENA EGEA PÉREZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. DEFINICIÓN
3. DIAGNÓSTICO
4. CLASIFICACIÓN
5. TRATAMIENTO: TERAPIA COMPRESIVA
   - Fundamentos de la terapia compresiva
   - Consideraciones previas
   - Tipos de vendaje
6. CONCLUSIONES

1. INTRODUCCIÓN

Las úlceras vasculares, entre ellas las venosas ,constituyen un grave problema que altera la calidad de vida del paciente. A menudo son una causa importante de consulta en Atención Primaria de Salud, donde se tratan de manera ambulatoria más del 80% de los casos.

Su atención se debe abordar desde un punto de vista integral en la cual se incluyan factores de riesgo y de prevención.

2. DEFINICIÓN

Las úlceras venosas se podrían definir como solución de continuidad de la piel , sin tendencia a la cicatrización espontánea, moderadamente dolorosa, de bordes irregulares y lecho generalmente sucio, que se asienta sobre una piel dañada por una dermatitis secundaria a una hipertensión venosa, la cual constituye la principal complicación de la insuficiencia venosa crónica.
También se las conoce como úlceras de éstasis.
Suponen el 80% de las úlceras vasculares, por lo que son a las que más frecuentemente enfermería debe enfrentarse.
Su evolución una vez instaurada es lenta con tendencia a cronificar y frecuentes recidivas.

3. DIAGNÓSTICO

- Se suele localizar más frecuentemente en el tercio inferior de la pierna, sobre todo en la zona supramaleolar interna.
- Pulsos pedios presentes.
- Aspecto: bordes irregulares blanquecinos y lecho hiperémico o amarillento en el caso de que presente esfacelos o necrosis.
- Suelen ser únicas y la piel periulceral presenta edema, eczema, dermatitis e hiperpigmentación.
- El dolor es moderado.

4. CLASIFICACIÓN

Podemos clasificar las úlceras venosas en función de las lesiones que se producen en la piel debido a la insuficiencia venosa crónica. Para ellos empleamos la clasificación de WIDMER. Se distinguen 3 estadios:

- **ESTADIO 1**: aparece edema, congestión subfascial, flebectasia y vesículas.
- **ESTADIO 2:** venas dilatas y tortuosas, induración, pigmentación y eccema.
- **ESTADIO 3:** úlceras activas o cicatrizadas.

5. TRATAMIENTO: TERAPIA COMPRESIVA

- FUNDAMENTOS: Se ha demostrado que la terapia compresiva es uno de los pilares más importantes en el tratamiento de las úlceras venosas, ya que influye sobre la hipertensión venosa de la extremidad, mejorando el retorno venoso y disminuyendo por tanto el edema.
- CONSIDERACIONES PREVIAS: antes de la realización de un vendaje compresivo a un paciente hemos de conocer su historial clínico y realizar un examen minucioso del resto de patologías que presente.
- TIPOS DE VENDAJES: pueden ser **monocapa**, que son considerados de fijación o **multicapa,** que permiten controlar mejor la presión que se ejerce y tienen por ello mejores resultados en la cicatrización de las úlceras venosas.

6. CONCLUSIONES

- Como conclusión podemos decir que el vendaje compresivo es uno de los pilares esenciales en el tratamiento de las úlceras venosas en los miembros inferiores.
- Mejora la calidad de vida del paciente al aliviarle los síntomas de dolor, exudado y edema, acortando el periodo de cicatrización.
- Combinado con un programa de prevención de su recurrencia, mejoramos el estado de salud de los pacientes y reducimos la carga que esta patología supone para los sistemas de Atención Sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Folguera-Álvarez Carmen. Eficacia del vendaje compresivo multicapa en la cicatrización de las úlceras venosas. Disponible en: http://hdl.handle.net/10045/71213.
- Simón Melchor Alba, Gil Salvador Rebeca, Naranjo Soriano Gema, Jiménez Sesma Maria Luisa, Solano Castán Javier, Simón Melchor Lucía. Evidencia científica del vendaje compresivo para el tratamiento de las úlceras venosas. RIDEC, ISSN 1988-5474, Vol.8 Nº2, 2015, págs. 19-33.
- Magali Rezende de Carvalho, Beatriz Guitton Renaud Batista de Oliveira. Terapia compresiva para el tratamiento de úlceras venosas. Enfermería Global , ISSN-e 1695-6141, Vol.16, Nº.1, 2017, págs. 574-593.
- Gómez Fernández P, Revisión del tratamiento de las úlceras venosas: terapia compresiva. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2015 Feb; 3(1):43-54.

TEMA 24. EDAD IDEAL PARA LA INTRODUCCIÓN DEL GLUTEN EN EL LACTANTE.

MARÍA DE LOS ÁNGELES CUADROS GONZÁLEZ

ÍNDICE

1. BENEFICIO DE LA INTRODUCCIÓN DEL GLUTEN ENTRE LOS 4 Y 6 MESES

2. ESTUDIOS QUE CUESTIONAN TAL BENEFICIO

3. CONCLUSIONES

BENEFICIO DE LA INTRODUCCIÓN DEL GLUTEN ENTRE LOS 4 Y 6 MESES

La enfermedad celíaca (EC) es una intolerancia permanente al gluten de personas genéticamente predispuestas, que causa lesión en la mucosa del intestino delgado[1].

Su prevalencia en la población occidental es de 1 a 2%[2].

En los años 80 del siglo xx, en la epidemia Sueca[3], tras cambiar las pautas de introducción del gluten (a los 6 meses y en cantidades grandes de gluten), se produjo un incremento de la incidencia de la EC de hasta 4 veces, volviendo a los valores anteriores tras recomendar la introducción del gluten entre los 4-6 meses, manteniendo la lactancia, y en cantidades pequeñas de forma progresiva.

Este hecho originó numerosos estudios sobre estos factores ambientales, por su posible influencia en la prevención de EC.

1992-1995.Ivarsson y colaboradores. Estudio prospectivo de Suecia sobre 623.439 niños, sin factor de riesgo. Observaron que introducir el gluten entre los 5 o 6 meses no incrementa el riesgo de desarrollar la EC.

1994-1999.Norris y colaboradores , estudio sobre niños con alto riesgo de padecer EC, demostraron que introducir el gluten a los 3 meses aumenta 5 veces el riesgo de desarrollar la enfermedad, introducirlo a partir de los 7 meses aumentaba el riesgo casi el doble, y la menor incidencia de EC estaba en la introducción del gluten entre los 4 y 6 meses.

1998-2008.Estudio observacional prospectivo de Noruega, sobre 82.167 niños sin factor de riesgo, se observo un aumento de la incidencia de la EC en los niños que se les administró el gluten a partir de los 6 meses.

La ESPGHAN[4] desde el 2008 recomienda introducir el gluten entre los 4 y 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna, y en cantidades pequeñas de forma progresiva.

ESTUDIOS QUE CUESTIONAN TAL BENEFICIO

2003-2008. Estudio multicéntrico CELIPREV, sobre 832 recién nacidos, con riesgo de EC. A los dos años la incidencia de la EC era mayor en los niños que se les introdujo el gluten a los 6 meses, que en los niños que se les introdujo a los 12. A los 5-10 años la prevalencia de EC se igualó en los dos grupos.

2004-2011. Estudio Italian Baby, sobre 729 lactantes con alto riesgo. A los 2 años la incidencia de EC, era mayor en el grupo que se le introdujo el gluten a los 6 meses, respecto a los de 12 meses, a los 3 años los valores se igualaron.

2007-2013. Prevent CD, estudio multicéntrico de 8 países, sobre 994 niños con alto riesgo de desarrollar la EC.

El estudio determinó que a los 3 años no había diferencias de prevalencia de EC, entre el grupo de niños que se le suministró el gluten a los 4 meses, y el grupo al que se le introdujo el gluten a partir de los 6 o 7 meses.

CONCLUSIONES

Ante la diversidad de resultados en los diferentes estudios se evidencia una necesidad de un mejor conocimiento de la EC. ¿Como se activa?, ¿por qué? Entre los niños con alto riesgo genético de desarrollar la enfermedad, la mayoría no la desarrolla frente a una minoría que sí. ¿cual es el verdadero detonante?

Sin tener resultados concluyentes según los estudios existentes respecto a la mejor edad para la introducción del gluten. Es razonable atender las recomendaciones de la ESPGHAN, de introducir el gluten en la ventana inmunológica de los 4-6 meses, pues aunque hay estudios que observan que no hay ningún beneficio en ello, al menos entre los niños de alto riesgo, no existe ningún estudio que diga que esta práctica aumente el riesgo de desarrollar la EC y sí hay estudios que demuestran su beneficio en la incidencia de EC.

BIBLIOGRAFÍA

1. José Galbe Sánchez-Ventura. Prevención y cribado de la enfermedad celíaca. PrevInfad. Actualizado febrero 2016. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/celiaca.htm.

2. Jonas F. Ludvigsson Alessio Fasano. Tiempo de la introducción del gluten y riesgo de la enfermedad celíaca. Ann Nutr Metab 2012;60(suppl 2):22-29.

3. Eva Martínez-Ojinaga Nodal. Gluten y lactancia materna: adiós a la ventana inmunológica. Evid Pediatr 2014;10:58. Disponible en: http://www.evidenciasenpediatria.es

4. Raquel Infante Uriarte. Controversias sobre el momento de introducción del gluten en la dieta del lactante. UVa. 2016. Disponible en: http://uvadoc.uva.es/handle/10324/17758

TEMA 25. USO DE MACROBLOQUES EN EL TALLADO DE LAS PIEZAS DE PROSTATECTOMÍA RADICAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

SILVIA MUÑOZ LAPEÑA
SILVIA ANTOÑANZAS CALVO
CRISTINA MORENO MUÑOZ
ALEXANDRA MARROQUÍN JUÁREZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y MÉTODO
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La prostatectomía radical es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación de la glándula prostática junto con las vesículas seminales. Los médicos anatomopatólogos son los encargados de llevar a cabo el estudio macroscópico y microscópico de este tipo de muestras.

Estas piezas quirúrgicas requieren un análisis exhaustivo en el cual es necesario hacer una inclusión total de la pieza. Esto permite llevar a cabo un estudio microscópico meticuloso de todo el tejido prostático y localizar con exactitud la lesión objeto de estudio.

.

Dada la naturaleza de este procedimiento, el uso de macrocasetes y la confección de macrobloques son de gran utilidad, ya que permiten observar la localización de la lesión con respecto al tejido circundante y ayuda a mantener la orientación anatómica de la próstata durante todo el estudio.

OBJETIVO

Informar sobre el procedimiento a seguir en el laboratorio de Anatomía Patológica desde la recepción de la muestra hasta la obtención de la preparación histológica usando el método de inclusión en macrobloques en los casos de prostatectomía radical.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica contrastando información de diferentes medios, entre los que se incluye “Lineamientos para el manejo, diagnóstico y reporte de cáncer de próstata en especímenes de prostatectomía radical”, “Procedimientos técnicos en la utilización de macrobloques”, “Manual of Surgical Pathology”, “Principios de Procesamiento en Patología Quirúrgica General y por Sistemas” y “Ackerman– Patología Quirúrgica”.

RESULTADOS

El procedimiento a seguir en el laboratorio de Anatomía Patológica para procesar una pieza quirúrgica de próstata empleando macrocasetes es el siguiente:

1. Fijar el tejido en líquido fijador.
2. Orientar la pieza: la base es el extremo de la uretra que se encuentra junto a las vesículas seminales y el ápex es el lado opuesto.
3. Hacer una descripción macroscópica inicial: pesaje, medidas (dimensiones supero-inferior, lateral y antero-posterior), descripción de aspecto general, descripción de superficie.
4. Pintar con tinta toda la superficie de la pieza. Puede ser de gran utilidad emplear colores diferentes para las diferentes regiones anatómicas.

5. Tallado:

- Vesículas seminales: se separan de la próstata y es recomendable realizar secciones transversales de las mismas e incluirlas en su totalidad. También se pueden seccionar a la mitad con un solo corte longitudinal, técnica que se verá beneficiada por el uso de macrocasetes, ya que las secciones caben en un solo bloque de parafina.
- Ápex: hacer una sección de unos 0,5cm de grosor para separar el ápex del cuerpo prostático y hacer una disección radial o de cortes transversales seriados del fragmento obtenido. Para la inclusión de esta zona se podrán usar casetes de tamaño estándar.

- Base: hacer una sección de unos 0,8cm de grosor para separar la base del cuerpo prostático y hacer una disección de cortes transversales seriados del fragmento obtenido. Para la inclusión de esta zona se podrán usar casetes de tamaño estándar.
- Cuerpo: realizar cortes transversales seriados de entre 0,5 y 0,8cm de grosor e incluirlos en macrocasetes siguiendo un orden riguroso que nos permita mantener en todo momento la orientación anatómica de la muestra.

En todos los pasos anteriores se realiza simultáneamente una descripción del aspecto de la superficie de corte de cada zona, siendo especialmente meticulosos con especificar a qué altura se encuentra cada característica observada.

6. Procesamiento: los macrocasetes se podrán introducir en el procesador de rutina, con la única diferencia de que habrá que dejarlos más espaciados para facilitar la circulación de los líquidos.
7. Confección de macrobloques:
   - Se necesitan moldes de tamaño adecuado para el tipo de macrocasete utilizado.
   - Se rellena de parafina el molde hasta superar la altura a la que se situará posteriormente el casete.
   - Se introduce el tejido, se coloca en una placa fría y se presiona toda la superficie con ayuda de pesa y pinzas hasta obtener una superficie de corte del tejido perfectamente alineada.
   - Se coloca el casete y se rellena de parafina hasta el borde superior.
   - Se mantiene en el frío hasta que la parafina quede completamente solidificada.
   - Se desmolda y se retira el exceso de parafina.

8. Corte:

- Colocar en el microtomo un cabezal especial adecuado para el tamaño del macobloque.
- Devastar con una cuchilla nueva.
- Volver a enfriar los bloques y cortarlos con otra cuchilla nueva. El corte se realiza de igual forma que en protocolo convencional.
- Estirarlos en el baño de flotación y colocarlos en portaobjetos de tamaño adecuado para el tipo de bloque utilizado.

9. Tinción y montaje: se podrá adaptar la cestilla al tamaño de los portaobjetos y se realizará la tinción con normalidad. Será preciso utilizar cubreobjetos de mayor tamaño.

10. Tras estos pasos, la preparación histológica habrá sido realizada con éxito.

CONCLUSIÓN

En las fuentes consultadas, existe cierta discrepancia para elegir la mejor forma de tallar las vesículas seminales, el ápex y la base, existiendo varias posibilidades para el tallado de cada una de ellas.

En cuanto al uso de macrobloques, también existen variantes en función de las casas comerciales encargadas de suministrar el material en cada laboratorio, ya que existen pequeñas diferencias entre los cabezales adaptados a este tipo de bloques, así como entre los tipos de moldes para la confección de los bloques.

Pese a estas discrepancias, existe un protocolo bastante estandarizado en cuanto al uso de macrobloques en el tallado de piezas de prostatectomía radical.

BIBLIOGRAFÍA

1. Padilla Rodríguez AL. Lineamientos para el manejo, diagnóstico y reporte de cáncer de próstata en especímenes de prostatectomía radical. Patología Revista Latinoamericana. 2008; 46(3):248-62.
2. Palomaque B, Nogales N, Lago MJ, Sanz M. Procedimientos técnicos en la utilización de macrobloques. X Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. Noviembre 2009. ISBN: 978-84-692-76778.
3. Lester S. Manual of Surgical Pathology. 3ª ed. Philadelphia: Saunders; 2010.
4. García JA, Monroy SC¸ García CA, Díaz JA. Principios de Procesamiento en Patología Quirúrgica General y por Sistemas. 1ª ed. Bucaramanga, Colombia; 2008.
5. Rosai J. Ackerman – Patología Quirúrgica. 6ª ed. Panamericana S.A. Tomo 2, 1983.

TEMA 26. PRINCIPIO ALARA Y DOSIMETRIA Y PROTECIÓN PEDIÁTRICA.

EZEQUIEL LUCAS LÓPEZ

ÍNDICE

- REGLAMENTOS UNION EUROPEA Y PRINCPIO ALARA.
- TABLAS EQUIVALENCIAS DOSIS-PRUEBA O ESTUDIO.
- DOSIMETRÍA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PEDIÁTRICA.
- BIBLIOGRAFÍA.

REGLAMENTOS UNIÓN EUROPEA Y PRINCIPIO ALARA.

En la Directiva 1997 743 / Euratom del Consejo de la Unión Europea de 30/ 6/
97 se establece que todos los miembros implicados deben reducir la exposición innecesaria de los pacientes a la radiación. Y como orientación la “Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen” promovida por la Dirección General de Medio Ambiente incluye el cuadro de equivalencias de dosis de radiación administrada en estudios radiológicos,

elaborado por el Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido sobre un estudio
de mediciones en 380 hospitales durante el período entre 1990 y 1995. Se establece como unidad la radiografía de Tórax por ser la técnica más frecuente y, también, de muy escasa radiación (dosis < 0´1.

TABLAS DE EQUIVALENCIAS.

Procedimiento diagnóstico	Tórax	Cráneo	Abdomen	Digestivo	Enema opaco
Rx Tórax	1	4	50	140	340
Radiación ambiente	1,5 días	11 días	6 meses	16 meses	3 años

Tomografía Computarizada	Cráneo	Tórax	Abdomen
Rx tórax	115	400	500
Radiación ambiente	1 año	3,6 años	4,5 años

DOSIMETRÍA Y PROTECCIÓN PEDIÁTRICA.

La radio protección tiene especial importancia en el paciente pediátrico. Hoy por hoy, hay datos suficientes que indican que los riesgos de cáncer radio
inducido son significativamente mayores en los niños que en los adultos.
Aunque todas las exploraciones con radiaciones ionizantes implican un riesgo, entre las exploraciones diagnósticas, la tomografía computarizada supone un riesgo cualitativamente superior.

- En la medida de lo posible, se deben realizar
- exploraciones sin radiación, como la ecografía y la resonancia magnética.
- Las medidas de protección radiológica comienzan por evitar exploraciones
- innecesarias. El papel del técnico y del radiólogo es fundamental aplicando
- protocolos técnicos específicos para la edad pediátrica en función del peso, la
- edad y la región que se va a explorar.

Un Real Decreto (RD 815/2001) regula la justificación de las exploraciones

radiológicas: sólo las puede solicitar un facultativo y debe cumplimentarse

adecuadamente la solicitud, con datos clínicos que indiquen la prueba.

BIBLIOGRAFÍA

- Radiología Pediátrica: Protección y Aplicación práctica, Diagnóstico por Imagen del Tórax pediátrico.
- Editoriales: Manual de radiología para Técnicos. Física, Biología y Protección Radiológica 10ªed.
- Brenner D., J., Elliston C, D., Hall E., B. (2001) “Estimated risks of radiation induced fatal cancer from pediatric CT. 176 289-296.
- Royal College of Radiology.. 4th ed. London: Royal College of Radiologists; 1998.
- RENEDO DE LA HOZ, S. (2015). Riesgos de la radiación en imágenes pediátricas.

TEMA 27. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.

BÁRBARA FATÁS CUEVAS

MARTA ARAGÜÉS GARDE

MARA ALONSO ALGARABEL

LAURA ARANDA RUBIO

ÍNDICE

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

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la esperanza de vida está aumentando, lo que conlleva que la población de ancianos este creciendo en todo el mundo. Esta situación, por lo tanto, se acompaña de un aumento de las discapacidades, tanto físicas como psicológicas.(1) Además, los trastornos mentales en el envejecimiento constituyen, especialmente, una importante problemática de la salud pública y, entre ellos, la depresión adquiere el papel de ser uno de los trastornos más prevalentes en esta última etapa de la vida. (2) Algunos estudios concluyen que, la depresión, es más frecuente en jóvenes, mientras que, otros, alertan de que aumenta, especialmente, conforme lo hace la edad. Pese a todo ello, se considera a la depresión como el factor de riesgo principal para que se produzca deterioro en la tercera edad, aunque no se trate de una consecuencia necesaria y natural del envejecimiento. (3)

Se ha observado que, esta patología no afecta de igual manera en las edades más tempranas y en las más tardías de la vida. De esta manera, en la tercera edad, se manifiesta con un mayor riesgo de suicidio y de deterioro de las capacidades físicas, cognitivas y sociales, provocando una disminución en la participación social y, empeorando, por consiguiente, la calidad de vida. (1)(2)(4)(5)

Además de todo esto, la depresión puede desencadenar el desarrollo de patologías como enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares y, complicar el desarrollo de otras.(4)(6) También, algunas revisiones sistemáticas y estudios previos, demuestran que un diagnóstico de depresión mayor, menor o una detección positiva de síntomas depresivos se asocia a un aumento en la mortalidad.(7)

Con todo ello, es conocido que las depresiones en la vejez, pese a ser comunes, no se diagnostican lo suficiente y no se tratan de una manera adecuada. (6) De hecho, dicha patología, en este grupo poblacional, se trata principalmente en los servicios de atención primaria y, menos de la mitad de los casos, están siendo reconocidos. (5)

La depresión en el envejecimiento, como se ha nombrado anteriormente, aparte de constituir un gran problema de salud pública, también origina un gran impacto socioeconómico. Por todo ello, el conocimiento de los factores de riesgo que pueden desencadenar la depresión en este proceso del envejecimiento es de vital importancia para poder realizar una prevención adecuada. (8)

2.OBJETIVO

El objetivo de este trabajo va consistir en determinar cuáles son los factores de riesgo o las causas que producen depresión, en el proceso de envejecimiento

3.METODOLOGÍA

Perfil de la búsqueda

Se trata de una revisión sistemática que parte de la pregunta de investigación, ¿cuáles son las causas de la depresión en el proceso de envejecimiento?. Para la realización de la búsqueda se consultó la base de datos Medline, a través de PubMed, siendo el periodo documental del 16 de octubre al 8 de noviembre. Las palabras clave utilizadas fueron los descriptores MeSH “causality”, “depression” y “aging”, unidas a través del operador boleano AND. Además, los estudios se filtraron según el año (últimos cinco años), idioma (inglés y español) y edad (mayores de 65 años).

También se contó con el apoyo de la base de datos Alcorze, de la Universidad de Zaragoza y, las referencias bibliográficas se gestionaron a través de la plataforma RefWorks.

Criterios de selección

Se incluyeron aquellos artículos que aparecían en revistas científicas, la muestra (ancianos con una media de 65 años), la intervención (causas de la depresión en el proceso de envejecimiento), el año de publicación (2013-2017) y el idioma (inglés-español). Por otro lado, se excluyeron aquellos artículos que incluyeran los análisis de las relaciones entre depresión y demencia, las causas de la recaída en la depresión, así como las causas que produce la depresión. También fue criterio de exclusión el que la población fuera un grupo social en concreto, como por ejemplo, veteranos del servicio militar.

Selección de los estudios

Después de determinar la pregunta de investigación y los criterios de la búsqueda, se lleva a cabo la selección inicial de los artículos. Para ello se realizó una lectura de los títulos y resúmenes de cada uno de los artículos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión que habían sido determinados previamente.

Los artículos elegidos en esta primera fase de la revisión fueron recogidos y analizados mediante la lectura a texto completo. Finalmente, se seleccionan los artículos para una evaluación más detallada, eliminando los que no cumplían los criterios del estudio. Con todo ello quedan un total de 13 artículos para la revisión (Figura 1).

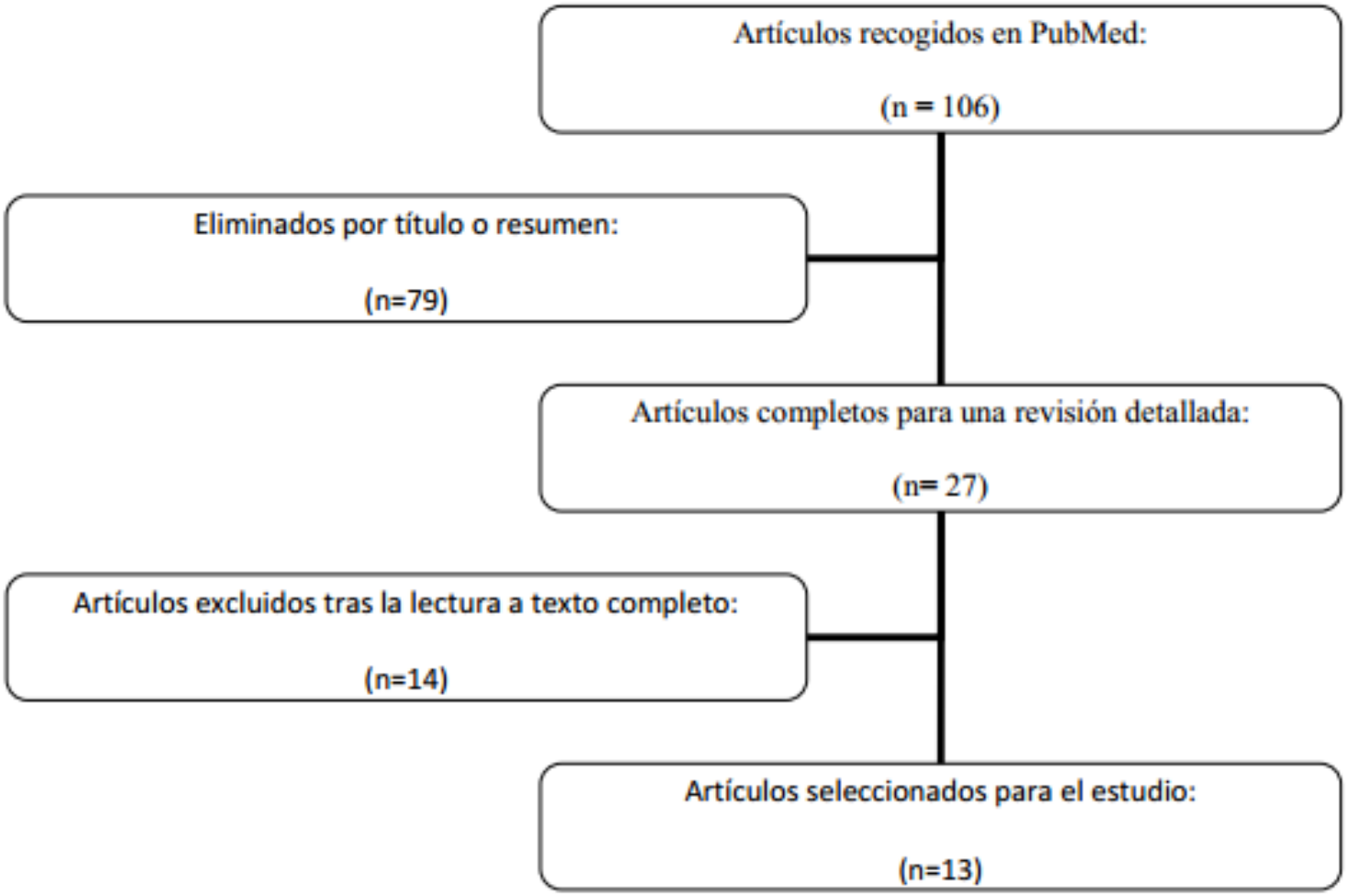


Figura 1: Diagrama de flujos 1

4.RESULTADOS

Una vez leídos todos los artículos seleccionados para la lectura a texto completo, como ya se ha nombrado anteriormente, se identifican un total de 13 artículos para ser analizados con más detalle y ser objeto del estudio.

Con estos 13 artículos finalmente incluidos para la revisión sistemática, se realiza una lectura más detallada en la que se analizó y se recogió información sobre los autores, el año de publicación, la población objeto del estudio, los objetivos de cada una de las investigaciones, sus resultados y sus conclusiones. Esta información se puede observar en la Tabla 2.

Una vez que se recogió toda la información, observamos que las causas que se encontrarían asociadas con la aparición de la depresión en el proceso del envejecimiento se pueden dividir en dos grandes grupos, los que estarían relacionados con la salud y los que lo estarían con los aspectos sociales. En la Tabla 1 se exponen estas causas encontradas.

Tabla 1: Causas asociadas con la aparición de depresión en el proceso de envejecimiento.

RELACIONADOS CON LA SALUD	RELACIONADO CON LO SOCIAL
Deterioro en la movilidad y en la marcha	Soledad
Deterioro de la capacidad auditiva	Relaciones de apego inseguras
Deterioro de la visión	Mala relación filial
Mala percepción de la salud	
Alteraciones en el ritmo actividad - descanso en hombres	
Niveles altos de proteína C reactiva en hombres	

Tabla 2: Características y principales resultados de los estudios analizados.

AUTORES	AÑO	POBLACIÓN	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Lee H, Park S, Cho J, Kwon E. (9)	2017	4162 encuestados de 65 años en adelante al inicio del estudio. Dos grupos: ▪ 2461 individuos en el grupo pobre ▪ 1668 individuos en el grupo no pobre.	Identificar las diferentes trayectorias de los síntomas depresivos en mayores, en un periodo observacional de 6 años, y, en qué medida, los cambios en salud y sociales afectan a los síntomas depresivos.	Tanto para pobres como no pobres, el tener condiciones crónicas, pérdida de la salud funcional y la disminución de la capacidad cognitiva, así como la pérdida de contacto con la red social, son factores de riesgo asociados con la estabilización de la depresión. El grupo de depresión estable bajo era más frecuente en no pobres, mientras que los síntomas persistentemente altos eran más frecuentes en pobres.	El empeoramiento de las condiciones de salud y la pérdida de compromiso social son factores de riesgo de depresión tanto para pobres como para no pobres.
Dong X, Li M, Hua a. (10)	2017	3157 adultos de 60 años o más.	Examinar la asociación entre las discrepancias filiales y los síntomas depresivos y probar la asociación entre dominios de la discrepancia filial y los síntomas depresivos entre los adultos mayores chinos de EE. UU.	Aquellos que tenían altas expectativas de apoyo filial y recibían ese apoyo, tenían menor riesgo de depresión, sin embargo, el grupo con altas expectativas pero menor recepción del apoyo, estaban asociados con un alto riesgo de síntomas depresivos.	Con todo ello se demuestra que el contar el apoyo de los hijos, en cuanto al cuidado, respeto, hacer feliz y apoyo financiero, disminuye el riesgo de síntomas depresivos en la tercera edad.
Smagula S, Boudreau R, Stone K, Reynolds C, Bromberger J, Ancoli-Israel S, et al (11)	2015	Hombres de 65 años o más de edad que vivían en la comunidad.	Determinar la relación entre las perturbaciones en los ritmos de actividad circadiana y el curso de la depresión.	En comparación con el ritmo normal, todos los grupos con parámetros no normativos tuvieron aumentos longitudinales significativamente mayores en los síntomas de depresión.	Por lo tanto, encontramos que un pequeño cambio en los ritmos de actividad está asociado a una mayor carga de los síntomas depresivos y que esto se explica con factores como el estilo de vida y la salud.

Song BM, Lee J, Choi W, Youm Y, Chu SH, Park Y, et al . (1)	2014	Personas de 60 años o más y sus cónyuges, que viven en zonas rurales de Corea.	Investigan la asociación independiente entre la proteína C reactiva en suero (CRP), un marcador de inflamación sistémica, y síntomas depresivos en población anciana.	En hombres, niveles altos de CRP estuvieron asociados con niveles más altos de depresión, mientras que, en mujeres, no se encontraron relaciones significativas.	Niveles elevados de CRP están asociados con la presencia de síntomas depresivos en hombres.
Bolkan C, Hooker K, Coehlo D (12)	2014	85 adultos mayores de dos clínicas diferentes, que viven en la comunidad y que sus edades van de los 60 a los 92 años.	Describir las relaciones entre las posibles identidades y los síntomas depresivos en una muestra de adultos mayores que viven en la comunidad e investigar, más concretamente, la relación con las identidades de salud y sociales.	Los objetivos relacionados con lo social no están asociados con los síntomas depresivos, mientras que la selección de objetivos relacionados con la salud sí que estaban unidos con menores síntomas depresivos en adultos mayores	Por lo tanto, el estado de salud y percepción de esta tiene un papel importante en la salud.
Matsushima J, Kawashima T, Nabeta H, Imamura Y, Watanabe I, Mizoguchi Y, et al. (8)	2014	400 personas de 65 años o más sin demencia.	Investiga si existe o no una relación transversal o longitudinal entre los biomarcadores inflamatorios y los síntomas de depresión y de deterioro cognitivo.	Los estudios longitudinales no encontraron ninguna relación entre los marcadores inflamatorios y los síntomas depresivos, mientras que, en el estudio transversal solo un tipo de biomarcador estaba asociado con la puntuación del Mini-Mental en hombres.	No se observó relación entre los biomarcadores inflamatorios y la depresión.
Smagula SF, Boudreau R, Cauley JA, Ancoli-Israel S, Blackwell T, Stone KL, et al (13)	2015	Hombre de 65 años o más que viven en la comunidad y que pueden andar sin asistencia.	Presentar las asociaciones entre las alteraciones en el ritmo circadiano actividad – descanso y el estado de ánimo deprimido.	Aquellos con menos amplitud y menor robustez en los ritmos circadianos son más propensos a tener síntomas depresivos.	Por tanto, el ritmo circadiano de actividad-descanso es importante en los síntomas depresivos en hombres.

Klug G, Ladwig K-, Lacruz ME, Emeny RT, Häfner S, Huber D (3)	2014	969 participantes de 64 a 94 años	Analizar la asociación entre el estilo de apego seguro, la soledad y la red social como factores de riesgo para depresión en la última etapa de la vida.	En mujeres aparece un fuerte relación entre la depresión y la soledad, En hombres, los factores determinantes de no tener depresión incluyen la seguridad del apego y el no sentirse solo.	La soledad y la inseguridad de los vínculos de apego son factores de riesgo de depresión, pero no el tamaño de la red social.
Iliffe S, Biddulph JP, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, et al. (5)	2014	Pacientes de 65 años o más que vivían en casa sin evidencia de necesitar ayuda en las actividades de la vida diaria, sin deterioro cognitivo y que hablaban inglés.	Investigar la asociación de estado de ánimo deprimido con condiciones de salud, y si esto fue independiente del deterioro funcional,	Un diagnóstico previo de artritis o reumatismos, osteoporosis y cataratas están asociados con un incremento significativo en el riesgo de depresión. La asociación con la diabetes y la enfermedad coronaria no demostró relación con la depresión mientras que, el dolor, la autopercepción de la salud, la visión y la audición y los problemas funcionales sí que la tuvieron.	Ser mujer, con un diagnóstico previo de depresión y glaucoma, déficit de visión, dificultades auditivas, dolor en las últimas 4 semanas y bajo nivel de salud percibido fueron las condiciones de salud más asociadas con la depresión.
Hamer M, Cooper R, Demakakos P, Hamer M, de Oliveira C, Breeze E, et al. (14)	2013	7246 personas mayores de 60 años.	Explorar la asociación bidireccional entre los síntomas depresivos y el rendimiento físico, medido a través de la velocidad de la marcha.	Cuanto más lenta era la velocidad de la marcha, más probable era que los participantes estuvieran deprimidos.	Por tanto, personas con disminución en la marcha son más propensas a desarrollar síntomas depresivos.
Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Wiese B, Luppa M, Riedel-Heller SG, Pentzek M, et al (15)	2013	3.214 pacientes sin demencia de 75 años o más.	Informar sobre la incidencia de depresión por edad y género y, determinar el impacto de los predictores de la depresión.	La incidencia de depresión aumentaba con la edad. Después de ajuste de las variables, los problemas en la movilidad, en la visión y fumar incrementan el riesgo de la depresión significativamente.	De esta manera, se puede concluir que los problemas en la movilidad, en la visión y el fumar son factores de riesgo para la depresión.

Metti A, Cauley J, Newman A, Ayonayon H, Barry L, Kuller L, et al. (16)	2013	988 personas que viven en la comunidad que tienen entre 70 y 79 años.	Determinar si el estado del alelo APOE e4 modificó la asociación entre el nivel del péptido Aβ y depresión.	Aquellos con bajo nivel de Aβ42/40 y un alelo APOE e4 tienen más riesgo de depresión en 9 años. Esta asociación no se observa en aquellos con bajo nivel de Aβ42/Aβ40 y sin el alelo e4.	Por lo tanto el péptido Aβ42/40 puede ser un biomarcador de la depresión.
Boman E, Gustafson Y, Haggblom A, Santamaki Fischer R, Nygren B (6)	2015	Mujeres de 65 años o mayores	Explorar de qué manera la fuerza interior está asociada con una menor prevalencia de depresión.	La prevalencia de depresión aumentaba conforme lo hacia la edad. Además, el tener fuerza interior estaba asociado con menor riesgo de depresión.	Con todo ello, se puede decir que la fuerza interior podría ser un factor protector frente a la depresión en mujeres.

5.DISCUSIÓN

Una vez analizada toda la literatura seleccionada para el estudio, hemos podido observar que aspectos como el empeoramiento en el estado de salud y el deterioro de la esfera social estarían relacionados con la aparición de la depresión en el proceso del envejecimiento.

De esta manera y, relacionado con el estado de salud, varios de los estudios concluyen que los problemas en la movilidad, especialmente el deterioro de la marcha y las dificultades visuales y auditivas, son factores de riesgo de la depresión en la tercera edad. También se observó que, en mujeres, el padecer glaucoma también originaba más probabilidad de sufrir depresión, así como el haber sufrido cuadros de dolor en las últimas cuatro semanas. (5) (14) (15) Por otro lado, la percepción negativa de la salud también demostró tener importancia en la aparición de la depresión. (12)

En el ámbito de lo social se observa que la pérdida del compromiso social también sería un factor de riesgo de depresión y que, esta, seria independiente del nivel socioeconómico. (9) Además, tanto en hombres como en mujeres, la soledad y la sensación de sentirse solos serían factores determinantes de depresión y, especialmente en hombres, el no contar con relaciones de apego seguras. (3) En otro de los estudios, realizado con población china de EEUU, contar con una buena relación con los hijos, en cuanto a recibir su apoyo y contar con su apoyo, cuidados, respeto y apoyo financiero, disminuía la prevalencia de depresión en mayores de 60 años. (10)

En otros estudios también se demostró que las alteraciones en el ritmo circadiano (actividad – descanso) constituía un importante factor de riesgo en hombres, así como la presencia de la proteína C reactiva. (1) (11) (13) En el caso de las mujeres, el contar con fuerza interior resulto ser un factor protector de la depresión. (6)

Además, en el estudio realizado por Metti A et al (16), se observa que la presencia de la apolipoproteína E (APOE) junto con el péptido β-amiloide, ambos relacionados con la aparición de la enfermedad del Alzheimer, aumentaría el riesgo de sufrir depresión en los próximos 9 años. Por otro lado, en otro de los estudios analizados, no se observó relación entre la presencia de biomarcadores inflamatorios y la depresión. (8)

Como ya se ha nombrado anteriormente, la depresión en el envejecimiento es una de las principales problemáticas de la salud pública y presenta un gran impacto económico en la sociedad que, es cada vez más mayor. Es por ello que estas investigaciones no son suficientes y, hacen falta más estudios que aumenten el conocimiento acerca de las causas que provocan esta patología en la etapa de la vida tardía para poder trabajar en su prevención.

5.CONCLUSIÓN

Para terminar, el objetivo de este trabajo era determinar cuáles son las causas o factores de riesgo que producen depresión en el proceso del envejecimiento. Finalmente, con esta revisión sistemática, hemos encontrado que, estás causas son el deterioro de salud, principalmente por pérdida en la movilidad, en la marcha, en la audición y en la visión. Además, también se consideran causas de depresión la soledad, la inestabilidad en las relaciones de apego y las discrepancia y mala relación con los hijos. Todo ello afectaría independientemente del nivel socio-económico.

7.BIBLIOGRAFÍA

(1) Song BM, Lee J, Choi W, Youm Y, Chu SH, Park Y, et al. Association between C reactive protein level and depressive symptoms in an elderly Korean population: Korean Social Life, Health and Aging Project. 2015.

(2) Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Haro JM. The association of relationship quality and social networks with depression, anxiety, and suicidal ideation among older married adults: Findings from a cross-sectional analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). J Affect Disord. 2015;179:134.

(3) Klug G, Ladwig K-, Lacruz ME, Emeny RT, Häfner S, Huber D. Aging without depression: A cross-sectional study. Psychodynamic Psychiatry. 2014;42(1):5.

(4) Wilkie R, Blagojevic-Bucknall M, Belcher J, Chew-Graham C, Lacey RJ, McBeth J. Widespread pain and depression are key modifiable risk factors associated with reduced social participation in older adults: A prospective cohort study in primary care. Medicine. 2016;95(31):e4111.

(5) Iliffe S, Biddulph JP, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, et al. Risk factors for depressed mood amongst a community dwelling older age population in England: cross-sectional survey data from the PRO-AGE study. BMC GERIATRICS. 2014 ;14.

(6) Boman E, Gustafson Y, Haggblom A, Santamaki Fischer R, Nygren B. Inner strength - associated with reduced prevalence of depression among older women. Aging & Mental Health. 2015;19(12):1078.

(7) White J, Gallacher J, Zaninotto P, Kivimaeki M, Demakakos P, Shankar A, et al. Severity of depressive symptoms as a predictor of mortality: the English longitudinal study of ageing. Psychol Med. 2015;45(13):2771.

(8) Matsushima J, Kawashima T, Nabeta H, Imamura Y, Watanabe I, Mizoguchi Y, et al. Association of inflammatory biomarkers with depressive symptoms and cognitive decline in a community-dwelling healthy older sample: A 3-year follow-up study. J Affect Disord. 2015;173:9.

(9) Lee H, Park S, Cho J, Kwon E. Socioeconomic disparity in later-year group trajectories of depressive symptoms: Role of health and social engagement change. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017;14(6).

(10) Dong X, Li M, Hua a. The association between filial discrepancy and depressive symptoms: findings from a community-dwelling Chinese aging population. The Journals of Gerontology. 2017;72(7):63.

(11) Smagula S, Boudreau R, Stone K, Reynolds C, Bromberger J, Ancoli-Israel S, et al. Latent activity rhythm disturbance sub-groups and longitudinal change in depression symptoms among older men. 2015;32(10).

(12) Bolkan C, Hooker K, Coehlo D. Possible Selves and Depressive Symptoms in Later Life. Res Aging. 2015;37(1):41.

(13) Smagula SF, Boudreau R, Cauley JA, Ancoli-Israel S, Blackwell T, Stone KL, et al. Circadian Rest-Activity Rhythms Predict Future Increases in Depressive Symptoms among Community-Dwelling Older Men. American Journal of Geriatric Psychiatry 2015 -;23(5):495.

(14) Hamer M, Cooper R, Demakakos P, Hamer M, de Oliveira C, Breeze E, et al. The Bidirectional Association between Depressive Symptoms and Gait Speed: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). PLOS ONE 2013 -;8(7).

(15) Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Wiese B, Luppa M, Riedel-Heller SG, Pentzek M, et al. Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study. Age Ageing 2013 -;42(2):173.

(16) Metti A, Cauley J, Newman A, Ayonayon H, Barry L, Kuller L, et al. Plasma beta-amyloid level and depression in older adults. Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association 2012 -;8(4):P264.

TEMA 28. HEMATURIA EN ATENCION PRIMARIA.

FRANCISCO JOSÉ VALERO MENA
LUZ MARÍA SABATER GARCÍA
MARÍA SÁNCHEZ RODENAS

ÍNDICE

- HISTORIA CLINICA
- CONCEPTO DE HEMATURIA
- ALGORITMO DIAGNÓSTICO.
- FACTORES DE RIESGO.
- OTRAS CAUSAS DE HEMATURIA.
- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y CONDUCTA.
- CONCLUSIÓN.
- BIBLIOGRAFÍA.

HISTORIA CLÍNICA

DATOS GENERALES
El paciente en cuestión es un varón de 37 años.

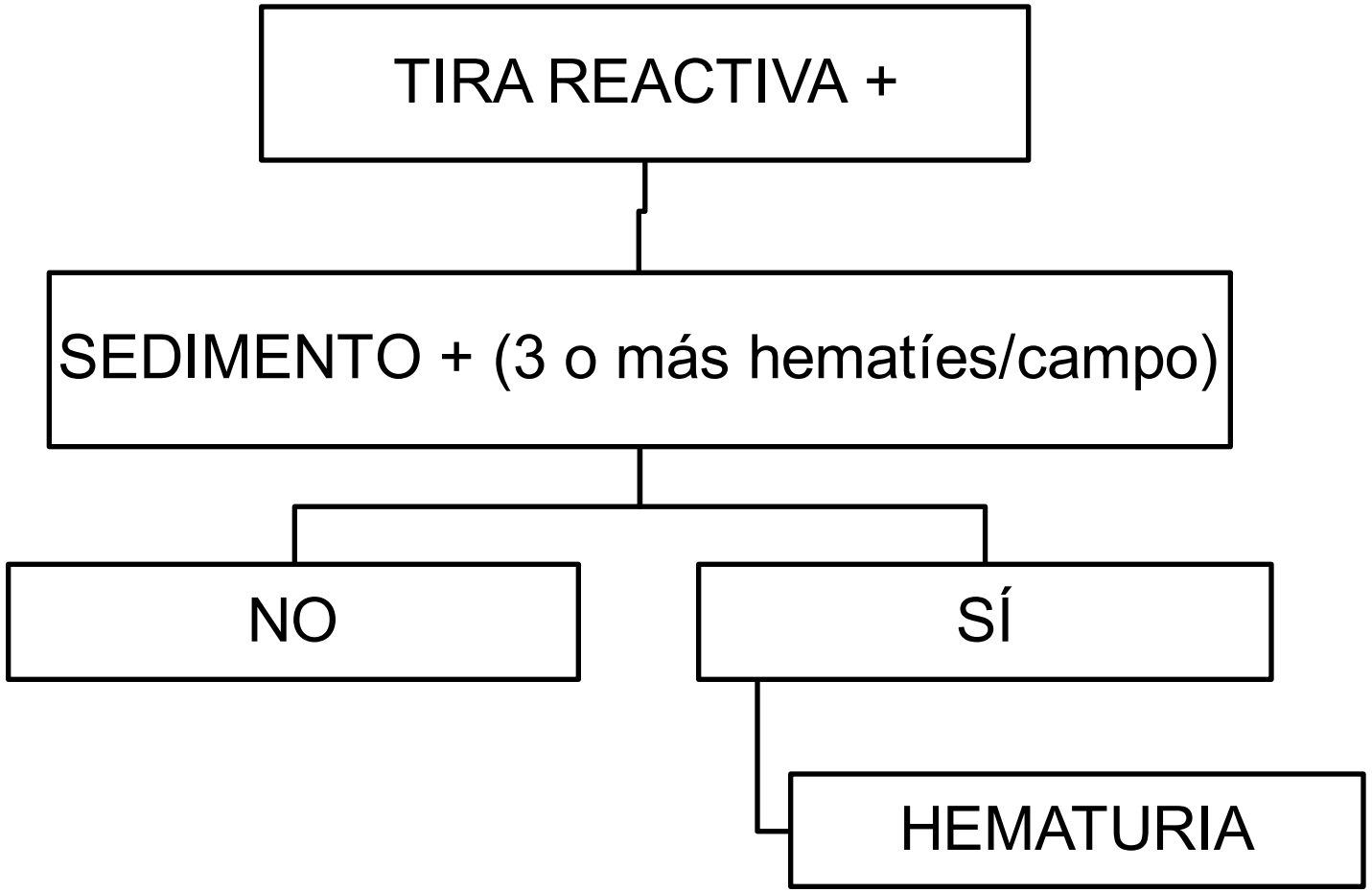
MOTIVO DE CONSULTA
El paciente acude por hematuria.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES
No presenta alergias medicamentosas conocidas.
En cuanto a factores de riesgo cardiovascular cabe destacar que es hipercolesterolémico, igual que su padre.

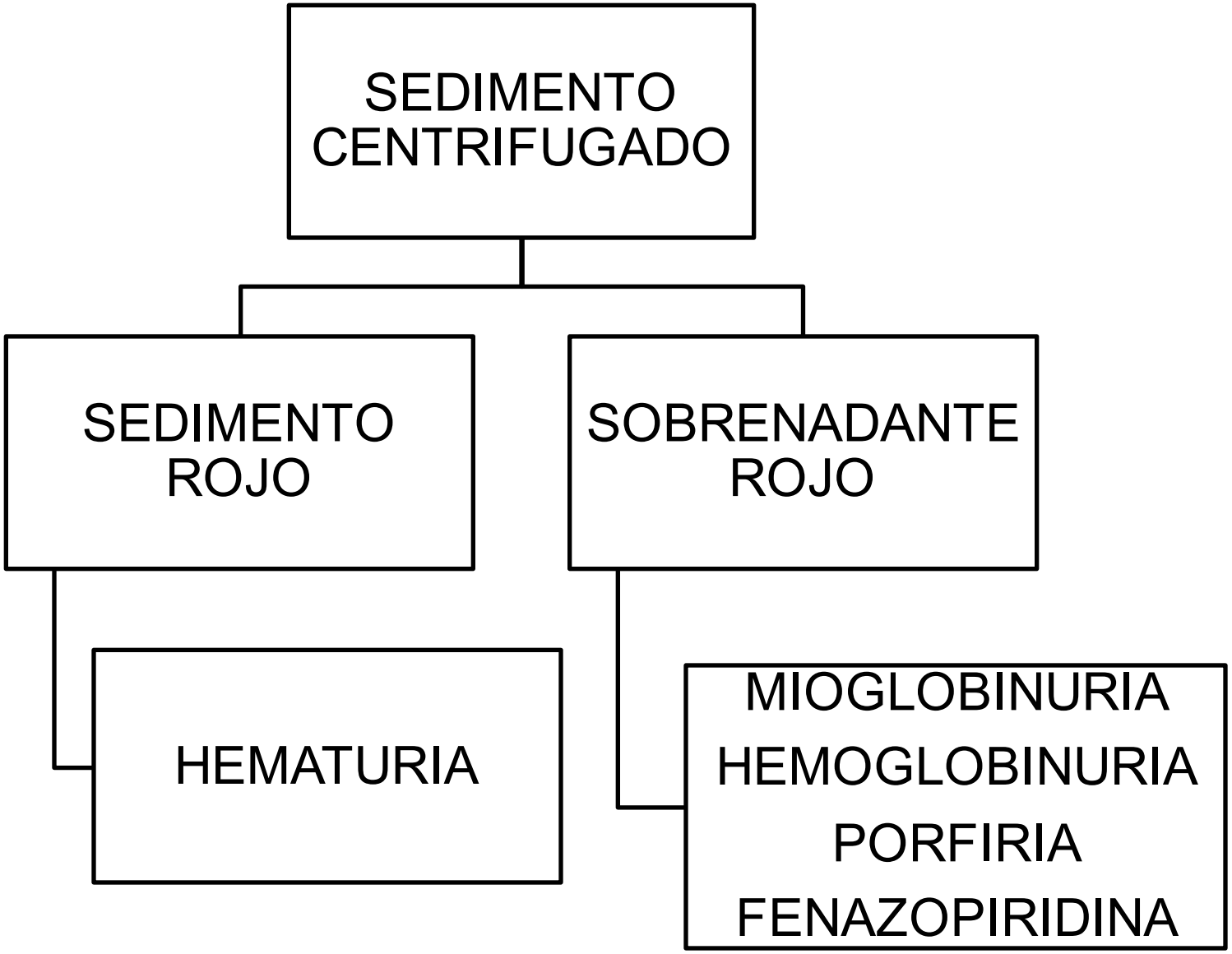
ENFERMEDAD ACTUAL
Hematuria macroscópica, sin otra sintomatología.

CONCEPTO DE HEMATURIA

- Hematuria →sangre visible.
- Microhematuria → 3 o más hematíes/campo.



CONCEPTO DE HEMATURIA

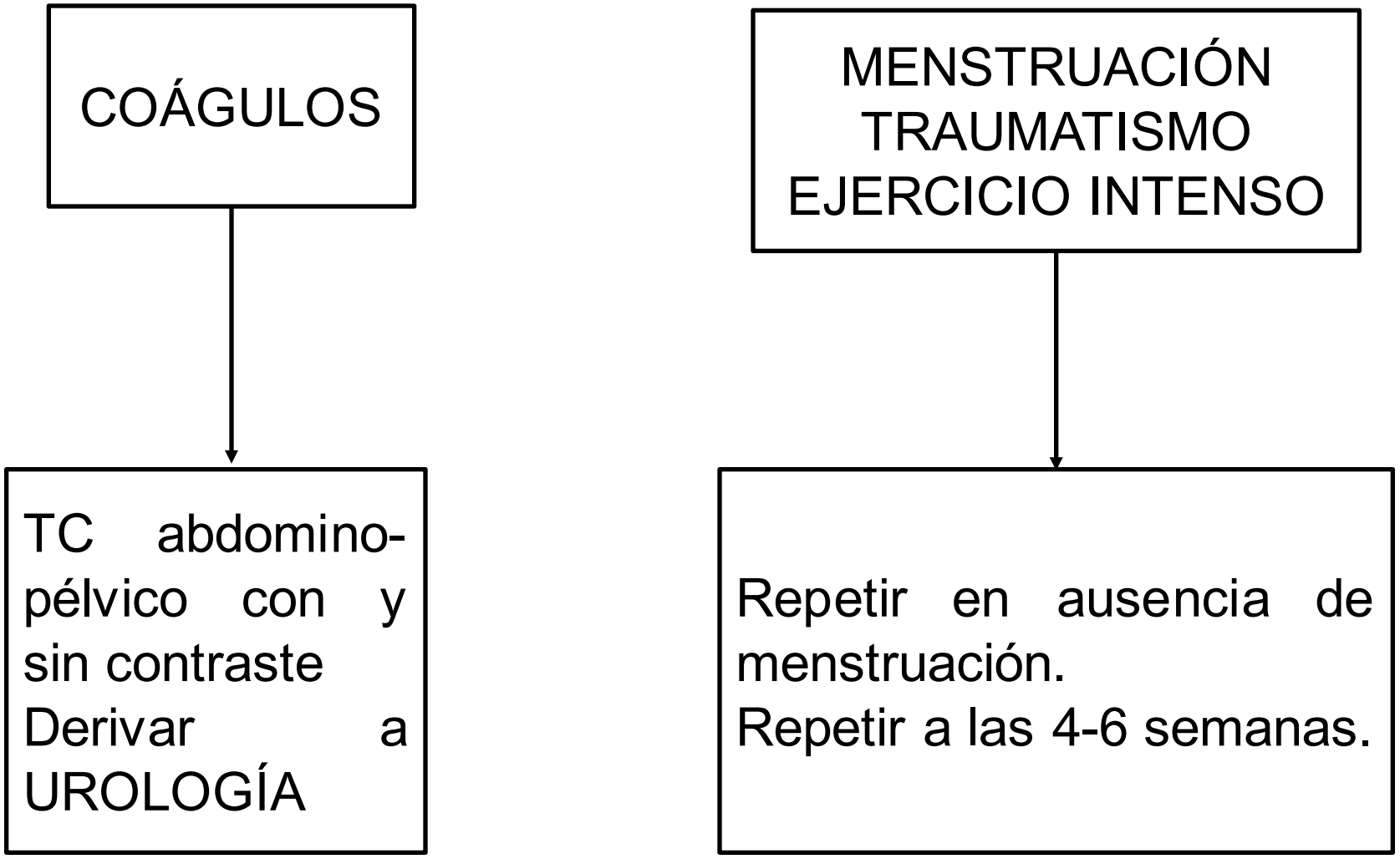


ALGORITMO DIAGNÓSTICO

- DOLOR EN FLANCO UNILATERAL → TC abdominopélvico sin contraste (o RX +/- ECO) → NEFROLITIASIS

- FIEBRE/LEUCOCITURIA/NITRITOS → Cultivo + → Tratamiento → Repetir a las 6 semanas.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO



ALGORITMO DIAGNÓSTICO

Albuminuria
Aumento de la creatinina de forma aguda
Hipoalbuminemia
Hematíes dismórficos
Cilindros hemáticos o de leucocitos
Hipertensión de reciente aparición o empeoramiento de la previa
Edema de reciente aparición o empeoramiento de la previa

↓

NEFROLOGÍA

FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RISGO

- VARÓN.
- > 35 AÑOS.
- FUMADOR.
- HEMATURIA MACROSCÓPICA PREVIA.
- EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A AMINAS AROMÁTICAS O BENZENOS.
- USO PROLONGADO DE ANALGÉSICOS NO NARCÓTICOS.
- NEFROLITIASIS O ENF. UROLÓGICAS.
- INFECCIONES CRÓNICAS O RECURRENTES DEL TRACTO URINARIO.

FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RISGO

- IRRADIACIÓN PÉLVICA.
- USO DE AGENTES ALQUILANTES (ciclofosfamida)
- USO DE ÁCIDOS ARISTOLÓQUICOS (jengibre)

FACTORES DE RIESGO

MUJER EMBARAZADA: ecografía vías urinarias y posponer estudio postparto.

SIN FACTORES DE RIESGO

- Sin valoración nefrológica previa: NEFRÓLOGO.
- Con valoración nefrológica previa: Análisis anual. Tras dos análisis negativos: ALTA.

CON FACTORES DE RIESGO

- TC abdomino-pélvico CON y SIN contraste.
- URÓLOGO: cistoscopia.
- Sin hallazgos: análisis anual. Tras dos análisis negativos: ALTA.

OTRAS CAUSAS DE HEMATURIA

- Infección respiratoria superior
- GMN post-infecciosa, nefropatía IgA, vasculitis, enf. de la membrana basal glomerular o, a veces, nefritis hereditaria.
- Hiperplasia prostática benigna.
- Terapia anticoagulante excesiva.
- Endometriosis del tracto urinario.
- Medicamentos que pueden causar nefritis.
- Anemia falciforme.
- Viaje o residencia en áreas endémicas de Schistosoma Haematobium o TBC.
- Piuria estéril + hematuria
- TBC renal, nefropatía por analgésicos y otras enfermedades intersticiales.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y CONDUCTA

SEDIMENTO URINARIO: Proteinuria + hematuria.

ECOGRAFÍA: imagen de 1,7cm x 2,5cm vascularizada sugestivo de tumor vesical.

DERIVACIÓN A UROLOGÍA.
CISTOSCOPIA:TUMOR VESICAL.
CIRUGÍA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA.

CONCLUSIONES

- La hematuria inexplicada es bastante común. Particularmente en adultos jóvenes menores de 35 años es transitoria y no tiene importancia.
- El sedimento de orina es el **gold estándar**. Una prueba de tira reactiva positiva **siempre** debe confirmarse con un examen microscópico de la orina.
- El ultrasonido es el examen inicial en la evaluación de mujeres embarazadas.
- En la mayoría de los pacientes se recomienda la TC abdomino-pélvica sin y con contraste intravenoso, existiendo dos excepciones principales: en un paciente sin factores de riesgo de malignidad, en el que las imágenes con contraste no deben adquirirse rutinariamente si las imágenes sin contraste demuestran nefrolitiasis; y en paciente con TFG < 30ml/min donde se sustituirá por la **uro-RM** o la **pielografía retrógrada.**

CONCLUSIONES

- Para la detección del cáncer, la **ecografía** en lugar de la TC es más rentable cuando se combina con la cistoscopia.
- NO se recomienda un screening de hematuria en pacientes que no presentan síntomas sugestivos de enfermedad del tracto urinario.
- Si no hay un diagnóstico evidente, las causas más probables de hematuria aislada persistente son una glomerulopatía leve y una predisposición a la enfermedad de cálculos.

BIBLIOGRAFÍA

• Grossfeld GD, Litwin MS, Wolf JS, et al. Evaluation of asymptomatic microscopic hematuria in adults: the American Urological Association best practice policy--part I: definition, detection, prevalence, and etiology. Urology 2001; 57:599.

• Loo RK, Lieberman SF, Slezak JM, et al. Stratifying risk of urinary tract malignant tumors in patients with asymptomatic microscopic hematuria. Mayo Clin Proc 2013; 88:129.

• Kurtz M, Feldman A, Perazella M. Etiology and evaluation of hematuria in adults. [Monografía en línea]. UpToDate; 2017 [acceso en abril 2018].

TEMA 29. SARAMPIÓN.

M.ª ROSARIO ÁLVAREZ LLANZÓN

ÍNDICE

- -INTRODUCCIÓN.
- -SÍNTOMAS.
- -COMO SE TRANSMITE.
- -TRATAMIENTO.
- -COMPLICACIONES.
- -BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

El sarampión es una enfermedad infecto-contagiosa que afecta a bebes, niños y adultos que no han sido vacunados, según recomienda el Calendario Oficial de Vacunación Infántil.

Es la enfermedad más grave de los lactantes.

El Sarampión es una enfermedad que puede causar la muerte o cursar con graves complicaciones como la encefalitis.

SÍNTOMAS

Inicialmente la infección causada por el virus del sarampión se caracteriza por presentar:

-Fiebre.

-Ojos llorosos y rojos, o conjuntivitis.

-Falta de apetito.

-Congestión nasal con goteo de nariz.

-Tos seca.

-Malestar general.

Pasadas las primeras 24 horas, comienzan a aparecer pequeñas manchas blancas dentro de la boca, y luego erupciones cutáneas de color rojo en la cara, por detrás de las orejas en el cuello,extendiéndose posteriormente por todo el cuerpo.

En general esas manchas no pican mucho, y suelen desaparecer en 2-4 días. En bebés menores de 9 meses, puede aparecer de forma leve, gracias a la presencia de anticuerpos maternos protectores.
La fiebre puede ser muy alta y el niño se sentirá mal durante 3-5 día.

COMO SE TRASMITE

El sarampión es una enfermedad infecciosa producida por el virus del sarampión, conocido como MIXOVIRUS, para la que existe vacuna. El período de incubación dura entre 10 y 14 días a partir del contacto. El período de contagio es variable: entre 4 días antes de la aparición de los síntomas hasta los 4 o 5 días posteriores, después de que hayan desaparecido las lesiones cutáneas.

El sarampión se transmite por contacto con fluidos nasales y bucales, como la saliva, de una persona infectada a otra.

TRATAMIENTO

Al ser una infección vírica, no se deben administrar antibióticos,la recomendación es usar paracetamol para aliviar los síntomas.

Los antipiréticos para bajar la fiebre, los nebulizadores para despejar la nariz, las gotas oculares, y los antihistamínicos (si es el caso para disminuir los picores).Se recomienda el aislamiento respiratorio del paciente durante todo el período de la enfermedad para evitar el contagio a otros miembros de la familia.

Las complicaciones que puede presentar el sarampión son laríngitis, otitís(es la más frecuente),bronquitis,diarrea(más frecuente en niños desnutridos) y encefalitis águda.

- El mejor tratamiento es la prevención y no hay nada más seguro que la vacunación del niño.

COMPLICACIONES

- En el caso que no se trate bien la enfermedad pueden aparecer una serie de complicaciones como son:
- Diarrea severa
- Infecciones del oído
- Neumonía
- Ceguera
- Encefalitis
- Muerte
- Por eso es importante la vacuna.

BIBLIOGRAFÍA

-Salud 21.El marco político de salud para todos los de la Región Europea de la OMS.Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1999.

-Amela C. Pachón I.La Vigilancia Epidemiológica del Sarampión en el contexto del " Plan de Acción para la eliminación del Sarampión en España" Bol Epidemiol Semanal 2000;8 (16):169-80.

-Peña-Rey I, Sánz C, Amela C et al. Plan Nacional de Eliminación de Sarampión.

TEMA 30. APERTURA DE PIEZAS DE HISTERECTOMÍA PARA SU FIJACIÓN EN ANATOMÍA PATOLÓGICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CRISTINA MORENO MUÑOZ

ALEXANDRA MARROQUÍN JUÁREZ

SILVIA MUÑOZ LAPEÑA

SILVIA ANTOÑANZAS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y MÉTODO
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBILIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El laboratorio de Anatomía Patológica recibe las biopsias y piezas quirúrgicas para su estudio. En el tallado se realiza una descripción macroscópica y se hace una selección del tejido que se procesará en el laboratorio, para su posterior estudio anatomopatológico. En el caso de piezas quirúrgicas, es necesario realizar previamente su apertura para una correcta fijación, tarea que puede realizar el técnico, bajo supervisión facultativa.

OBJETIVOS

Conocer la anatomía y el método a seguir en la apertura de la pieza de histerectomía para su correcta fijación antes del tallado.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica de los principales manuales y documentos utilizados en el servicio de Anatomía Patológica, para obtener el método más adecuado para la apertura y fijación en las piezas de histerectomía.

RESULTADOS

El procesamiento de la pieza de histerectomía comienza con la fijación de la misma, para lo cual hay que hacer una primera descripción macroscópica y apertura, siguiendo los siguiente pasos:

- Orientación de la pieza de histerectomía:
  - Siguiendo el nivel de reflexión peritoneal: inferior en la cara posterior.
  - En caso de presentar anejos: la posición del ligamento redondo es anterior a la inserción de las trompas de Falopio.
- Examinar la superficie serosa, describiendo nodulaciones, soluciones de continuidad u otras alteraciones.
- Medir las tres dimensiones del útero, y en el caso de presentar anejos, también tomar medidas de los ovarios y las trompas.

- Pesar el especímen.
- En el caso de histerectomías por carcinoma endometrial, se debe pintar con tinta china la superficie serosa, los parametrios derecho e izquierdo, y el margen vaginal.
- Apertura: abrir la pieza con tijeras o cuchilla a través de ambas caras laterales, desde el borde de resección (histerectomía simple) o canal endocervical (histerectomía total) hasta los anejos uterinos. Para ayudarse se puede introducir una guía o una pinza en el canal endocervical.
- Se puede dejar la pieza sin separar del todo, o hacer una marca en cara posterior y anotarlo.
- Sumergir la pieza en formol 10%, en cantidad suficiente (20:1), durante 24 h.

CONCLUSIÓN

Las fuentes consultadas coinciden en el método a seguir en la apertura de la pieza de histerectomía, y se puede obtener la información necesaria para que el Técnico de Anatomía Patológica esté capacitado para realizar esta tarea dentro del área de tallado de las piezas, siempre que lo haga bajo la supervisión del facultativo.

BIBLIOGRAFÍA

- William H. Westra, Ralph H. Hruban, Timothy H. Phelps, Christina Isacson. Surgical Pathology dissection. Springer, 2003. ISBN: 0-387-95559-3.
- García Vera, JA; Monroy Vecino, SC¸ García Ramírez, CA; Díaz Pérez, JA. Principios de Procesamiento en Patología Quirúrgica General y por Sistemas. García Vera, JA; Monroy Vecino, SC¸ García Ramírez, CA; Díaz Pérez, JA. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia, 2008.
- Ackerman – Patología Quirúrgica. 6ª edición. Rosai, J. Panamericana S.A. Tomo 2, 1983. ISBN 950-06-5005-3.
- Derek C. Allen, R. Iain Cameron. Histopathology specimens. Springer, 2013. ISBN 978-0-85729-673-3.

TEMA 31. TRAUMATISMO TÉRMICO SEVERO EN EDAD PEDIÁTRICA.

ANTONIO MIGUEL SALINAS MARCOS

IRENE ALONSO MEDINA

SONIA ZAHARA CASTILLO AVILÉS

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN
2. CLASIFICACIÓN
3. TRATAMIENTO INICIAL
4. TRATAMIENTO AVANZADO
5. SÍNDROME DE INHALACIÓN
6. TRASLADO A CENTRO DE GRANDES QUEMADOS
7. BIBLIOGRAFÍA

1. DEFINICIÓN

Las quemaduras son agresiones ocasionadas por agentes físicos externos sobre el organismo.

Estos agentes pueden ser:

- Térmicos.
- Químicos.
- Eléctricos
- Radioactivos.

En estos pacientes, la piel deja de realizar sus funciones:

- Protección contra infecciones.
- Evitar la pérdida de líquido corporal.
- Mantener la temperatura.

Uno de los principales problemas de las agresiones térmicas es la infección, cuya secuencia es:

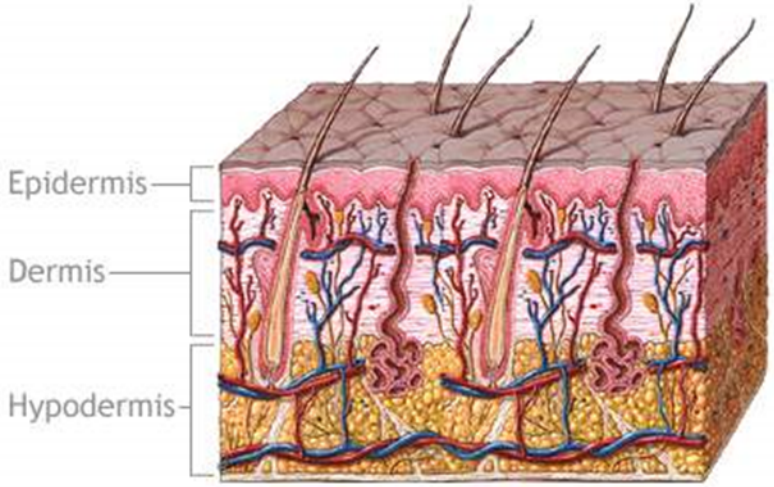
1º. 36 h. tras la lesión. No contaminada.
2º. Hasta el 3º día. Inflamación y colonización.
3º. A partir del 6º día. Infección.

2. CLASIFICACIÓN SEGÚN SU PROFUNDIDAD

1º grado (epidérmicas).

2º grado (Dérmicas superficiales y profundas).

3º grado (Subdérmicas superficiales y profundas).



Quemaduras de 1º grado (Epidérmicas)

Enrojecimiento.

Eritema.

No exudado.

Hinchazón.

Dolor.

No ampollas.

Curan en 3-5 días.

Quemaduras de 2º grado (Dérmicas)

Superficiales:
- Ampollas.
- Exudativas.
- Muy dolorosas.
- Curan en 8-10 días.

Profundas -
- No ampollas.
- Exudativas.
- Rojizas.
- Muy dolorosas.
- Curan en 10-15 días o cirugía.

Quemaduras de 3º grado (Subdérmicas)

Superficiales:
- Destrucción de nervios y vasos.
- Indoloras.
- No exudativas.
- Aspecto nacarado o carbonáceo.
- Tratamiento quirúrgico precoz

Profundas:
- Dañan grasa, músculo, hueso,…
- Indoloras.
- Tratamiento quirúrgico precoz.

3. TRATAMIENTO INICIAL

- Retirar a la victima del agente quemante (desnudar si es un químico) y abrigar ⟶ hipotermia.

- Abrir vía aérea y control cervical con collarín.

- Valorar ventilación. Si inhalación de humos intubación orotraqueal. A todos O2 al 100% y control de SpO2.

- Valorar extensión y profundidad de la quemadura.

- Circulación: frecuencia cardiaca, tensión arterial, relleno capilar, electrocardiograma (cuidado con potasio).

- Canalizar dos vías venosas periféricas de grueso calibre en zona no lesionada e intubación orotraqueal, si precisa.

- Analgesia
  - Dolantina: 0,5mg/kg/dosis/IV
  - Cloruro Mórfico: 0,1-0,2mg/kg/dosis/IV

- Sondaje nasogástrico: profilaxis hemorrágica y ranitidina 50mg/IV/bolo lento

- Sonda vesical: control estricto de diuresis (25cc/h si +7 años, 1cc/kg/hora si +2 años y 1cc/kg/hora si -2 años).

- Pruebas de laboratorio: hemograma, bioquímica, coagulación, pruebas cruzadas, orina y gasometría arterial.

4. TRATAMIENTO AVANZADO

- Catéter en vía venosa central: si se coloca, retirar y colocar otro a las 72 horas para evitar infección.

- Reposición del volumen: por riesgo de deshidratación. Se usa regla de Parkland, a saber: Primeras 24h. Niño vol. 3cc/kg Ringer lactato con control estricto de TA, PVC y diuresis.

- 25-48h. Glucosalino, para diuresis adecuada y 0,5 cc/kg de coloide.

- 49-72h. Glucosalino a 1/3 y 0,5cc/kg de coloide.

- 4º día. Glucosalino para reponer pérdidas y dieta hiperproteica e hipercalórica.

Calidad de los líquidos

- Niños -1año: glucohiposalino 500cc + 15cc de bicarbonato 1M.

- Niños +1año: glucosalino 500cc + 15cc de bicarbonato 1M.

- Pauta complementaria: ringer lactato.

- Coloides

ESCARIOTOMIAS

También se llaman incisiones de descarga, se realizan cuando hay quemaduras circunferenciales que afectan a miembros, tórax o cuello. Suele ser en tercer grado. Si ocurre en el tronco comprometerá a la ventilación y en las extremidades se debe vigilar la presencia/ausencia de pulsos distales, sensibilidad, etc. Se realiza con electrofulgurador.

PROFILAXIS

- Valorar bien vacunado o no.

- Si esta bien vacunado no precisa.

* Mal vacunado o historia desconocida:
- Td 0,5 ml. + dosis 250 unids. gamma globulina antitetánica.

5. SINDROME DE INHALACION

Sospechar en quemados.
Se produce por intoxicación por CO.
El humo inhalado puede provocar dos tipos de lesión:

1. Edema con obstrucción vía aérea superior:

Evolución muy rápida. Sospechar si edema ,hiperemia y necrosis del epitelio. Causada más por la quemadura que por las sustancias tóxicas. Está indicada la intubación de forma profiláctica cuando la saturación no remonta. La ventilación positiva con PEEP disminuye la mortalidad. Se usan corticoides, como metilprednisolona 500 mgrs IV.

2. Lesión parénquima pulmonar.

Intoxicación aérea Originada por inhalación de productos tóxicos. No tanto por la quemadura. Complicación: neumonía.

6. TRASLADO A UN CENTRO DE GRANDES QUEMADOS

Criterios para traslado:

- Quemaduras mayor del 10% de la superficie corporal quemada.
- Quemaduras en zonas especiales: cara, cuello, manos, pies, genitales.
- Quemaduras de 3er grado mayores del 5% de la superficie corporal quemada.
- Lesiones por electricidad.
- Quemaduras químicas.
- Síndrome de inhalación.
- Quemaduras circunferenciales.
- Lesiones asociadas.
- Niños y ancianos.
- Patologías previas.

6. BIBLIOGRAFÍA

- González Balenciaga M, Mintegi Raso S. Quemaduras. En: Benito J, Luaces C, Mintegui S, Pou J, editores. Tratado de Urgencias en Pediatría. Madrid: Ergon; 2005. p. 684-90.

- Mayol Gómez J. Tratamiento de las quemaduras en Pediatría. En: Pou J, editor. Protocolos de Urgencias 2002. en: http://www.aeped.es/protocolos/urgencias/ind_ex.htm.

- Bendlin A, Linares HA, Benaim F. Tratado de Quemaduras. Interamericana. McGraw-Hill, México, 1993, Cap. 14,15.

- Artigas Nambrard, Rene. Tratamiento de las quemaduras en los niños. Rev. chil. pediatr., Jul 1953, vol. 24, no. 7, p. 235-242. ISSN 0370-4106.

BIBLIOGRAFÍA

- Belisario Aguayo “Manejo inicial de las quemaduras” publicado en la Rev. Chil Pediatría 1999, vol. 70, nº 4, págs. 337-347.

- Benito J, Mintegi S, Sánchez J. Quemaduras. En: Diagnóstico y tratamiento de urgencias pediátricas. 4 Edición. Madrid: Ergon; 2006.

- https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-06/traumatismos-y-quemaduras-en-atencion-primaria/ actualizado en Junio de 2014 y citado en Septiembre 2018 disponible en https://www.pediatriaintegral.es/

BIBLIOGRAFÍA

- Fernando Arroyo, Victor Javier Cerón Márquez, Juan Antonio Moral Arroyo. “Manejo de quemaduras en Atención Primaria”. En Heridas y Cicatrización. Pág. 18 del nº 6 , tomo 2. Junio.

- Junta de Galicia. Guía práctica de lesiones por quemadura. Nº5. Año 2016. Consultable en: https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Documents/70/GU%C3%8DA%20N%C2%BA5%20QUEMADURAS%20cast.pdf

TEMA 32. COMPETENCIAS DEL TECNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO.

CARLOS JORGE GÓMEZ

ÍNDICE

1. Introducción
2. Funciones del TSID

1. Introducción

Vamos a determinar las funciones del Tecnico en Imagen para el Diagnostico tanto en la formación académica necesaria, así como sus competencias en el ámbito profesional.

El objetivo de esta exposición es analizar las funciones que tienen encomendadas los técnicos en imagen para el diagnostico. De su formación académica y sus competencias establecidas, marcaran las funciones a realizar. Ya en el Real Decreto 770/2014, de 12 de septiembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear se fijan sus enseñanzas mínimas, y de estas, identificaremos sus funciones en el ámbito profesional.

2. Funciones del TSID

El método seguido para esta investigación ha sido la búsqueda, recopilación y análisis de legislación existente al respecto así como manuales donde se detallan dichas funciones. De esta forma obtenemos información del estudio del Real Decreto 770/2014, de 12 de septiembre, en su Capitulo II, articulo 4, detalla de forma general las competencias del Tecnico en cuanto a la obtención de registros gráficos, morfológicos o funcionales del cuerpo humano, y que estos tengan fines diagnósticos o terapéuticos. Y a su vez en su articulo 5 se detalla una a una las competencias profesionales, personales y sociales. Toda esta información que da contrastada en la Orden ECD/1540/2015 de 21 de julio donde se establece el currículo del ciclo formativo de grado superior de TSID y Medicina Nuclear.

También podemos determinar de manera mas especifica los criterios de de ejecución y calidad en el ámbito de la radiología convencional tal y como se indica en el manual de Posiciones Radiográficas de Cynthia A. Dennis, Ronald L. Eisenberg. En dicho manual podemos encontrar y analizar dentro de las funciones del tecnico el correcto y detallado procedimiento para la ejecución de cada proyección radiográfica con sus criterios de calidad y posibles incidencias. Como resultado de esta investigación podemos identificar claramente las funciones del tecnico sin dejar espacio a la arbitrariedad, todo queda articulado y legislado, así podemos enumerar algunas de las competencias mas importantes como. Verificar el funcionamiento de los equipos, aplicando procedimientos de calidad y seguridad. Diferenciar imágenes normales y patológicas a niveles básicos, aplicando criterios anatómicos.

Aplicar procedimientos de protección radiológica según los protocolos establecidos para prevenir los efectos biológicos de las radiaciones ionizantes...Etc. Todo queda perfectamente expresado en el mencionado articulo 5 de dicho Real Decreto.
Como conclusión podemos verificar que las funciones del Técnico están perfectamente regladas, tanto en su formación académica como en su actividad laboral. Tratándose del ámbito sanitario es lógico que no queden funciones a la libre interpretación o actuación. Toda actividad debe seguir un protocolo de actuación.

BIBLIOGRAFÍA

Libros: BOE Real Decreto 770/2014, de 12 de septiembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear y se fijan sus enseñanzas mínimas , manual de Posiciones Radiográficas de Cynthia A. Dennis, Ronald L. Eisenberg.

Articulo de revistas:

Página WEB : InfoRadiología , SERAM

Bases de datos: Instituto nacional de las Cualificaciones

TEMA 33. FOTOTERAPIA.

EVA TÈLLEZ MÁRQUEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- TIPOS DE FOTOTERAPIA.
- CUIDADOS DE ENFERMERÍA.
- COMPLICACIONES.
- BIBLIOGRAFÍA.

1.INTRODUCCIÓN

La hiperbilirrubinemia es el desequilibrio entre la producción y la eliminación de la bilirrubina, acumulándose en la piel y las membranas.

Los niveles elevados de bilirrubina (hiperbilirrubinemia) son la causa de la coloración amarillenta de la piel asociada a la ictericia.

La ictericia es la pigmentación amarillenta de la piel, la esclerótica y las membranas mucosas que resultan de la deposición de bilirrubina cuando se incrementan sus niveles. Entre las causas están:

- Disminución en la captación y transporte de la bilirrubina.
- Inmadurez del mecanismo excretor.
- Meconio con gran cantidad de bilirrubina (1gr. de meconio contiene más de 1mg de bilirrubina)
- Producción aumentada de bilirrubina.

La mayoría de la ictericia en recién nacidos es el resultado del aumento de la descomposición de los glóbulos rojos y la disminución de la excreción de bilirrubina.

La FOTOTERAPIA es una técnica empleada en las unidades de neonatología para disminuir los niveles de bilirrubina en el recién nacido. La enfermera responsable debe conocer los cuidados que debe prestar al recién nacido durante su aplicación, así como las posibles contraindicaciones y complicaciones que pudiesen derivarse de la misma. Se puede utilizar de dos formas:

a) Profilácticamente

b) Terapéuticamente

El **objetivo** es disminuir las cifras de hiperbilirrubinemia sérica mediante foto- oxidación a nivel de la piel, acelerando su eliminación.

2.TIPOS DE FOTOTERAPIA

A)FOTOTERAPIA CONVENCIONAL DE TECHO:

-Fuente de luz que consta de 6-8 lámparas fluorescentes alternando luz azul especial y luces diurnas.

-Se utiliza con una cobertura o protección "Plexiglas".

-La potencia debe se de 425-475nm.

B)FOTOTERAPIA DE FIBRA ÓPTICA:

-Consiste en una unidad de reflector y una almohadilla luminosa con un cable fibroóptico que le transmite la luz (del reflector a la almohadilla tejida de fibras ópticas).

-Intensidad de la luz 400-550nm.

C)COMBINACIÓN DE AMBAS FOTOTERAPIAS (CONVENCIONAL Y MANTA DE FIBRA ÒPTICA).

3.CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El cuidado de enfermería es vital para el mantenimiento y el éxito del proceso de fototerapia, debido a que el cuidado apropiado mejora la eficacia de la fototerapia y minimiza las complicaciones.

-Comprobar el correcto funcionamiento del equipo de fototerapia

-Reducir la temperatura de la incubadora 2ºC, 15 minutos antes.

-Control de la humedad de la incubadora.

-Registro en la gráfica de enfermería el inicio y final de la fototerapia

-Verificar la distancia de la luz sobre la incubadora.

-Asegurarnos de la posición horizontal del colchón (garantiza una mejor incidencia de la radiación).

-Dirigir el centro de luz a la mayor superficie posible del recién nacido.

-No colocar objetos entre la luz y la incubadora.

-Cubrir los ojos con antifaz para evitar lesiones en la retina. El antifaz debe ser cambiado a intervalos regulares

-Monitorizar y controlar la temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria.

-Peso diario, si no hay contraindicación médica y balance hídrico.

-Valorar el nivel de hidratación.

-Se promoverá la lactancia materna.

-Control de diuresis (peso de pañal) y número de deposiciones y características.

-Control de vómitos y regurgitaciones.

-Mantener la piel limpia y seca. Vigilar aparición de lesiones o enrojecimientos.

-Higiene de los ojos cada 5-6 horas, con agua estéril o suero fisiológico.

-No aplicar cremas ni lociones en la piel.

-Vigilar coloración de la piel y las reacciones cutáneas (la luz enmascara la observación de la cianosis y la palidez.

-Es aconsejable proteger el escroto de los niños, se han descrito mutaciones y roturas de hebras del DNA.

-Cambios posturales cada 2-3 horas, si no existe contraindicación médica.

-Se favorecerá el contacto táctil entre los padres y el niño.

-La fototerapia se interrumpirá cuando se considera que el nivel de bilirrubina es suficientemente bajo para descartar la preocupación de los efectos tóxicos de la bilirrubina, cuando los factores de riesgo de niveles tóxicos han desaparecido y cuando el neonato es suficientemente mayor para manejar la carga bilirrubinémica.

-En caso de tener que utilizar la incubadora para otro paciente, tendremos que mantenerla apagada durante 10 minutos y posteriormente utilizar solución desinfectante.

4.COMPLICACIONES

-Síndrome del niño bronceado (por una modificación fotoinducida de las porfirias, aparece en niños con colestasis, no parece tener efectos adversos.

-Hipertermia o hipotermia (por excesivo calentamiento por la radiación o enfriamiento al estar el niño desnudo).

-Erupciones maculares eritematosas transitorias (debido a porfirinemia).

-Deshidratación por el aumento de las pérdidas insensibles y la aceleración del transito intestinal que puede ocasionar.

-Diarrea.

-Hipocalcemia.

5.BIBLIOGRAFÍA

-N. Marta Díaz Gómez, Carmen I. Gómez García, Mº Jesús Ruiz García; Ed. McGraw Hill Interamericana; 2006.

-Lucia Ayala Bernaldo de Quirós, Alberto Barasoain Millán, Carolina Bezanilla López, David Crespo López, Antonio Cuñado Alonso, Rodolfo Estévez pardo, Antonio Gancedo Baranda, Manuela Martínez Campos, Carlos Rivas Crespo, Marta Rupérez Lucas, Covadonga Tomé Nestal; Guía de Técnicas y Procedimientos en Pediatría; Ed. Exlibris S.L; 2009.

-Cristina Sobrino Vega, M.ª del Carmen Mejías Paneque; Enfermería Pediátrica; Ed. Grupo CTO; 2010.

-Eduardo Mazzi Gonzáles de Prada. Rev. Soc Bol Ped 2005; 44 (1): 26 – 35.

-Guillermina Chattás. Ictericia en el Recién Nacido. Rev. Enfermería Neonatal Nº4 Junio 2008 paginas 2-6

- Guillermina Chattás. Cuidados del Recién Nacido en la Luminoterapia. Rev. Enfermería Neonatal Nº4 Junio 2008 paginas 17-21.

-María Dolores Sánchez, Gabriel Redondo Sánchez, José Luis Leante Castellanos, Isabel Benavente Fernández, Alejandro Pérez Muñuzuri, Segundo Rite Gracia, Cesar W. Ruiz Campillo, Ester Sanz López, Manuel Sánchez Luna. Recomendaciones para la prevención, la detección y el manejo de la hiperbilirrubinemia en los recién nacidos con 35 o más semanas de edad gestacional. Rev. Anales de Pediatría Vol. 87. Núm. 5.Noviembre 2017 páginas 243-298.

TEMA 34.NECESIDADES PERCIBIDAS POR LAS MADRES QUE HAN DADO A LUZ UN MORTINATO: ESTUDIO FENOMENOLÓGICO.

SILVIA SATORRA RODRÍGUEZ

ÍNDICE

- Resumen 3
- Introducción y Antecedentes 5
- Preguntas y Objetivos 11
- Metodología 12
- Limitaciones y Dificultades 20
- Utilidad y aplicación de los resultados 21
- Bibliografía 22

RESUMEN

Palabras clave: mortinato, necesidades, cuidados enfermeros, embarazo.

Introducción: En las unidades de obstetricia ingresan madres que han dado a luz un mortinato. Sus necesidades deben de ser tratadas acorde al hecho que están viviendo, que algunas veces es ignorado. Objetivo: Se pretende identificar la percepción de las necesidades de las mujeres, que ingresan tras dar a luz un mortinato de gestación única. Así mismo, conocer la opinion sobre la atención recibida por las enfermeras. Metodología: Estudio cualitativo, fenomenológico. Población de estudio: Mujeres primíparas que dan a luz un mortinato de gestación única, ingresadas en la Unidad de Hospitalización de Obstetricia del Hospital Vall d'Hebrón durante 2016-2017.

A partir de un muestreo teórico intencionado donde se tienen en cuenta los criterios de edad, nivel de estudio, número de abortos anteriores y situación laboral. Con un total de 36 mujeres. Obtención de datos: Entrevista semiestructurada, grabada, que consta de dos partes y diario de campo. La primera parte informa de las características de las participantes y la segunda son 15 apartados que valoran las necesidades percibidas. Análisis de datos: Se transcribirán las entrevistas mediante uso del software Atlas.ti. Se agrupará la información en 15 categorías, para posteriormente comparar los resultados entre las mismas categorías y entre las diferentes, para buscar los vínculos que puedan existir entre ellas. Limitaciones: Perdida de participantes y pérdida de memoria. En este proyecto se aplica el código ético y los criterios de rigor.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Se entiende por mortinato aquella muerte que ocurre antes de la completa expulsión o extracción del producto de una fecundación, a partir de la semana 20 de edad gestacional (OMS, 2010).

En España, en 2013, se produjeron un total de 293 muertes con menos de 24 horas de vida (INE, 2013). En Cataluña un total de 34 (Gencat, 2013). La frecuencia de la muerte intrauterina demuestra la importancia de formar a las enfermeras (Sue, 2015) para poder garantizar unos cuidados de calidad a las madres que acaban de dar a luz y minimizar los costes tanto emocionales y fisiológicos que estos suponen (Chidubem et al, 2015). Visualizar el duelo perinatal como un duelo real, prestar una atención personalizada y respetuosa a través del conocimiento y la formación del personal sanitario, permitirá gestionar de un modo constructivo la perdida perinatal (Pastor et al, 2007).

Parece un tema tabú (Pía, 2008). Antropológicamente la figura de la mujer está diseñada para concebir y dar a luz descendencia. Tener descendencia ha sido un hecho natural durante la historia. Factores tanto culturales, religiosos o espirituales están implicados en la muerte y esto hace que cada muerte intrauterina se viva de modo distinto (Boltanski, 2012).

La muerte intrauterina no se considera un problema relevante en la práctica clínica, pero recientemente, se ha descubierto que es un tema de interés para la ciencia, conocer la perspectiva de las dolientes (Toro, 2006). Actualmente se están dando los primeros pasos en el estudio, del sentimiento de pérdida, en mujeres tras un aborto en España. A nivel internacional el primer estudio que se publicó reflejando que la muerte perinatal es una pérdida significativa fue por Kennell et al. Y Giles en 1970.

Es pues, el continente Americano donde enfermeras Brasileñas o Estado Unidenses investigan sobre este tema. Se cuestionan sobre la calidad de los cuidados que reciben las mujeres, que han dado a luz un mortinato, o bien que dificultades se encuentran las enfermeras o matronas al atenderlas durante su estancia. Los resultados son similares, por parte del personal sanitario reclaman más recursos formativos y evidencia científica referente a las intervenciones a realizar. Por ejemplo: dejar ver al mortinato, tomar una foto de él, abrazarlo o darle un beso, son algunos de los ejemplos. Por otro lado las mujeres que han dado a luz, afirman que reciben una buena atención sanitaria pero consideran que hay aspectos a mejorar.

Como publicaciones se encuentra la guía de práctica clínica utilizada en UK de 2010: Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. El Instituto Universitario Dexeus publicó: Protocolos de obstetricia y medicina perinatal en 2006. En Francia, en 2013, las enfermeras Amélie Tétreault y Brigitte Bédard propusieron el proyecto: Transformer les pratiques: humaniser les soins aux familles lors d'un décès perinatal. Donde se ofrece un diseño de cuidados innovador referente al duelo. Actualmente no se encuentra si este proyecto se está llevando a la práctica asistencial.

La Asociación Unmamanitas, de España, creo la primera guía de práctica clínica para profesionales sanitarios. Es una asociación formada por padres y madres que han perdido a sus hijos durante el embarazo o parto e intentan dar apoyo emocional a las parejas que acaban de sufrir una muerte intrauterina.

Como se puede ver es un tema poco tratado, pero que des de 2007 se está empezando a investigar más sobre las intervenciones psicológicas que se pueden llevar a cabo durante el puerperio. Pero en estas mujeres no solo se producen cambios psicológicos sino que también los que estos implican el embarazo de forma fisiológica. El modelo enfermero basado en las necesidades sería de gran utilidad para detectar que manifestaciones de dependencia o independencia presentan y poderlas tratar des de la visión transcultural de la enfermería a partir de un modelo de ayuda por tal de favorecer tanto a las dolientes como a la familia y a los profesionales.

Este proyecto surge de la inquietud y la experiencia vivida durante las prácticas de enfermería de la estudiante, para conocer las actividades y/o intervenciones que se llevan a cabo durante el puerperio.

Así mismo, dar visibilidad a esta realidad que queda enmascarada y que resulta en cierto grado denigrante, pues el mortinato no tiene derecho a constar en el Registro Civil ya que se considera un desecho. Por estos motivos, se pretende valorar, mediante la entrevista de las participantes, cuales son las necesidades satisfechas o no satisfechas, tras dar a luz un mortinato en el hospital de la Vall d'Hebron. Con el fin de poder evaluarlo y poderle dar continuidad a estos resultados como punto de partida de futuros proyectos.

Como marco teórico se hará uso del modelo de cuidados de Virginia Henderson. Este modelo es compatible con el proceso enfermero, contempla las visión bio-psico-social de las personas y permite ser redactado en el lenguaje enfermero internacional NANDA-NIC-NOC. Además enmarca la función de la enfermera: "Asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de las actividades que contribuyen a su salud con el fin de adquirir su independencia"

PREGUNTAS Y OBJETIVOS

El propósito de este estudio es explorar que necesidades tienen las mujeres que ingresan en el Hospital de Vall d'Hebron tras dar a luz un mortinato y qué percepción tienen sobre los cuidados enfermeros que reciben para satisfacer sus necesidades. Por ello, me planteo un seguido de preguntas y me propongo unos objetivos a resolver, con la finalidad de comprender cómo se sienten las mujeres tras el embarazo y cómo actúa el equipo de enfermería ante estos casos: ¿Qué necesidades tienen las mujeres primíparas que ingresan tras dar a luz un mortinato de gestación única durante 2017, en el hospital de Vall d'Hebron? ¿Qué percepción tienen sobre los cuidados enfermeros para solventar sus necesidades?

Objetivos: Identificar la percepción de las necesidades de las mujeres que ingresan tras dar a luz un mortinato de gestación única durante 2017 y conocer la atención enfermera recibida.

METODOLOGÍA

El proyecto consistirá en una investigación cualitativa con el método de la investigación fenomenológica, ya que pretendo realizar un enfoque metodológico sistemático y subjetivo que me permita obtener una perspectiva tanto de las necesidades como preocupaciones de las mujeres.

La población corresponde a las primíparas que han sido diagnosticadas de muerte fetal a partir de la vigésimo primera semana de gestación y que abortan en el Hospital de Vall d'Hebron durante 2016-2017. Según últimos datos (ICS, 2011) fueron 748. Durante estos años se recogerá la información necesaria y se pedirá previa autorización a la unidad competente y al comité de ética.

Los criterios de inclusión para el estudio son las mujeres primíparas que han sido diagnosticadas de muerte fetal a partir de la semana 20 de gestación o superior, que aborten en el hospital de Vall d'Hebrón durante 2016-2017,

que tengan o sean mayores de 18 años y no sobrepasen los 50 años. Los criterios de exclusión quedan por aquellas mujeres que sufran alguna discapacidad para realizar sus AVD con total autonomía o dificultades para tomar decisiones de forma autónoma, sean menores de edad o tengan más de 50 años.

Para seleccionar a las informantes, se utilizará el muestreo teórico intencionado. Para incluir la máxima pluralidad de información sobre las necesidades y poder establecer relaciones entre las variables propias que a continuación se describen. La edad de las mujeres, divididas en dos grupos, según criterios de la OMS, adulto joven [18-35] y adulto maduro [36-50]. El nivel de estudios: Primarios (Primaria, ESO), Secundarios (Bachiller, FP), Superiores (Universitarios). El número de abortos espontáneos, entendiendo lo cómo la pérdida del embarazo por causas naturales antes de la semana 20.

Por último, la situación laboral: ocupadas (con empleo en la semana de referencia), en situación de desempleo (durante la semana de referencia estaba "sin trabajo" o "en busca de empleo") e inactivas (no clasificadas en los anteriores). A partir de la muestra teórica se propone estudiar 36 mujeres. Si con esta muestra no se llega a la saturación de datos, se realizarán más entrevistas hasta llegar a dicha saturación.

El presente proyecto pretende comprender cuales son las necesidades que perciben las participantes que han sido o no satisfechas durante la estancia hospitalaria por el personal de enfermería. Por este motivo las variables propuestas son las 14 necesidades de Virginia Hendersón.

Se hará uso de una entrevista semiestructurada que consta de dos partes. La primera para describir las características de las participantes con cuatro preguntas cerradas. La segunda parte, sobre las necesidades percibidas, de acuerdo a 14 apartados que corresponden a las necesidades de Virginia Henderson, junto a un último apartado para una pregunta abierta.

Del mismo modo se utilizará como técnica de recogida de información un diario de campo. El investigador deberá redactar el antes, el durante y el después de la entrevista. Donde describirá las expresiones faciales, la voz, gestos, posición del cuerpo, cómo es el entorno y posibles interrupciones que se den.

En un inicio, tres enfermeras de la unidad serán las encargadas de informar a las participantes sobre el estudio que se está llevando a cabo.

Facilitarán el documento que autoriza a tratar los datos personales de forma confidencial, siendo estos los necesarios para cubrir los fines del estudio y serán destruidos dichos datos al cabo de 5 años, junto a una hoja con más información. Las enfermeras anotarán los datos de contacto de las participantes.

Pasados tres-cuatro meses, de la estancia en el hospital de las participantes, el investigador secundario se pondrá en contacto vía telefónica para concretar una cita en el lugar que ellas deseen y se sientan cómodas. Cada entrevista será grabada y no durará más de 2 horas.

Se realizará una prueba piloto con las primeras 7 informantes reclutadas. Si la entrevista tuviera que ser modificada, no se tomarán en cuenta dichas informantes y quedarían fueran del estudio.

Tras realizar la entrevista, el investigador la transcribirá y la enviará a la participante para buscar su aprobación. Mediante llamada telefónica, el investigador se retirará del escenario agradeciendo la participación.

Será el investigador principal quien codificará y procesará la información obtenida de la entrevista y diario de campo. Mediante el uso del software Atlas.ti Las variables propias de las mujeres también serán codificadas de forma numérica junto a cada grupo sintáctico codificado de la entrevista o diario. Posteriormente, dicha codificación será validada por una persona experta.

El investigador principal será quien analizará los datos obtenidos de todas las participantes y mediante la lectura, reflexión, escritura y reescritura llegará a la esencia de la experiencia. Utilizará cada unidad de significado codificada y las agrupará en la categoría correspondiente, para posteriormente comparar, analizar

y examinar cada una de ellas. Con el fin de establecer relaciones entre las categorías y variables propias que den respuesta a la pregunta de investigación.

Se realizará una triangulación de datos de las dimensiones a estudiar a partir de las entrevistas individuales, la observación y el diario de campo.

Los métodos considerados a utilizar para corroborar el rigor en la investigación y garantizar que los criterios de calidad y rigor sean cumplidos son:

• Credibilidad: El análisis de los datos se asegura al contrastar la transcripción de las grabaciones de la entrevista con las participantes. Las interpretaciones obtenidas están respaldadas por la triangulación de los datos

• Aplicabilidad: Este estudio se interesa por comprobar si las percepciones de ambas participantes son similares, por tanto, se establecen grados de similitud que permiten asegurar dicho criterio. Cabe destacar que es difícil poder aplicar los resultados a mujeres de otros contextos por diferencias culturales, sociales o bien religiosas. Hay un muestreo teórico y una recogida exhaustiva de datos.

• Consistencia: Este criterio queda asegurado por la triangulación entre los resultados de las entrevistas, contrastados por las personas entrevistadas. Se describe detalladamente el proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos.

• Confirmación: Se entiende que el investigador se mostrará sin prejuicios para redactar los datos obtenidos sin que estos sean alterados o manipulados por la perspectiva del investigador. Hay transcripciones textuales de las entrevistas.

LIMITACIONES Y DIFICULTADES

El principal límite que se encuentran en este estudio es la pérdida de participantes, ya que serán las 3 enfermeras de la unidad quienes reclutarán a las mujeres. Por ese motivo para minimizar la perdida de dichas se les facilita una hoja informativa con el número de contacto del investigador principal y se registrará él suyo. Otro inconveniente sería la pérdida de memoria de los participantes sobre la vivencia tras haber pasados tres-cuatro meses del alta. Pero este es un factor que se debe asumir, pues realizar la entrevista in situ tras dar a luz el mortinato puede provocar cierto rechazo por parte de las participantes. Tal y como relata Toro (2006) en su tesis doctoral.

UTILIDAD Y APLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

Realizar este estudio permite identificar la percepción de las necesidades de las mujeres y determinar las necesidades que son satisfechas por las enfermeras, des del punto de vista de las primíparas.

Preguntar a las pacientes sobre cómo fueron tratadas sus necesidades durante su hospitalización, permite que las enfermeras: Comprendan esta tipología de situaciones. Doten de los cuidados más oportunos en situaciones similares. Faciliten el duelo perinatal.

Los resultados obtenidos pueden servir para realizar programas de intervención durante la hospitalización y/o realizar protocolos estandarizados siguiendo las 14 necesidades de Virginia Henderson, con una visión transcultural y con diferentes actividades/ intervenciones enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA

Boltanski, L. (2012). As dimensões antropológicas do aborto. Revista Brasileira de Ciência Política. 7. 205-245.

Carrera, J., Mallafré, J., Serra, B. (2006). Protocols de Obstetricia y medicina perinatal: (4ª edició). Barcelona: MASSON.

Chidubem, O., Louise, J., Alexander, H., Tracy, R. (2015). Exploring the intangible economic costs of stillbirth. BMC Pregnancy and Childbirth, 15.

Gálvez, A. (2006). Muerte alrededor del Nacimiento. Creencias, Sentimientos y Vivencias. Una prespepectiva de los Profesionales de los Cuidados.

Gonzalez, S., Suárez, I., Polanco, F., Ledo, M., Rodríguez, L. (2013). Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. Cadernos de atención primaria,19, 113-117.

Pastor, M., Vacas, A., Rodríguez, M., Macías, J., Pozo, F. (2007). Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. Paraninfo Digital, 1.

Pía, A. (2011). Duelo Perinatal: Un secreto dentro de un misterio. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31 (109), 53-70.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2010). Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth: (1st Edition). UK: NHS Evidence.

Steen, E. (2015). Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. International Journal of Palliative Nursing, 21 (2), 79-86.

UMAMANITA. (2007). Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. Asociaciones Umamanita y El Parto es Nuestro.

TEMA 35. TETRALOGÍA DE FALLOT

RAQUEL GAITANO ESCRIBANO
BEATRÍZ PULGARÍN PULGARÍN
MARTA ESPINOSA ATANCE

INDICE

- 1. DEFINICIÓN
- 2. ANTECEDENTES
- 3. INCIDENCIA
- 4. CLÍNICA
- 5. DIAGNÓSTICO
- 6. TRATAMIENTO
- 7. PRONÓSTICO
- 8. BIBLIOGRAFÍA

1. DEFINICIÓN

- La tetralogía de Fallot es un defecto cardíaco congénito, que se caracteriza por la cianosis, debido a diversas causas, como son la comunicación interventricular, la dextraposición de la arteria aorta y la hipertrofia muscular del ventrículo derecho lo que provoca su obstrucción[1].
- Por tanto, la tetralogía de Fallot la definen cuatro características [2]:

1. Comunicación interventricular por defecto en el septo.
2. Cabalgamiento de la arteria aorta.
3. Obstrucción en la salida del ventrículo izquierdo.
4. Hipertrofia del ventrículo derecho.

2. ANTECEDENTES

- Fue en 1888 cuando Etienne-Louis Arthur Fallot realizó una descripción de las caracteristicas de esta malformación, unificándolas bajo el nombre "malaide bleue" o enfermedad azul, gracias al cúal recibe el nombre esta patología. Sin embargo, la primera descripción de la malformación data de 1673, cuando Niels Stensen describió aspectos importantes de la misma.
- En 1944 tuvo lugar la primera cirugía para corregir la cardiología congénita, en una niña de poco más de un año de vida, con resultados exitosos [2].

3. INCIDENCIA

- Las cardiopatias congéticas en general aparecen en torno a 4 - 10 casos de cada 1000 nacidos vivos, y el 85 % de los niños que nacen con malformaciones cardiacas alcanzan la vida adulta. La tetralogía de Fallot es una de las malformaciones cardiacas que se dan con mayor frecuencia, contando con una incidencia de entre 4 y 10 % de todas las cardiopatías congénitas, afectando a hombres y mujeres por igual [3, 4, 5].

4. CLÍNICA

- Las manifestaciones clínicas aparecen desde el nacimiento, y dependen de la severidad de la obstrucción pulmonar. Así, si la obstrucción es importante, la cianosis, hipoxia y acidosis se presentarán desde las primeras horas de vida [3].
- La causa específica de esta enfermedad no se conoce, aunque se sabe que la genética desempeña un papel importantes. La probabilidad de aparición de la tetralogia de Fallot es mayor si el progenitor la padece [5].
- La Tetralogía de Fallot es una combinación de cuatro defectos congénitos que afectan la estructura del corazón y la manera en la que la sangre fluye a través de éste.

1. La comunicación interventricular (CIV). Un orificio en el tabique interventicular hace quese comuniquen ambos ventriculos y se mezcle la sangre.
2. La estenosis pulmonar. Se produce un aumento del grosor de la válvula pulmonar o un estrechamiento del orificio, lo que provoca que el corazón funcione con más intensidad.
3. La hipertrofia ventricular derecha, es decir, el aumento del grosor de la pared muscular del ventrículo derecho.
4. Desplazamiento de la arteria aorta. En este caso, la arteria aorta no sale del ventriculo izquierdo, sino que se localiza en ambos ventrículos a la vez. Por esta razón, la sangre poco oxigenada sale hacia el resto del cuerpo, y no hacia los pulmones a oxigenarse como debería ir [5].

- Debido a los defectos citados anteriormente, se produce un escaso suministro de sangre hacia los pulmones y por tanto, el resto del cuerpo recibirá sangre desoxigenada. Dado el bajo nivel de oxígeno en sangre, que ocasiona cianosis, se produce la coloración azulada de piel, uñas y mucosas. Además, la persona que lo padece suele marearse o, incluso, padecer convulsiones. Las arritmias cardiacas también son frecuentes en esta enfermedad, así como la hipertensión arterial. Otros síntomas que podían aparecer son soplos en el corazón, dificultad de respiración, palpitaciones, desmayos, cansancio [5]...

5. DIAGNÓSTICO [3]

1. Ecocardiograma trastorácico: permite el diagnóstico diferencial.
2. RX tórax: se observará flujo pulmonar disminuido, la a.pulmonar excavada y el ápex levantado.
3. Electrocardiograma: aparece ritmo sinusal con desviación del eje a la derecha e hipertrofia ventricular derecha
4. Resonancia magnética
5. Cateterismo cardiaco.

6. TRATAMIENTO

- En recién nacidos sintomáticos, se recomienda la infusión de prostaglandinas para reabrir el conducto arterioso.
- En cuanto a la hipercianosis, se seguirá un tratamiento sintomático: cabecero elevado, administración de oxigeno y/o fármacos [5].
- El tratamiento para la correción del defecto congénito es la cirugía cardiaca, que se realiza a cualquier edad, dependiendo de la anatomía y su sintomatología. En aquellos casos con anatomía muy desfavorables, con arterias pulmonares hipoplásicas o discontinuas, puede ser necesario una cirugía en etapas. La corrección intracardíaca tiene mortalidad entre 2-4% [4].

- El objetivo de la cirugía consiste en ensanchar o sustiruir la válvular pulmonar defectuosa y agrandar el el conducto entre el ventrículo derecho y la arteria pulmonar para aumentar el flujo sanguíneo. Además, se cierra la comunicación entre ventriculos para evitar la mezcla de sangre oxigenada y desoxigenada. Con ello, se mejoran los otros dos síntomas de la tetralogía, ya que poco a poco se disminuye el grosor de la pared del ventrículo y también se evita la mezcla de sangre [5].

7. PRONÓSTICO

- El pronóstico de la tetralogía de Fallot es bueno. La reparación quirúrgica correctiva se lleva realizando durante más de 40 años, obteniendo muy buenos resultados. Actualmente, la mortalidad hospitalaria es menor del 2 %. La supervivencia a los 20 años es del 90% y del 85% a los 30 años.
- Las causas de muerte tardía son el fracaso del ventrículo derecho, las arritmias y la endocarditis.
- Entre el 5 y 10 % de los pacientes tienen que ser reintervenidos a lo largo de los siguientes 30 años, por causas como la estenosis pulmonar, CIV residual, la insuficiencia de la valvula tricúspide o la endocarditis [6, 7].

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1. Barrial Moreno Jacqueline, de León Ojeda Norma Elena, Selman-Housein Sosa Eugenio, Consuegra Chuairey Maria Teresa, Bermudez Gutiérrez Gilberto. Tetralogía de Fallot y artrogriposis. Rev Cubana Pediatr. 2009; 81(3).
- 2. Alva C. Tetralogía de Fallot: Actualización del diagnóstico y tratamiento. Rev. Mex. Cardiol. 2013; 24 (2): 87-93.
- 3. Torres L.G., Iñigo C.A., Espinoza M.A., Barba A.M., MArín B., Gómez J.R. Embarazo y tetralogía de Fallot con y sin corrección quirúrgica. Ginecol Obstet Mex. 2010; 78 (6): 309-315.

- 4. Arretz C. Cirugía de las cardiopatías congénitas en el recién nacido y lactante. Rev Chil pediatr. 2000; 7 (2).
- 5. Almache K., Agurto E., Moreta C., Riccardi J., Vera K., Cercado A. Proceso de atención de enfermería en un paciente post-operado de corrección total de tetralogía de Fallot. Reporte de un caso y revisión de la literatura. FacSalud-UNEMI. 2018; 2 (2): 61-67.
- 6. Rodriguez M., Villagra F. Retralogía de Fallot. Protocolos de la Sociedad Española de Cardiología pediátrica. 2005.
- 7. Iturralde P.Trastornos del ritmo y de la conducción en pacientes operados de corrección total de tetralogía de Fallot. Arch. Cardiol. Méx. 2006; 76 (2): 62-64.

TEMA 36. EJERCICIOS DE FISIOTERAPIA PERINEAL EN MUJERES SOMETIDAS A CIRUGÍA. CASO CLÍNICO

INMACULADA ROCA SÁNCHEZ

JUANA Mª MARTÍNEZ CABALLERO

Mª REOLID SÁNCHEZ

ÍNDICE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO……...…3
EXÁMENES Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS……5
JUICIO CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL…….6
CONCLUSIÓN……..…7

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer 70 años que tras intervención de anexectomía bilateral por neoplasia ovárica en la unidad de obstetricia-ginecología decide acudir a profesionales encargados de su total recuperación física y a posterior, psicológica. No antecedentes personales conocidos. Antecedentes médicos: Hipertensión arterial, dislipemia, artrosis trapezoescafoidea, cervicoartrosis, lumbartrosis, gonartrosisis, coxalgia y gonalgia izquierdas de larga evolución. Síndrome ansioso-depresivo. ERC grado IV. Cefalea de perfil migrañoso en seguimiento por neurólogo. Refiere madre fallecida con neoplasia de mama. Intervenciones quirúrgicas anteriores: Hemorroides, prótesis mamarias, cirugía de hombro izquierdo, miopía.

Tratamiento crónico: Topamax, Carduran, Atorvastatina, Lobivon, Paroxetina, Orfidal, Tropargal, Omeprazol. No fumadora ni consumidora de otras sustancias.
Antecedentes gineco-obstétricos: Gestaciones 4, Partos 4. Menopausia a los 50 años, tratamiento posterior con Boltin durante 2-3 años.

DESCRIPTORES: EJERCICIOS, FISIOTERAPIA, REHABILITACIÓN, PERINEOPLASTIA, ANEXECTOMIA.

EXÁMENES Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Exploración general: Tª 36ºC; TA 135/55 mmHg; FC 79 l.p.m. Saturación O2 99%. Piel y mucosas ligeramente pálidas. Refiere haber perdido el apetito. Mantiene fuerza en miembros superiores y ligera pérdida en miembros superiores. Limitada en ejercicios de suelo pélvico. Problemas de contención sobre todo de orina, refiere urgencia urinaria y ligeras pérdidas cuando tose o se ríe.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: analítica sangre (bioquímica, hemograma y coagulación), y de orina (anormales, sedimentos)

Radiografía de tórax, electrocardiograma, ecografía vaginal y abdominal, citología cérvix.

JUICIO CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

JUICIO CLÍNICO:

1. Deterioro locomotor
2. Problemas para desarrollar actividades de vida diaria
3. Problemática de la musculatura del suelo pélvico
4. Incontinencia urinaria moderada
5. Posible inicio de depresión

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Alteración de la musculatura del suelo postcirugía y deterioro locomotor que dificultad la realización de actividades de la vida diaria.

CONCLUSIÓN

Tras revisión en consulta de ginecológica pasados 1-2 meses de cirugía, cita previa, esta paciente decide someterse a sesiones de fisioterapia de pelvineoginecología y locomotora en miembros inferiores para mejorar su incontinencia y su movilidad, participando en actividades deportivas y lúdicas vitales para su calidad de vida. También acude a consultas de terapia psicológica para adaptación a su situación y tratamiento de su ansiedad.

Se la integra en un programa de rehabilitación tres veces por semana, mejorando considerablemente pasadas 40 sesiones, se estabiliza su equilibrio físico-psíquico y mejora su movilidad a nivel general.

TEMA 37. TERAPIAS DE TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN LA ESFERA PÉLVICA

Mª REOLID SÁNCHEZ
INMACULADA ROCA SÁNCHEZ
JUANA Mª MARTÍNEZ CABALLERO

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....3
OBJETIVOS.....6
METODOLOGÍA.....7
RESULTADOS.....8
CONCLUSIONES.....9
BIBLIOGRAFÍA.....10

INTRODUCCIÓN

El periné está formado por elementos músculos-aponeuróticos que se integran bajo el control del sistema nervioso. Su alteración es responsable de patologías uroginecológicas, coloproctológicas y sexuales. Para conseguir su tratamiento exitoso es obligado no olvidar el papel que juega el periné en las mismas.

El tratamiento de la disfunción del suelo pélvico agrupa una serie de técnicas y procedimientos conservadores como cambios en hábitos de vida, terapia conductual, biofeedback, electroestimulación (neuromodulación y estimulación eléctrica periférica) y entrenamiento con ejercicios musculares del suelo pélvico (rehabilitación perineal).

Las técnicas de rehabilitación perineal y otras pautas para el

tratamiento de la disfunción perineal constituyen un apartado muy amplio y específico a desarrollar en las unidades del suelo pélvico, en las que un fisioterapeuta especializado en el tema y conocedor profundo de toda la patología derivada de los defectos funcionales del suelo pélvico debe trabajar en estrecha relación con la unidad urológica que lleve el tema; además sería aconsejable que estas unidades de rehabilitación del suelo pélvico estuvieran integradas dentro del propio servicio de urología con el fin de ajustar al máximo las pautas de tratamiento rehabilitador según el tipo disfunción existente, instaurando tratamiento farmacológico si precisase el caso y derivando a cirugía con criterio y sin demora en los casos necesarios.

El tratamiento conservador de la disfunción del suelo pélvico, especialmente de la incontinencia generada por debilidad muscular perineal, agrupa distintas medidas tales como

modificación de los hábitos higiénico-dietéticos y terapia conductual, utilización de dispositivos absorbentes, fisioterapia y entrenamiento con ejercicios musculares del suelo pélvico.

Estos métodos son en general de fácil aplicación, escaso riesgo de efectos secundarios y buena relación coste-beneficio, aunque la evaluación de la eficacia real de estos tratamientos es problemática por el escaso número de estudios controlados publicados.

OBJETIVOS

1. Preparar y dar conocimiento a todos los profesionales de fisioterapia para llevar a cabo un programa de ejercicios de mejora y fortalecimiento de la esfera pélvica.
2. Mejorar o conseguir la continencia urinaria
3. Reforzar la musculatura estriada para y periuretral.
4. Conseguir un aumento del equilibrio en la estática pélvica.
5. Mejorar la vascularización local y la función ano-rectal.
6. Conseguir una sexualidad satisfactoria
7. Informar a la población general de la necesidad de implantación de dicha guía.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico, Pubmed español y Embase.

También hemos obtenido gran información en libros de texto de técnicas de fisioterapia y en guías de ejercicios de la esfera pélvica. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2013 hasta 2018. Se encontraron 18 estudios y de ellos fueron seleccionados 7 artículos para realizar este capítulo de libro.

Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda.

Los descriptores utilizados fueron: “terapia”, “tratamiento”, “fisioterapia”, “esfera”, “pélvica”.

RESULTADOS

Las principales recomendaciones para prevenir problemas de la esfera pélvica son: la correcta higiene postural, el evitar esfuerzos en Valsalva, el controlar la obesidad y el realizar entrenamientos de la musculatura del suelo pélvico. Entre las diferentes técnicas de tratamiento conservador que se utilizan para recuperar la funcionalidad de la musculatura tenemos los ejercicios de Kegel, el biofeedback, la electroestimulación, las bolas chinas y la gimnasia hipopresiva. Además tenemos otras terapias como son la terapia manual (concepto Sohier, fisioterapia postural-cadenas musculares, Integrative Manual Therapy, etc.), la terapia instrumental (electroestimulación, electrólisis percutánea intratisular-EPI, etc.) y las técnicas complementarias donde interactúan otros profesionales de la salud como son nutricionistas, psicólogos, etc.

CONCLUSIÓN

Actualmente el mundo de la fisioterapia ha experimentado un avance tecnológico e instrumental asombroso, beneficiando en gran medida a muchos pacientes con diversa problemática, sobre todo pélvica y en especial, en mujeres.

Necesitamos mas estudios de investigación que avalen el uso público de estas técnicas de ejercicios pélvicos y la propuesta abierta por parte de las políticas sanitarias para integrar este tipo de programas de forma temprana. Sobre todo en determinados núcleos de población diana como son mujeres en fase de postparto o pacientes con cirugías pélvico-perineales que requieren de este tipo de terapias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lalaleo Córdova, AM. Estudio comparativo de resultados entre dos técnicas de fisioterapia del piso pélvico (electroestimulación y biofeed-back) en mujeres diagnosticadas de incontinencia urinaria de esfuerzo leve a moderada en el hospital Quito nº1 periodo enero 2014–marzo 2017; 2018.
2. Castro-Pardiñas, MA.; Torres-Lacomba,M.; Navarro-Brazález, B. Función muscular del suelo pélvico en mujeres sanas, puérperas y con disfunciones del suelo pélvico. 2017; Actas Urológicas Españolas, 41 (4): 249-257.
3. Uclés VV, Sánchez SMF. Rehabilitación del Piso Pélvico. 2017; Rev Clin Esc Med 7 (1).
4. Capó-Juan MA. Efectividad de programas educativo-terapéuticos en Fisioterapia. Rev Soc Esp Dolor 2016; 23(3): 154-158.

TEMA 38. REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA TORÁCICA. CASO CLÍNICO

JUANA Mª MARTÍNEZ CABALLERO

Mª REOLID SÁNCHEZ

INMACULADA ROCA SÁNCHEZ

ÍNDICE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO……...…3
EXÁMENES Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS……5
JUICIO CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL…….6
CONCLUSIÓN……..…7

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Hombre de 24 años, ingresado en unidad de neumología tras haber sufrido varios neumotórax espontáneos desde hace 5 años y haber requerido de varios ingresos para colocación urgente de pleuro-evack en aspiración activa a baja presión, su evolución fue favorable, aunque han aumentado los días de ingreso hospitalario y de recuperación. También ha presentado varias bronquitis y una neumonía atípica en pulmón izquierdo importante, hace un año que también precisó de ingreso hospitalario. Tras sesión clínica, se decide someter al paciente a una lobectomía pulmonar izquierda bajo anestesia general. Se somete a cirugía, presentando favorable evolución tras estar en unidad de cuidados intensivos durante dos días para monitorización y necesidad de CPAP ventilatorio.

En planta pasados dos días postcirugía inicia fisioterapia respiratoria presentado una evolución favorable, con algunas secreciones espesas y transparentes que consigue expulsar tras ejercicios.

EXÁMENES Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso: 57 kg, Altura: 179 cm, TA: 110/60 mmHg, FC: 78 rpm. Temperatura:37ºC. Saturación de O2: 95% sin oxígeno.

Raza caucasiana, aspecto caquéxico sin patología psicológica ni psiquiátrica conocidas. Respiración levemente asimétrica, peor distensión del hemitórax izquierdo. Sin disnea ni trabajo respiratorio. Abdomen globoso, sin patología. No presenta otros antecedentes importantes. Medicado con ventolín inhalador si precisa en domicilio, paracetamol comprimidos 500 mg, si dolor.

Pruebas complementarias: Se le realiza analítica completa de sangre (bioquímica, hemograma, coagulación, hemocultivos) y de orina (anormales, sedimentos y urocultivo)

Radiografía de tórax, EKG, Tomografía axial computarizada torácica.

JUICIO CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

JUICIO CLÍNICO:

1. Repetidos neumotórax espontáneos a tensión.
2. Neumonía vírica
3. Neumonía bacteriana
4. Broncoespasmo

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Complicación secundaria a lobectomía pulmonar izquierda.

CONCLUSIÓN

Tras fisioterapia respiratoria iniciada cada 12 horas en el hospital, se le reduce a diaria pasados dos días, mejorando considerablemente la función y expansión respiratoria. Termina tratamiento de antibiótico preventivo y se le da alta médica al domicilio a las dos semanas postcirugía. Seguirá en rehabilitación con fisioterapia respiratoria durante un mes, que tendrá que ir nuevamente a consulta de neumología para nueva valoración de su situación clínica.

Además de inspirómetro incentivador que se lleva a domicilio, se le enseñan distintos ejercicios e higiene postural para modulación y refuerzo de la musculatura torácica.

TEMA 39. TÉCNICAS MICROBIOLÓGICAS APLICADAS A LA DETECCIÓN DE CASOS DE ESCARLATINA EN CENTROS DE SALUD

Mª ELENA RUÍZ SERRANO
JOSE ANTONIO SUBIELA GARCÍA
Mª ÁNGELES SÁNCHEZ PÉREZ
Mª VISEDO HERNÁNDEZ

ÍNDICE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO……...…3
EXÁMENES Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS……4
JUICIO CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL…….5
CONCLUSIÓN……..…6

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Niño 8 años de edad que acude a consulta de odontología para limpieza de placa bacteriana con higienista dental presentando halitosis, dolor ligero en encías y algún sangrado al cepillado. Refiere odinofagia intensa por lo que se observan detenidamente las amígdalas, que se presentan enrojecidas, muy hiperémicas y con exudado blanquecino. Su madre no dice que acaba de tener una bronquitis medicada con antibiótico, inhaladores y corticoides. Refiere alergia al ibuprofeno y a la amoxicilina/clavulánica. Calendario vacunal correcto. Ambiente endémico, ambos padres fumadores. Se deriva inmediatamente a su pediatra de familia.

DESCRIPTORES: técnicas, microbiología, amígdalas, hiperémicas, odontología.

EXÁMENES Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso: 22 kg, Altura: 125 cm. Subfebril 37.8ºC y restantes constantes estables. Piel presenta exantema infantil. Amígdalas muy enrojecidas y con hiperémesis. A la palpación cervical, presenta grandes ganglios linfáticos con consistencia aparentemente normal. Amígdalas hiperémicas con exudado pultáceo excipiente. Abdomen: no duro a la palpación, no presente hepatoesplenomegalia.

Pruebas complementarias: analítica de sangre (hemograma, bioquímica y serología en EB, CMV y HHV-6). TRDA (test rápido de detección del estreptococo beta hemolítico del grupo A), analítica de orina para comprobación de glomerulonefritis. Muestra de cultivo y trato con PCN a la espera de resultado de posible escarlatina. Exudado faríngeo amigdalar y determinación de ASLO.

JUICIO CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

JUICIO CLÍNICO:

1. Escarlatina
2. Mononucleosis infecciosa
3. Amigdalitis vírica
4. Amigdalitis bacteriana
5. Glomerulonefritis

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Escarlatina

CONCLUSIÓN

Se pone en aislamiento domiciliario con tratamiento de penicilina IM correspondiente a su peso.

Descartada glomerulonefritis en orina. Restante sintomatología medicada con analgésicos genéricos vía oral según prescripción pediátrica.

Se informa al centro de infecciones del brote de escarlatina diagnosticado en consulta rutinaria de odontología y se realizan los cribados correspondientes en otras muestras de sangre con posibilidades de presentar la misma infección.

Pasadas unas semanas, no se han vuelto a diagnosticar nuevos brotes de escarlatina dentro del centro de salud.

TEMA 40. CASO CLÍNICO DE EMBARAZO HETEROTÓPICO

MARTA GALLARDO BENASACH
CRISTIAN ROMOSAN
ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN
MANUEL DE LOS SANTOS MALENO

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **DESCRIPCIÓN DEL CASO**
- **CONCLUSIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico es la combinación del embarazo intra y extrauterino y resulta raro, aunque cada vez más frecuente. La frecuencia reportada en 2015 fue de 1:30 000 embarazos. Existen referencias recientes de cifras que oscilan entre 1:1 300 a 1:15 600 embarazos. Este aumento en la frecuencia puede deberse a fenómenos ligados al ingreso de las técnicas de reproducción asistida en la práctica médica. Ciertamente, la incidencia de embarazos combinados puede ser hasta del 1 % cuando se usa esta tecnología. Otro factor que puede ser importante es el aumento de los casos con enfermedad inflamatoria pélvica, factor que claramente se ha asociado con la aparición de embarazo extrauterino.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 34 años de edad, con antecedentes de asma e HTA, getaciones 2, aborto 1, con edad gestacional de 17 semanas, acude a urgencias por dolor en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, por lo que se decide su ingreso para estudio y tratamiento. Se realizan exámenes complementarios siendo negativos, excepto la ecografía donde se confirma embarazo gemelar heterotópico, con un feto en cavidad uterina y otro en fondo de saco de Douglas. Se le extrae del fondo de saco de Douglas, embarazo de aproximadamente 17 sem y placenta. Se le extrae del fondo de saco de Douglas, embarazo de aproximadamente 17 sem y placenta.

Se realiza salpingectomía parcial izquierda por encontrarse el embarazo adherido a la fimbria de dicha trompa. La evolución posquirúrgica fue satisfactoria y se mantuvo el embarazo intrauterino con buena vitalidad y evolución favorable.

A los 7 días en la semana 26 de la gestación se comprueba ecográficamente ausencia de latido del feto intrauterino y se realiza a la paciente el método de Rivanol, con lo cual expulsa un feto de 680 g de peso. El resultado de la necropsia informó como conclusiones, un crecimiento intrauterino retardado, muerte fetal de aproximadamente 10 d y signos de corioamnionitis.

CONCLUSIÓN

La incidencia de embarazo heterotópico ha aumentado sorprendentemente en los últimos 50 años. En la actualidad existen referencias que indican como 1-4 de cada 100 pacientes sometidas a técnicas de fertilización in vitro con transferencia de embriones, puede presentar una gestación heterotópica.

Concluimos que el embarazo heterotópico “espontáneo” sin factores de riesgo continúa siendo raro. El ultrasonido es el método diagnóstico más importante en esta entidad. El tratamiento es quirúrgico. Cuando se implanta en el fondo de saco es factible la extracción del ectópico y evolución espontánea del eutópico, el cual está expuesto a complicaciones, entre las que se encuentra el óbito fetal, como en nuestro caso.

BIBLIOGRAFÍA

•1. Fernández H, Lelaidier C, Doumerc S. Nonsurgical treatment of heterotropic
•pregnancy: a report of six cases. Fertil Steril 1993;60:428-32.
•2. Loret JR, et al. Cornual heterotopic pregnancy and cornual resection after in vitro fertilization/embryo tranfer. A report of two case. J Reprod Med 1995;40:606-10.
•3. Walker DJ, Clarker TC, Kennedy CR. Heterotropic ectopic and intrauterine
•pregnancy after embryo replacement. Br J Obstet Gynaecol 1993;100:1048-9.

TEMA 41. CASO CLÍNICO DE EMBARAZO ASOCIADO A CÁNCER CERVICOUTERINO

CRISTIAN ROMOSAN

ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN

ROSA MARÍA MARTÍNEZ CARRASCO

MARTA GALLARDO BENASACH

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **DESCRIPCIÓN DEL CASO**
- **DISCUSIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La asociación entre cáncer y embarazo es infrecuente, con una incidencia entre 0,02-0,1%. El cáncer cérvico-uterino es la neoplasia más frecuentemente asociada a la gestación, con tasas entre 1-13/10.000 partos. Las neoplasias malignas más frecuentes asociadas al embarazo incluyen al cáncer cérvico-uterino, mamario, melanoma y linfomas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 35 años, de etnia hindú, gestaciones 4, partos 2 y aborto 1. A las 16 semanas de embarazo acude a la consulta de obstetricia del Hospital Virgen de la Arrixaca, por presentar desde hace un mes sangrado genital de color rojo oscuro y olor fétido. Entre sus antecedentes destaca inicio de vida coital a los 16 años, tres compañeros sexuales y antecedente de tía materna con cáncer de cuello uterino. Única citología cervical hace 12 años y enfermedad pélvica inflamatoria hace cuatro años. A la exploración clínica general se evidencia paciente en buenas condiciones generales. Útero grávido de 14 centímetros, feto único indiferente, movimiento fetales no perceptibles, foco cardiaco fetal no auscultable con estetoscopio de Pinard.

Al examen se evidencia una lesión sangrante en labio anterior del cuello uterino, de 6x6 cm, clínicamente sospechosa de malignidad. Se toma muestra para citología cérvico-vaginal y biopsia dirigida por colposcopia. Se establece el diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermoide infiltrante de células grandes queratinizante. Asimismo se pudo observar el surgimiento de la lesión neoplásica de un área de metaplasia escamosa. El ecograma obstétrico transabdominal visualiza feto único vivo, con biometría fetal acorde para 17 semanas de gestación, sexo masculino, sin alteraciones estructurales. Cordón umbilical con sus 3 elementos vasculares, placenta insertada en cara anterior madurez grado 0 y líquido amniótico de volumen normal.

Diagnósticos: embarazo de 17 semanas, cáncer cérvico-uterino infiltrante de células grandes, edad materna avanzada, gran multiparidad. Es evaluada por el servicio de Oncología y Radioterapia. Se realiza estadificación del tumor, tratándose de un carcinoma en estadio IIB. Se aconseja la interrupción de la gestación para el inicio del tratamiento coadyuvante. Se discute el caso entre los servicios de Obstetricia, Oncología y Radioterapia y las autoridades directivas de la institución, concluyéndose que el tratamiento recomendado sería la radioterapia pélvica (5000 CGy) con la consecuente culminación del embarazo. Se plantea la opción a la paciente y sus familiares, aceptan lo propuesto. la paciente presentó durante su primer día de estancia hospitalaria pérdida de líquido claro en abundante cantidad por genitales, iniciándose un aborto inminente.

Posteriormente, la paciente expulsa feto masculino de 300 gramos aproximadamente; procediéndose a practicar legrado uterino con fijación del cuello en su labio posterior, debido al impedimento que causaba la lesión.

La paciente egresa a las 48 horas en buenas condiciones generales, habiendo recibido antibioticoterapia y cuidados paliativos. Actualmente es manejada por el servicio de Oncologia y Radioterapia, encontrándose en espera para el inicio de radioterapia pélvica a dosis de 200 a 5000 CGy y posterior implante intracavitario.

DISCUSIÓN

La asociación entre el cáncer y el embarazo es poco común, hecho notorio en la revisión de la literatura efectuada. El carcinoma de cuello uterino es el cáncer más frecuentemente diagnosticado durante el embarazo.

Con relación al cáncer cervicouterino asociado al embarazo se ha observado una disminución en la edad promedio de las pacientes de 34 años a 29 años, la cual se ha asociado a una precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, el aumento en el número de compañeros sexuales y a la falta de cobertura de los programas de pesquisa.

Esto pudo notarse en el presente caso, donde la paciente manifiesta el inicio de sus relaciones sexuales durante la etapa de la adolescencia, diversos compañeros, así como la no participación en programa de pesquisa, a pesar de ser una paciente multípara, sólo refiere haberse realizado la citología cérvico-vaginal durante su primer embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

•1. Grupp S, Einarson A, Koren G. Cancer in pregnancy: Motherisk on-line question and answer forum. Can Fam Physician. 2007;53(11):1891-2.

•2. Nazzal O. Cancer cérvico-uterino y embarazo. Rev Chil Obstet Ginecol 2002;67(1):34-9.

•3. Tam KF. Atypical glandular cells in cervical smear du¬ring pregnancy and postpartum period. Clin Med Res 2005;3(1):1-2.

•4. Waxman AG; Zsemlye MM. Preventing cervical can¬cer: The Pap Test and the HPV vaccine. Med Clin N Am 2008; 92:1059-82.

TEMA 42. SINDROME DE HIPERSTIMULACION OVARICA

ANA MARÍA PARRA CRUZ
MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ
ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA

INDICE

1. INTRODUCCION
   - ETIOLOGIA
   - TIPOS
   - FACTORES PREDISPONENTES
2. MANIFESTACIONES CLINICAS
3. TRATAMIENTO
4. PREVENCION

INTRODUCCION

El síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO), es una complicación casi exclusivamente iatrogénica derivada de la hiperestimulación farmacológica del ovario y desencadenada tras la administración de la hormona gonadotrofina coriónica (hCG), para los tratamientos de reproducción asistida (TRA). La hiperestimulación ovárica controlada tiene como objetivo reclutar múltiples folículos para incrementar el número de ovocitos disponibles y con ello las posibilidades de embarazo en un ciclo de estimulación.

No obstante, existen casos descritos de SHO en ciclos estimulados con clomifeno o bien sin estimulación, como por ejemplo en casos de síndrome de ovarios poliquísticos (SOP), gestaciones multifetales, gestaciones molares, hipotiroidismo, adenomas hipofisarios, etc… [1]

ETIOLOGIA

El SHO aún tiene una etiología desconocida, a pesar de esto, se conoce que existe relación con la hCG, tanto la *endógena* que es la derivada de la gestación, como la *exógena*, que es la administrada con los tratamientos de fertilidad. Cuando nos encontramos con unos ovarios hiperestimulados esta hormona, provoca un aumento de la permeabilidad capilar conllevando así a una extravasación de líquido al tercer espacio. Aquí es cuando da lugar la hemoconcentración, que es el resultado de complicaciones como la *hipercoagulabilidad y la difícil perfusión de los órganos.*[1]

TIPOS

La hCG desempeña un papel desencadenante que nos puede explicar la presencia de dos tipos de SHO:

- *Precoz*: tiene lugar una semana después de la administración de hCG con el fin de provocar la ovulación, entonces, así se puede ver el efecto de la hCG exógena en los ovarios hiperestimulados.

- *Tardío:* se da a partir del décimo día tras la administración de la hCG, en éste tiene lugar la respuesta ovárica a la hCG endógena producida por el trofoblasto. [1]

FACTORES PREDISPONENTES

- *Edad y fenotipo*: Las mujeres de menor edad presentan más riesgo de padecerlo, mientras las de más edad tienen menos riesgo, pero en el caso de sufrirlo estas últimas tienen más probabilidades de sufrir un tromboembolismo. La menor cantidad de hormona del crecimiento (GH) puede considerarse un factor protector en las de mayor edad. En cuanto al fenotipo, las mujeres con bajo IMC tienen más riesgo de padecer este síndrome.

- *Caraterísticas ecográficas:* Cuando se presentan múltiples folículos pequeños prenatales de un tamaño entre 2 y 8 mm., dispuestos alrededor de la periferia del ovario, lo que se denomina el "signo del collar", característico de las mujeres que tienen ovario poliquístico, pero también puede darse en las que ovulan normalmente. [2]

- *Nivel sérico de estradiol:* El desarrollo del SHO encuentra relación directa con niveles séricos elevados de estradiol junto con la presencia de múltiples folículos inmaduros.

- *Síndrome de ovario poliquístico:* Las mujeres que lo sufren, presentan una sensibilidad ovárica a la estimulación con gonadotropinas, lo que eleva el riesgo de aparición del SHO.

- *Farmacología usada en la hiperestimulación ovárica:* El fármaco que guarda una relación más directa con la aparición del SHO en forma mas grave, es la hCG. También los inductores de ovulación combinados con análogos de las gonadotropinas (GnRh) pueden propiciar este síndrome. Además, se piensa que la FSH tiene un efecto protector frente al SHO. [2]

MANIFESTACIONES CLINICAS

La aparición de síntomas tendrá lugar entre los 3 y 10 días posteriores a la administración de hCG, en caso que exista embarazo, la situación se vuelve más complicada porque aumentarán las cifras de esta hormona de manera endógena por el trofoblasto. Cuando el embarazo está instaurado, el SHO persistirá hasta 60-70 días que los valores de hCG comenzarán a descender.
Las manifestaciones del SHO se pueden dividir en:

- Leves: disconfort abdominal bajo transitorio, náuseas, vómitos y/o diarrea, distensión abdominal.

- Graves: cuando el dolor se acompaña de uno o más de los siguientes síntomas:
  - Ganancia rápida de peso.
  - Ascitis a tensión.
  - Inestabilidad hemodinámica (hipotensión ortostática, taquicardia…).
  - Dificultad respiratoria (taquipnea).
  - Oliguria progresiva.
  - Alteraciones de las pruebas de laboratorio. [3]

Además, se pueden dar complicaciones vitales como:

- Fracaso renal agudo.
- Hemorragia o rotura ovárica.
- Síndrome de distress respiratorio del adulto (SDRA).
- Tromboembolismo. [3]

TRATAMIENTO

Dependiendo del grado de SHO, se elegirán unas medidas terapéuticas u otras, cuando se trata de un *SHO leve*: medidas sintomáticas; reposo relativo, nunca absoluto para prevenir tromboembolismo, no realizar esfuerzos, control del dolor.

En un *SHO moderado* la observación puede ser ambulatoria con control ecográfico, hematocrito, proteinemia, función renal, función hepática, electrolitos y perfil de coagulación. Vigilar la ganancia de peso y la diuresis. Mantener buena hidratación y reposo. Observar si hay presencia de embarazo.[4]

Y finalmente, cuando nos encontramos un *SHO grave*, el manejo tendrá que ser hospitalario, con pruebas complementarias como: rx tórax, ecografía abdominal seriada, pruebas de laboratorio: albúmina sérica, proteínas totales, creatinina, electrolitos, hemograma completo, pruebas de coagulación y enzimas hepáticas. Al igual que en el SHO moderado se deberá llevar un control de peso, diuresis diaria y medicción de circunferencia abdominal.[4]

En caso de embarazo los síntomas y el SHO es más grave, el tratamiento será sintomático: analgesia, antieméticos, buena hidratación y reposo.[5]

En los casos más graves, cabe destacar la importancia de no administrar antiinflamatorios no esteroideos (AINES) ya que pueden comprometer la función renal.[1]

PREVENCION

- *Usar agonistas GnRh para provocar la ovulación:* Con la estimulación de la hipófisis se consigue un pico de gonadotropinas más breve y moderado.Así se conseguirá la ovulación con un pico corto evitando así un SHO.

- *Soporte de la fase lútea con progesterona:* En pacientes con alto riesgo de SHO se recomienda en esta fase el uso de esta hormona, ya sea vía vaginal o intramuscular, disminuyendo así la aparición de este síndrome.

- *Coasting:* Esta técnica preventiva del SHO consiste en la suspensión de administración de gonadotropinas en el momento que se alcanza unas cifras séricas de estradiol seguras (habitualmente por debajo de 3500 pg/ml) o un gran número de folículos en crecimiento. Este método no suele durar más de tres días y es necesario controlar frecuentemente bajo ecografía.[1]

- *Criopreservación y posterior transferencia:* Así se evitará una hiperestimulación tardía provocada por la hCG endógena del trofoblasto. La calidad embrionaria se mantendrá con las técnicas de vitrificación, y la transferencia podrá tener lugar en el siguiente ciclo natural o artificial.[1]
- *Albúmina:* El momento de actuación idóneo es cuando se extraen los ovocitos, administrándola por vía intravenosa, así se podrá prevenir uno de los principales mecanismos del SHO, el aumento de la permeabilidad vascular.[5]
- *Cabergolina:* Este agonista dopaminérgico previene la aparición de SHO porque disminuye la permeabilidad vascular, y además no afecta ni a la fecundación, implantación o embarazo. La dosis recomendada es de 0,5mg durante 8 días desde la inducción de la ovulación.[1]

BIBLIOGRAFIA

1. Ballesteros A., Izquierdo A. Guía 23. Prevención y manejo del síndrome de hiperestimulación ovárica. Centros: Barcelona, IVI. Madrid, Clínica Pocreatec. SEF: Sociedad Española de Fertilidad. Disponible en: http://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/guiasPracticaClinicas/guia23.pdf
2. Saavedra S.J. Síndrome de hiperestimulación ovárica: clasificación, fisiopatología y manejo. Revisión de tema. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 53, num. 3, p. 264-278. Disponible en: https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/640/686
3. Azcona B., Campo G., Zabaleta J. Síndrome de hiperestimulación ovárica. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino, Pamplona.An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 19-27. Disponible en:http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/ginecologia2.pdf
4. Pacheco J., Malaverry H.,Vargas R. Síndrome de hiperestimulación ovárica. A propósito de una caso. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 5, num. 2, 2005, pag. 84-93. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, San Isidro, Perú. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428176005.pdf
5. Colaci D. Fisiopatología y prevención del síndrome de hiperestimulación ovárica. Premio SAMeR Clínica. Curso Superior Bianual Teórico - Prático de Reproducción Humana. Reproducción 2010;25: 124-135. Disponible en: http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2010/vol25_n3/3_danielacolaci.pdf

TEMA 43. TRASLADO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS A CENTROS SANITARIOS

JOSE ANTONIO SUBIELA GARCÍA
Mª ÁNGELES SÁNCHEZ PÉREZ
Mª VISEDO HERNÁNDEZ
Mª ELENA RUÍZ SERRANO

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....3
OBJETIVOS.....5
METODOLOGÍA.....6
RESULTADOS.....7
CONCLUSIONES.....8
BIBLIOGRAFÍA.....9

INTRODUCCIÓN

el traslado de estos pacientes a otro centro para valoración/ingreso se puede realizar de varias formas según el criterio del facultativo responsable, con la aceptación previa del PG del centro receptor y teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Recomiendan que siempre se utilice para el traslado el medio de transporte sanitario que sea adecuado y proporcional a la situación del paciente.
- En la selección del vehículo de traslado se deben de tener en cuenta los siguientes parámetros del paciente:
  - Gravedad y situación del paciente, en especial, la necesidad de sedación farmacológica y/o contención mecánica.
  - Condiciones propias del traslado: Distancia, tiempo.

Sin duda la situación más comprometida de este tipo de pacientes es la de la valoración del paciente agresivo o agitado que dentro de una Soporte Vital Básico, una unidad de Soporte Vital Avanzado, en su domicilio o en el mismo centro hospitalario, debe hacerse con las máximas medidas de seguridad.

En general, cualquier paciente que pueda constituir un peligro para sí mismo o para los demás, provocado por su patología.

OBJETIVOS

1. Conocer las medidas de seguridad que los profesionales sanitarios deben implementar en caso de pacientes psiquiátricos con agitación.
2. Favorecer un ambiente adecuado dentro del medio de transporte medicalizado.
3. Asegurar la valoración del paciente, de forma clara y concisa.
4. Permitir un ambiente de trabajo libre de riesgos cuando se realiza el transporte de un paciente psiquiátrico.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico y Pubmed español.

También hemos obtenido gran información en libros de texto sobre traslados de urgencias y emergencias. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2005 hasta 2018. Se encontraron 15 estudios y de ellos fueron seleccionados 6 artículos para realizar este capítulo de libro.

Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda.

Los descriptores utilizados fueron: “TRASLADO”, “PACIENTES”, “PSIQUIÁTRICOS”, “CENTROS SANITARIOS”.

RESULTADOS

El paciente siempre irá con medios de contención mecánica, bien correas o cinchas tipo araña, sujetos a la camilla-bancada. Se debe recordar que además

de las correas o cinchas tipo araña, las manos, muñecas, tobillos y cabeza deben de asegurarse en lo posible para evitar cualquier tipo de incidente.

Como la presión psicológica de cualquier paciente contenido será estresante, la observación periódica es primordial, previendo cualquier tipo de incidencia, como vómitos, mareos, crisis de ansiedad, claustrofobia, etc., dando cuenta de ello al médico, que valorará la actuación a seguir.

Si el paciente va sedado, se aplicará el protocolo adecuado para asegurar su tratamiento al tiempo, que igualmente se aplicarán los medios de contención antes descritos, pues el nivel de tolerancia a los fármacos de cada paciente es variable, especialmente en paciente con tratamiento multifarmacológico y puede reaccionar más rápido de lo esperado.

CONCLUSIÓN

Los medios de contención se evaluarán periódicamente, comprobando que el paciente no sufre ningún tipo de daño, al tiempo que se comprueba que no se suelten pues con el forcejeo ningún método es completamente inamovible, al tiempo que este paciente tipo puede desarrollar fuerzas completamente inesperadas en su fisiología. En algunos casos el facultativo, valorará la presencia de un agente de la autoridad dentro de la unidad, solicitando su colaboración, permitiéndole el acceso y la posición dentro de la cabina asistencial en el lugar más idóneo para la colaboración con el personal asistencial. En caso contrario, el médico, valorará si es necesaria la escolta policial solicitando su colaboración hasta el hospital de destino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Rodríguez JM et al. Guía de seguridad en la atención a las personas con trastornos mentales. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. 2009. Disponible en:http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/bibliotecaonline/publicaciones-consejeria-sanidad/buscador/guia-seguridad-atencion-personas-trastornos-mentales.
2. Mamani Encalada A, Obando Zegarra R, Uribe Malca AM, Vivanco Tello M. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. Rev Per Obst Enf 3(1), 2007.
3. Fernández de Piñar y Garzón E, Romero Molina A, Plaza del Pino MD, García García M. Seguridad del Paciente. Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. Dirección de Enfermería del Hospital Universitario San Cecilio de Granada. 2007. ISBN 978-84-690-7880-8

TEMA 44. ADENOIDES EN ETAPA INFANTIL

NATALIA CUBERO ESPÍN

ÍNDICE

- Qué son y cómo diagnosticarlas.
- Tipos y Problemas
- Síntomas
- Búsqueda Bibliográfica.
- Prevención
- Tratamiento

QUÉ SON Y CÓMO DIAGNOSTICARLAS

Nacemos con dos adenoides que están localizadas en el punto más posterior de la garganta, específicamente en la región de la nasofaringe. Al contrario de las amígdalas, no es posible ver las adenoides al abrir la boca, pues estas están encima del paladar (cielo de la boca).

La función principal es la retención y captación de sustancias que pueden ser nocivas para el cuerpo humano, como las bacterias, los virus o el polvo, entre otros. Una vez que los captan, intervienen procesándolos y activando la respuesta inmune, las defensas.

Sin embargo, no son esenciales. Habitualmente, las adenoides son formadas en el séptimo mes de vida del feto, continuando su crecimiento hasta aproximadamente los 5-6 años de edad. A partir de los 8-10 años, las adenoides comienzan a retroceder, desapareciendo totalmente hasta la vida adulta.

Para diagnosticarlas el especialista deberá realizar un examen físico para verificar que el tamaño de estas ha aumentado. También se puede realizar una radiografía lateral de la faringe para evaluar el tamaño.

TIPOS Y PROBLEMAS

Las adenoides no están clasificadas por tipos. Todos los niños tienen adenoides. El problema con las adenoides surge cuando estas crecen demasiado y llegan a obstruir el paso del aire por la cavidad nasal. Las adenoides grandes son conocidas popularmente como «carne esponjosa» o hipertrofia de las adenoides.

Las adenoides se vuelven hipertrofiadas generalmente en niños con repetidas infecciones de garganta. Es común que la inflamación de la adenoides, llamada adenoiditis, esté acompañada de amigdalitis y faringitis.

Los niños con hipertrofia de adenoides y/o adenoiditis de repetición suelen presentar, además de los síntomas de dificultad respiratoria que serán explicados más adelante, cuadros de otitis media de repetición, sinusitis crónica y rinitis persistente.

Después de algunos episodios de amigdalitis/adenoiditis, las propias adenoides pueden pasar a albergar algunas bacterias, sirviendo como fuente para futuras infecciones respiratorias.

SÍNTOMAS

Las adenoides de tamaño normal no provocan ningún síntoma y desaparecen en la adolescencia sin provocar problemas. No obstante, en algunos niños con infección respiratoria de repetición, las adenoides pueden crecer, tornándose permanentemente hipertrofiadas durante toda la infancia.

Las adenoides hipertrofiadas pueden obstruir el paso del aire por la cavidad nasal, provocando alteraciones como respiración ruidosa, respiración permanente por la boca, apnea del sueño, ronquidos nocturnos, voz nasal, coriza persistente y sensación de oído tapado. Las dificultades respiratorias son más comunes por la noche, pues cuando dormimos nuestra musculatura se relaja, aumentando así la obstrucción de las vías aéreas por las adenoides hipertrofiadas.

Los niños con adenoides grandes pueden tener pesadillas frecuentes, sueño irregular, sueño turbulento y episodios cortos de paro respiratorio, llamados apnea nocturna. El niño duerme mal y pasa el día irritado, cansado y somnoliento. La hipertrofia de las adenoides hace que los niños respiren persistentemente por la boca, lo cual produce alteraciones en la anatomía del rostro y de los dientes, provocando una apariencia llamada facies adenoidea. Los niños con facies adenoidea característicamente poseen un rostro alargado, dientes incisivos prominentes, dientes agrupados, mandíbula poco desarrollada, labio superior corto, orificios nasales elevados y un paladar arqueado.

PREVENCIÓN

En la actualidad no existe ningún método que ayude a prevenir la aparición de las vegetaciones. No obstante, sí se puede evitar las consecuencias negativas que puede tener sobre el niño. Los especialistas recomiendan acudir al otorrinolaringólogo cuando presente los primero síntomas de dificultades para respirar o ronque por las noche.

TRATAMIENTO

Las adenoides hipertrofiadas solo comienzan a desaparecer a partir de los siete años de edad. Como muchos niños presentan complicaciones desde los 2-3 años, esto puede muchas veces significar al menos cuatro años de infecciones de repetición, dificultad respiratoria, sueño ineficaz y alteraciones en la anatomía del rostro.

En los cuadros más leves, el tratamiento se lleva a cabo con antibióticos y corticoides.

El único tratamiento para las adenoides grandes es la cirugía, llamada adenoidectomía. Como las adenoides disminuyen espontáneamente con el tiempo, la indicación de la cirugía tiene que ser bien hecha, pesando los riesgos quirúrgicos con las complicaciones causadas por la obstrucción de las vías aéreas.

La cirugía para la remoción de las adenoides es generalmente indicada en niños con obstrucción grave de las vías respiratorias, principalmente en aquellos de 3-4 años con dificultades para dormir, con otitis media y/o sinusitis de repetición.

Durante el acto quirúrgico para la retirada de las adenoides, frecuentemente las amígdalas también son removidas. La adenoidectomía es una cirugía relativamente simple y corta, pero se realiza bajo anestesia general. El procedimiento lo realiza un médico otorrinolaringólogo. Habitualmente el paciente queda interno por apenas un día. Si todo sale bien, el niño puede volver a frecuentar la escuela después de una o dos semanas (se debe evitar contacto con niños con infección respiratoria en las primeras dos semanas de posoperatorio).

BIBLIOGRAFÍA

Página web:

- www.mdsaude.com
- www.cuidateplus.marca.com
- www.medes.com
- www.sciencedirect.com

TEMA 45. INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS NIÑOS

MARÍA AMPARO ORTUÑO MORENO

AMPARO BENAVENT BENAVENT

ÍNDICE

1. Introducción
2. Hipotesis
3. Objetivo
4. Metodología
5. Resultados
6. Discusión
7. Conclusión
8. Bibliografia

INTRODUCCIÓN

- En los países industrializados, las deficiencias nutricionales graves en la infancia y la adolescencia prácticamente han desaparecido; sin embargo, en el curso de las últimos años se ha incrementado progresivamente la prevalencia de la obesidad infantil y juvenil, constituyendo el trastorno nutricional de mayor prelevancia en nuestro medio y un problema sanitario de gran trascendencia, especialmente si se tiene en cuenta que la mayoría de los adolescentes obesos lo seguirán siendo en la edad adulta, con el riesgo sobreañadido de una mayor morbimortalidad(1)

- El tratamiento de la obesidad es complejo y precisa de un equipo multidisciplinario que combine una dieta adecuada (restricción y/o modificación del aporte alimentario), el incremento de la actividad física y la modificación de actitudes y comportamientos alimentarios: educación personal y/o familiar. El medio escolar, junto al familiar, son los ámbitos educativos de mayor influencia en la adquisición de unos hábitos alimentarios y estilos de vida que se irán consolidando a lo largo de la infancia y la adolescencia (1)

CONCEPTO OBESIDAD

- Enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de la masa corporal, al punto que constituye un riesgo para la salud.(OMS 1997)

- Se acompaña de un aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo.

- Es un enfermedad de etiopatogenia compleja y multifactorial. Incluye un componente genético, metabólico, sociológico y psicológico. (2)

CLASIFICACIÓN

- **Según la distribución del exceso de grasa(3)**.

  — Central o visceral (androide).
  — Periférica (ginoide).

- **Clasificación clínica basada en el índice de masa corporal,**

- **Desde el punto de vista etiopatogénico:**

  Obesidad nutricional (esencial, simple o idiopática).
  Obesidad orgánica (intrínseca o secundaria).

Prevalencia en el mundo:

The Lancet (2016) publicó el mayor estudio realizado (4):

- Las tasas mundiales de obesidad de la población infantil y adolescente aumentaron desde menos de un 1% (correspondiente a 5 millones de niñas y 6 millones de niños) en 1975 hasta casi un 6% en las niñas (50 millones) y cerca de un 8% en los niños (74 millones) en 2016.
- Estas cifras muestran que, conjuntamente, el número de individuos obesos de cinco a 19 años de edad se multiplicó por 10 a nivel mundial, pasando de los 11 millones de 1975 a los 124 millones de 2016. Además, 213 millones presentaban sobrepeso en 2016, si bien no llegaban al umbral de la obesidad

ETIOLOGIA DE LA OBESIDAD

- ***Genética***

Se ha identificado la participación de 600 genes, marcadores y regiones cromosómicas asociados o ligados a fenotipos de obesidad (5).

- ***Nutrición fetal y postnatal precoz***

La desnutrición fetal, especialmente durante el primer semestre de gestación, puede inducir alteraciones metabólicas permanentes que contribuyen a la aparición de obesidad en etapas posteriores (6)

- ***Lactancia materna***
- Los lactantes alimentados con lactancia materna tienen menos riesgo de presentar sobrepeso (6)

Ambiente familiar

Los padres y cuidadores son responsables de que los niños adquieran hábitos saludables de alimentación y un estilo de vida sana (7).

Actividad física

conductas sedentarias está asociado con una prevalencia más alta de obesidad en niños (8).

Otras enfermedades

La obesidad puede ser secundaria a algunas enfermedades poco frecuentes como hipotiroidismo, hipercortisolismo, déficit de hormona de crecimiento y daño hipotalámico, entre otras (9).

Fármacos

Pueden condicionar obesidad los esteroides, los fármacos antipsicóticos y algunos antiepilépticos (9), así como ciertos antidepresivos.

Desnutrición oculta

La desnutrición oculta se origina en dietas que aportan cantidades insuficientes de vitaminas y minerales como: vitamina A, C, ac. fólico, calcio, hierro, zinc, yodo, selenio.

Se caracteriza porque no es evidente, no es detectada a tiempo, puede presentarse en chicos con sobrepeso, afecta a todas las clases sociales (10).

Muchas madres que creen que sus hijos rinden menos de lo habitual, envían a sus hijos a clases con un profesor particular. La mayoría de las madres no piensa que puede haber relación entre los problemas de salud o de aprendizaje de sus hijos y una alimentación deficiente, aunque recientes investigaciones aseguran que es así.

RENDIMIENTO ESCOLAR

El rendimiento escolar es un constructo complejo que viene determinado por un gran número de variables y las correspondientes interacciones de diversos referentes: inteligencia, motivación, personalidad, actitudes, contextos, etc. Estas variables son clasificadas en:

- *Las variables de tipo intrínseco*: son inherentes al individuo, biológicas, de tipo endógeno, como:
  - El retraso mental.
  - Condiciones físicas deficientes.
  - Conflictos psíquicos que conllevan a trastornos mentales.

- *Las variables de tipo extrínsecas* pueden ser:
    - El ambiente familiar
    - El ambiente escolar
    - El ambiente social

- Por tanto, ha resultado, en relación a las notas o calificaciones, que las variables antecedentes con más capacidad de predicción son las siguientes: ámbito personal, ámbito familiar y ámbito escolar (11).

OBESIDAD Y RENDIMIENTO ACADÉMICO

Los primeros estudios:

- Se iniciaron con objeto de relacionar la influencia de la desnutrición y el rendimiento académico.
- Tras la segunda guerra mundial, aparece una nueva forma de desarrollo económico y un cambio en el canón de belleza.
- Son el reflejo de los conocimientos de la época y no están exentos de problemas metodológicos. Todos ellos presentan cierto margen de incertidumbre, de cada uno sólo se pueden legítimamente, hacer inferencias aproximadas, pero no extraer conclusiones definitivas.

HIPÓTESIS

La obesidad de los escolares entre 6-18 años, influye negativamente en el desempeño académico.

OBJETIVO

Realizar una revisión de la literatura publicada desde el año 2.000 hasta el 2.016 sobre la obesidad en niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años y su posible efecto sobre el rendimiento académico.

Formulación y estructuración de las pregunta clínica

•El método PICO descrito por Guyatt (pacientes-intervención-comparación-resultados) permite formular preguntas clínicas bien estructuradas, ayuda a conducir la búsqueda bibliográfica y facilita la elaboración de recomendaciones, de forma específica para cada cuestión clínica. Además, favorece el desarrollo de la revisión de forma ordenada y clara (12).

En nuestro estudio sería:

•**Paciente**: escolares entre 6-18 años.

•**Intervención /comparación**: obesos frente a no obesos.

•**Resultado**: efecto sobre el rendimiento académico.

- Para realizar una revisión se debe partir de una pregunta clínica. La pregunta clínica ha de ser clara, precisa y específica para facilitar la búsqueda y la revisión de la evidencia científica.

Por lo tanto la pregunta clínica sería:

¿Los niños escolares obesos entre 6 y 18 años presentan peor rendimiento académico que los escolares no obesos?

Criterios de inclusión y exclusión

Los elementos que definen la pregunta proporciona los criterios de inclusión y de exclusión de los estudios que se van a considerar y constituyen los elementos que definen los términos de la búsqueda.

En nuestro estudio:

- Escolares entre 6-18 años.
- Obesos frente a no obesos.
- Efecto sobre el rendimiento académico.

Localización y selección de las bases de datos

- OBJETIVO: la localización de los artículos en las principales bases de datos y a su posterior selección, según una serie de criterios establecidos previamente.

- Para la búsqueda y selección de estudios se ha tenido en cuenta los siguientes componentes:

  Según el tipo de diseño

  Según su origen

  Según la base de datos.

Según la base de datos; (limitadores, palabras clave, operadores lógicos).

MEDLINE

La estrategia de búsqueda en embase se ha desarrollado combinando los siguientes términos o palabras clave y boleanos: *children and obesity and school and academic performanc*e.

EBSCO:

La estrategia de búsqueda en Ebsco se ha desarrollado combinando los siguientes términos o palabras clave y boleanos: *(((“DE OBESITY”)) and (DE “children”)) and (DE “Academic Performance”)*.

EMBASE

La estrategia de búsqueda en embase se ha desarrollado combinando los siguientes términos o palabras clave y boleanos: *children and obesity and shool and academic performance*

Registro escrito de la búsqueda

Base de datos	FECHA BUSQUEDA	FUENTE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS RELEVANTES	EXCLUIDOS
EBSCO	22/03/17	Primaria	8	6	2
MEDLINE	25/03/17	Primaria	4	5	1
EMBASE	29/03/17	primaria	2	1	1
TOTAL			14	12	4

Los limitadores que se han utilizado en este estudio han sido:

- **Autor del trabajo**: no se ha limitado.
- **Lugar de trabajo**: contexto educativo.
- **Titulo de revista**: no se ha limitado.
- **Tipo de documento**: se ha limitado a estudios de investigación.
- **Por año**: del año 2000 al año 2016.
- **Por idioma**: inglés, castellano.
- **Por palabras clave**: *children, school, obesity, academic performance*.

Evaluación de los estudios

Los estudios se han clasificado según su evidencia científica. Para ello, se ha utilizado la clasificación propuesta por la "*Agency for Healthcare Research and Quality*". Los criterios seguidos se resumen a continuación:

- Ia. Evidencia de metaanálisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
- Ib. Evidencia obtenida de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
- IIa. Evidencia de estudios controlados bien diseñados sin aleatorizar.
- IIb. Evidencia de estudios casi experimentales, bien diseñados.
- III. Evidencia de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o de casos y controles.
- IV. Evidencia procedente de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.

RESULTADOS

Los resultados de esta revisión se presentan a través de tres secciones.

- La primera de ellas expone las principales características de los estudios seleccionados
- La segunda expone las principales características descriptivas de los estudios.
- En la tercera, expone las principales características metodológicas de los estudios
- En la cuarta se presentan los resultados atribuidos a la obesidad/rendimiento académico.

En la próxima sección se presenta esquema de las principales características de los estudios

Características descriptivas de los estudios		
ESTUDIO	**CONTEXTO**	**OBJETIVO**
Falkner at al.,2001	Minnesota (USA)	Correlacionar aspectos sociales, educativos y psicológicos
Orlando at al., 2002	Pamplona (Colombia)	Conocer, valorar y comparar si el nivel nutricional de los escolares de quinto grado influye en el rendimiento académico,
Mikkila at al.,2003	Helsinki (Finlandia)	Asociación entre factores conductuales, obesidad, rendimiento académico, nivel sociocultural
Datar at al.,2004	Santa Mónica (USA)	Examinar la asociación entre el estado de los niños con sobrepeso en el jardín infantil y sus logros académicos
Valderrama at al., 2005	Chile	Describir el rendimiento escolar y su relación con las características de salud.
Terry at al.,2006	Los Ángeles (USA)	Asociación entre la obesidad y la adiposidad con el desempeño académico con independencia de la demografía y la actividad física
Datar at al.,2006	Santa Mónica (USA)	Relación entre el estado de sobrepeso infantil y los resultados académicos y comportamiento de la escuela primaria

Características descriptivas de los estudios		
ESTUDIO	**CONTEXTO**	**OBJETIVO**
Juez at al.,2007	Norfolk(Virginia)	El propósito de este estudio fue examinar la relación entre el sobrepeso infantil y los resultados educativos
Colquicocha at al.,2008	Lima (Perú)	Determinar la relación entre el estado nutricional y el rendimiento escolar.
Arcelia at al.,2008	Sonora(Mexico)	Determinar la relación entre el estado nutricional y el rendimiento escolar
Urquiaga at al. 2012	Casma (Chile)	Determinar estado nutricional y rendimiento escolar
Santana at al,2015	Recife (Brasil)	Analizar la asociación entre el peso no saludable ,el rendimiento académico y la actividad física

Características metodológicas				
ESTUDIO	**DISEÑO**	**MUESTRA**	**RANGO EDAD**	**GRADO EVIDENCIA**
Falkner at al.,2001	transversal	**n** =10.943	11-17 años	**III**
Orlando at al., 2002	transversal	n=253	11 años	**III**
Mikkila at al.,2003	transversal	**n**=60.252,	14-16 años	**III**
Datar at al.,2004	transversal	**n**=11.192	6-7 años	**III**
Valderrama at al., 2005	transversal	**n**=148	8-9 años	**III**
Terry at al.,2006	transversal	**n**=666	11-14 años	**III**
Datar at al.,2006	Longitudinal prospectivo	n=7.000	6-10 años	**IIb**
Juez at al.,2007	longitudinal prospectivo	n=13.680	8-9 años	**IIb**

Características metodológicas				
ESTUDIO	**DISEÑO**	**MUESTRA**	**RANGO EDAD**	**GRADO EVIDENCIA**
Colquicocha at al.,2008	Transversal	n=271	6-12	**III**
Arcelia at al.,2008	Transversal	n=600	6-12	**III**
Urquiaga at al. 2012	Transversal	n=228	6-11	**III**
Santana at al,2015	Transversal	n=450	6-11	**III**

Tabla 3. Obesidad (IMC)/rendimiento académico/resultados

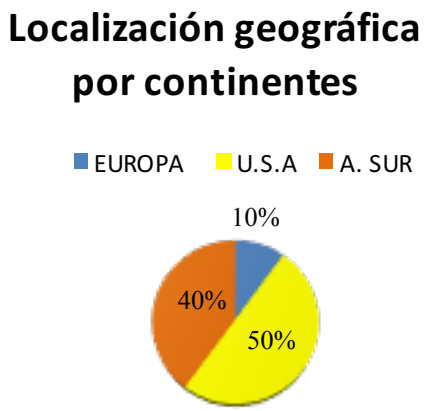
ESTUDIO	Calculo obesidad	Rendimiento académico	Resultado
Falkner at al.,2001	IMC (Percentil 85 se define como en situaciónde riesgo de sobrepeso)	Notas	Si existe relación entre obesidad y el bajo desempeño académico
Orlando at al., 2002	IMC (Percentil 85 se define como en situaciónde riesgo de sobrepeso y albumina	Notas	No existe relación entre obesidad, albumina y desempeño académico
Mikkila at al.,2003	El peso normal se definió como el peso relativo entre 80% y 120%, bajo peso y la obesidad, OR, 80% y RW. 120%,	Notas	Si existe relación entre adiposidad y el mal desempeño académico
Datar at al.,2004	IMC (Percentil 85 se define como en situaciónde riesgo de sobrepeso	Valora el rendimiento en las áreas de lenguaje y matemáticas	Indica que el sobrepeso es un marcador, pero no un factor causal
Valderrama at al., 2005	Examen de sal**ud (**Ficha de Salud elaborada por el Proyecto FONDECYT Nº 1040622)	Notas en las asignaturas de Lenguaje, y Matemáticas	Duermen menos de 9 horas por día, los que tienen caries dentales y los escolares obesos presentan mayor tendencia al fracaso escolar.
Terry at al.,2006	IMC (Percentil 85 se define como en situación de riesgo de sobrepeso) y la impedancia bioeléctrica del pie-a-pie	Notas	La adiposidad no guarda relación con el bajo rendimiento académico

Tabla 3. Obesidad (IMC)/rendimiento académico/resultados

ESTUDIO	Calculo obesidad	Rendimiento académico	Resultado
Datar at al.,2006	Los niños que tenían un IMC mayor o igual al percentil 95 para su edad y sexo fueron clasificados como con sobrepeso.	Valora en las áreas de lenguaje y matemáticas	Los niños que llegaron a ser gordos repercutieron en el rendimiento escolar y comportamiento social en el caso de las niñas pero no en los niños. Los niños obesos no repercutieron en su rendimiento escolar.
Juez at al.,2007	IMC mayor o igual al percentil 95 para su edad y sexo fueron clasificados como con sobrepeso.	Valora el rendimiento académico en las áreas de lenguaje y matemáticas	No tiene relación la obesidad con el rendimiento académico.
Colquicocha at al.,2008	IMC , (Percentil 85 se define como en situación de riesgo de sobrepeso)+ nivel de hemoglobina)	Notas académicas	Si tiene relación la obesidad con el bajo rendimiento académico. La hemoglobina tiene relación con el rendimiento académico.
Arcelia at al.,2008	IMC (Percentil 85 se define como en situación de riesgo de sobrepeso)	Notas académicas	Disminución del rendimiento escolar en los alumnos clasificados con sobrepeso y obesidad
Urquiaga at al, 2012	IMC/edad-OMS 2007	Notas académicas	No tiene relación la obesidad con el bajo rendimiento académico
Santana al al, 2015	IMC (Percentil 85 se define como en situación de riesgo de sobrepeso)	Valora en las áreas de lenguaje y matemáticas	Si tiene relación la obesidad con el bajo rendimiento académico

Resultados según el contexto

Llama la atención que el 50% de los estudios son norteamericanos, todos son de la zona costera norteamericana excepto uno, Falkner at al.,2001(88), que es del estado de Minnesota. Minnesota es un estado que limita con Canadá. Solo 1 artículo es de origen europeo, el 40% restante es de origen latinoamericano.



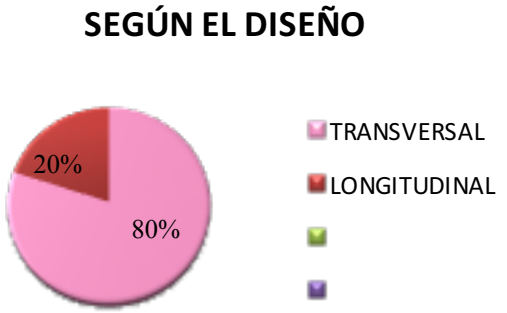
Resultados según el diseño

Tal y como muestra la tabla el 80% de los estudios, son transversales, excepto dos estudios (20%) que son de diseño longitudinal: Datar at al., 2006(15) que realiza un seguimiento de los escolares durante 4 años y Juez at al.,2007 (13)que realiza un seguimiento de los escolares durante 1 año. Los estudios longitudinales, son un tipo de estudio observacional en el que se hace un seguimiento a un grupo de personas (una cohorte), durante un tiempo determinado, con el objetivo de evaluar la aparición de un determinado evento (14).

Los dos estudios Datar at al.,2006(15) ,y Juez at al.,2007(13), son prospectivos y por lo tanto están menos sujetos a sesgos, que los retrospectivos que dependen mucho de la calidad de los registros utilizados. Los dos estudios incluyen una buena descripción de la población que se estudia, y de los criterios de selección y las medidas que se utilizan para evaluarlos.

Los estudios transversales, permiten estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado, pero no permite identificar las relaciones causales, entre los factores estudiados (14).

Según el análisis de la muestra, se caracteriza por estudiar grandes poblaciones, el estudio con muestra más amplia es Mikkila at al., 2003(16) estudia a más de 60.000 escolares y el estudio más pequeño es el de Valderrama at al., 2005(17) con una muestra de 148 escolares.

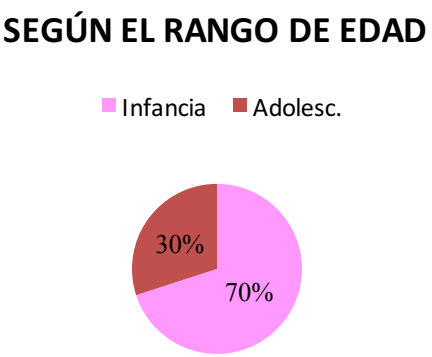


Resultados según el rango de edad

Según el rango de edad, hay más estudios realizados:

En alumnos de infancia (6-12 años) es del 70%; Orlando at al., 2002(18) Datar at al.,2004(19) , Valderrama at al., 2005(17), Datar at al.,2006(15), Juez at al.,2007(13), Colquicocha at al.,2008(20), Arcelia at al.,2008(21).

En alumnos de adolescencia(12-18 años) es del 30% ; Falkner at al.,2001(22), Mikkila at al.,2003(16), Terry at al.,2006(23).



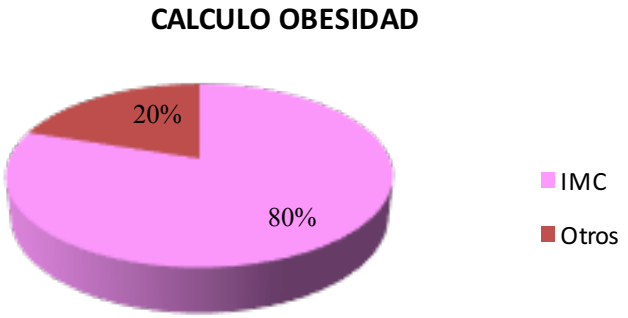
Resultados según la evidencia científica

Teniendo en cuenta el objetivo de esta revisión y los criterios de inclusión establecidos, los estudios seleccionados pueden alcanzar únicamente el grado III de evidencia dentro de esta clasificación, excepto dos estudios, Datar at al.,2006 (15) y Juez at al.,2007 (13)que alcanzan el nivel IIb.

Resultados según el cálculo de la obesidad

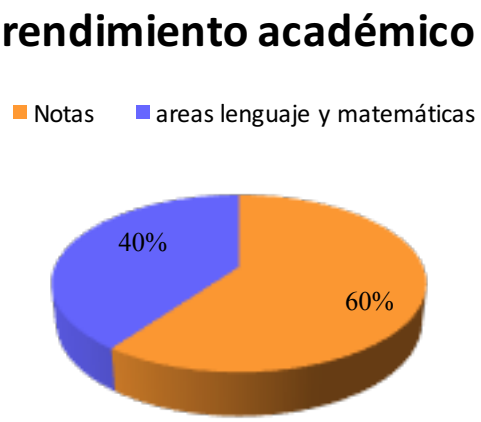
De los 12 artículos , 8 de los estudios, han calculado la obesidad a partir de lo que se conoce como percentil del IMC por edad; Falkner at al.,2001(22), Orlando at al., 2002(18) , Datar at al.,2004 (19), Terry at al.,2006(23), Datar at al.,2006(15), Juez at al.,2007(13), Colquicocha at al.,2008(20), Arcelia at al.,2008(21).. De estos artículos 2 han optado por clasificar el sobrepeso a partir del percentil 95; Juez at al.,2007 (13), Datar at al.,2006. Dos excepciones hay que resaltar el estudio; Mikkila at al., 2003(16), define el peso normal como el peso relativo entre 80% y 120%, bajo peso y la obesidad, OR, 80% y RW. 120%. y Valderrama at al., 2005(17) que calcula laobesidad a partir de una ficha de Salud elaborada por el Proyecto FONDECYT Nº 1040622, es una ficha aceptada y utilizada dentro del país.

Hay dos estudios que además de medir el IMC, miden otros parámetros en sangre; Colquicocha at al.,2008(20) , y que llega a la conclusión que la hemoglobina tiene relación con el rendimiento académico. Y el estudio Orlando at al., 2002(18), que estudia el IMC y niveles de Albumina en sangre, que llega a la conclusión que no existe relación.



Resultados según el cálculo del rendimiento académico

- De los 12 estudios, 6 artículos miden el rendimiento académico, a partir de las notas que son; Falkner at al.,2001(22), Orlando at al., 2002(18), Mikkila at al.,2003(16), Terry at al.,2006(23), Colquicocha at al.,2008 (20)Arcelia at al.,2008(21). , . Otros, 4 estudios, miden el rendimiento académico a partir de la valoración en lasas áreas de *lenguaje y matemáticas; Datar at al.,2006(15) , Juez at al.,2007(13), Valderrama at al., 2005(17), , Juez at al.,2007.*



Resultados comparando edad/obesidad/rendimiento académico

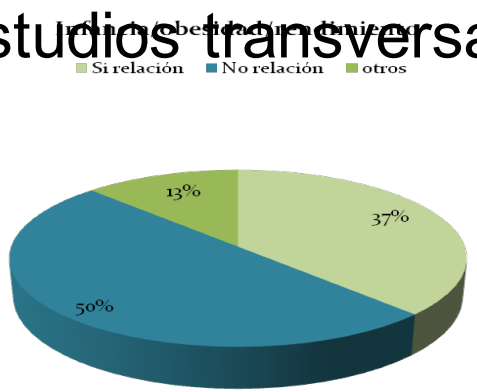
Si comparamos el rango de edad, con la obesidad y el rendimiento académico.

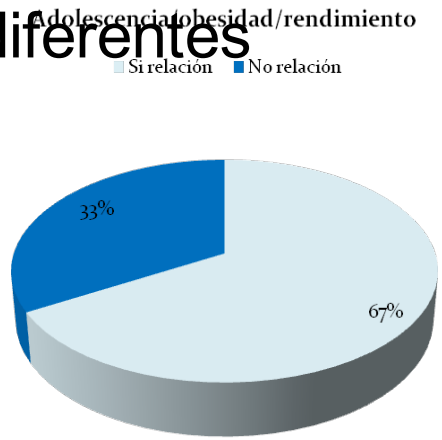
Clasificamos los estudios en:

Estudios de la infancia (6-12 años) según los datos: el 50% de los estudios, confirma que no existe relación entre obesidad y rendimiento académico en la etapa de de edad de 6-12 años, el 37% si existe relación.

Estudios en la adolescencia (12-18 años) según los datos: 67% si existe relación entre obesidad y rendimiento académico y el 33% no existe relación.

- Si comparamos el rango de edad, obesidad, rendimiento académico y el tipo de diseño. No existe unanimidad en los resultados:
- Estudios longitudinales: para Datar at al., 2006(15). Los niños que llegaron a ser gordos repercutieron en el rendimiento escolar y comportamiento social en el caso de las niñas pero no en los niños. Para Juez at al.,2007 (13), no existe relación entre obesidad y rendimiento académico.
- Estudios transversales: resultados diferentes





Discusión

Llama la atención, la escasez de estudios que hay sobre la relación entre obesidad y rendimiento académico, sin embargo los factores económicos y sociales que inciden en la escolaridad han sido objeto de numerosos estudios en la actualidad.

Los primeros estudios sobre la relación entre alimentación y rendimiento académico se centran en la desnutrición, a partir de la década de los 70 en el s. XX. En el año 1999, se publica la Declaración de Milán, en la cual se declara la obesidad como un trastorno básico. Después de la segunda guerra mundial, el mercado tiene la necesidad de tener obreros bien preparados, nunca en la historia de la humanidad, los ciudadanos han tenido tantas oportunidades de formarse académicamente.

A partir de los años 90, los gobiernos se dan cuenta del aumento de la obesidad, en la sociedad. Esto explica la poca literatura científica que existe entre la relación de la obesidad y el rendimiento académico.

Si analizamos el contexto de los estudios, llama la atención que el 50% de los estudios son de origen estadounidense, conocida es la situación que tiene este país con respecto a la obesidad. Los estudios estadounidenses, se encuentran localizados en zonas costeras, excepto el estudio de Minnesota. Minnesota, es una región que limita con Canadá. Esta situación se produce, porque es bien conocida, las distintas realidades culturales de estados unidos, la América abierta, glamurosa, de culto al cuerpo de las zonas costeras y la América profunda, cerrada, atrincherada en el pasado

- La respuesta a este interés, por el rendimiento académico de los estadounidenses, es porque que en los últimos treinta años, las exigencias del mercado laboral en USA han cambiado, a medida que la globalización ha avanzado el progreso educativo se ha estancado. Según OCDE (organización para la cooperación y el desarrollo económico) la aptitud académica de los estudiantes y el rendimiento académico en secundaria, varía entre mediocre y mala en USA, dado que el capital humano es un requisito para el éxito de la economía global, y la competitividad de USA, es insostenible con estudiantes poco preparados, y además hay que sumarle, desigualdades sociales y el rápido crecimiento de las poblaciones minoritarias.

- La preocupación es tal que la administración Obama, propone un cambio profundo en el sistema educativo, reconoció el presidente las limitaciones que sufre el sistema educativo, entre otras.
- El 40% de los estudios son de América latina. Los gobiernos de América latina, están muy preocupados, por el cambio de hábitos que está sufriendo. En estos momentos pobreza y obesidad van unidas. La globalización ha permitido, la introducción en los países del tercer mundo, de comidas procesadas, y además hay que sumarle, la falta de asistencia a la escuela y la falta de recursos escolares, el bajo rendimiento escolar.
- .

En Europa, solo un estudio. Las investigaciones en el viejo continente, se centran más en la influencia del desayuno, actividad física, horas de TV, acoso escolar en relación con la obesidad.

Según el diseño, el 80% de los estudios son transversales, por lo tanto, en este tipo de estudio no puede responder a los factores causales, es decir, los escolares son obesos porque son malos estudiantes o son malos estudiantes porque les afecta la obesidad. El 20% de los estudios son longitudinales, una proporción escasa y con resultados antagónicos; Datar at al.,2006. Llega a la conclusión que, los niños que llegaron a ser gordos repercutieron en el rendimiento escolar y comportamiento social en el caso de las niñas pero no en los niños y Juez at al.,2007, no tiene relación la obesidad con el rendimiento académico

El 70% de los estudios se centran en la infancia y solo un 30% se centran en la adolescencia. La política actual de los gobiernos, en el caso de los adolescentes, se dirige en primer lugar hacia la prevención de la anorexia, consumo de sustancias, violencia, embarazos precoces, enfermedades de transmisión sexual y en la infancia la preocupación se centra en la nutrición y accidentes domésticos, según la OMS.

Con respecto al cálculo de la obesidad. No existe unanimidad en los estudios. El 80% de los estudios utilizan el IMC, algunos estudios se diagnóstica sobrepeso a partir del percentil 85 y otros a partir de 95. Otro estudio como el finlandés, calcula la obesidad a partir del parámetro Odds-ratio.

- Hay dos estudios que además de medir el IMC, miden otros parámetros en sangre; Colquicocha at al.,2008, y que llega a la conclusión que la hemoglobina tiene relación con el rendimiento académico. Y el estudio Orlando at al., 2002, que estudia el IMC y niveles de Albumina en sangre, que llega a la conclusión que no existe relación.
- El IMC es uno de los más empleados y cada vez más extendidos para diagnosticar obesidad por ser rápido, económico, accesible. Sin embargo, la crítica que se puede realizar es, que no contempla la complexión de la persona (delgada, media o fuerte), sus perímetros corporales (cintura, cadera) o el porcentaje de grasa ni su distribución en el organismo, tampoco identifica si el niño está bien nutrido.
- Durante mucho tiempo se pensó que el problema de la desnutrición estaba asociado a la pobreza y se identificaba con el déficit de peso y de talla para la edad y con la aparición de enfermedades infecciosas.

Tampoco hoy en día tiene vigencia el esquema que asocia la obesidad con el bienestar económico. Actualmente se habla de "desnutrición oculta", no es evidente, no se detecta a tiempo y puede presentarse en chicos con sobrepeso de todas las clases sociales.

Por lo tanto, los estudios de nuestra revisión, no contemplan este concepto de desnutrición oculta.

Teniendo en cuenta el objetivo de esta revisión y los criterios de inclusión establecidos, los estudios seleccionados pueden alcanzar únicamente el grado III de evidencia dentro de esta clasificación.

Con respecto al rendimiento académico, tampoco hay unanimidad, el 60% de los estudios considera las notas como indicador fundamental del rendimiento, el 30% considera que mensurar las áreas de lenguaje y matemáticas, son las mejores áreas predictivas del rendimiento global. Cabe preguntarnos si las notas es un indicador del buen rendimiento objetivo.

Un tópico ampliamente difundido considera que las calificaciones académicas miden algún tipo de dominio. Sin embargo, cada nuevo curso, los profesores experimentan la sensación de que sus nuevos alumnos con buenas calificaciones, obtenidas en el curso anterior, muestran alarmantes deficiencias. Esta situación sugiere dos problemas diferenciados. Por un lado ¿qué aprenden realmente los alumnos? Y por otro, el grado en que las calificaciones escolares valoran adecuadamente lo que se ha aprendido es decir ¿qué relación hay entre calificación y el aprendizaje?

El rendimiento escolar es un constructo complejo que viene determinado por un gran número de variables y las correspondientes interacciones de diversos referentes: inteligencia, motivación, personalidad, actitudes, apoyo familiar, etc .

•Si analizamos la relación entre obesidad y el rendimiento escolar en su conjunto, el 50% de los estudios llega a establecer, que sí hay relación y el 40% de los estudios, llega a establecer que no hay relación por lo tanto, no podemos establecer una relación clara entre obesidad y rendimiento académico pero si analizamos los datos clasificando los estudios por edad en dos grupos diferentes; grupo infantil de 6-12 años y adolescentes de 12-18 años, los resultados son diferentes. Estudios de la infancia (6-12 años) según los datos: el 50% de los estudios, confirma que no existe relación entre obesidad y rendimiento académico en la etapa de de edad de 6-12 años, el 37% si existe relación. Los estudios, según el rango de edad en la adolescencia (12-18 años) según los datos: 67% si existe relación entre obesidad y rendimiento académico y el 33% no existe relación.

Si nos preguntamos ¿por qué en la adolescencia, afecta la obesidad en el rendimiento académico y no en la infancia? porque uno de los principales cambios que se viven en la adolescencia tiene que ver con la aceptación y adaptación al nuevo cuerpo, ese cuerpo que es muy diferente al que se tenía de niño o niña**.** Pocos adolescentes están satisfechos con su aspecto físico y la mayoría de ellos autoconsideran sus cuerpos como menos atractivos de lo que son, si además se le suma la obesidad, repercute como consecuencia en su autoestima.

CONCLUSIÓN.

He llegado a la conclusión que no podemos establecer una relación clara entre obesidad y rendimiento académico, en el conjunto de los estudios. Por lo tanto no puedo confirmar la hipótesis que me planteo al principio del trabajo de "La obesidad de los escolares entre 6-18 años, influye negativamente en el rendimiento académico"

El rango de edad cronológica, al cual más afecta la obesidad en el mal desempeño académico, es en la adolescencia y en la infancia no existe relación entre obesidad y rendimiento académico.

El nivel actual de conocimientos en el tema es escaso, reflejo de ello es la poca literatura científica que hay al respecto.

Estados Unidos y Latinoamérica, son los países que más han publicado sobre este tema, conocida es la situación de obesidad que presenta este continente. Europa está más preocupada por cómo afecta las horas de TV, desayuno, etc. en la obesidad y el rendimiento académico.

Según el diseño, la mayor parte de los estudios son transversales, por lo tanto, en este tipo de estudio no puede responder a los factores causales, es decir, los escolares son obesos porque son malos estudiantes o son malos estudiantes porque les afecta la obesidad.

El IMC, es el más utilizado en esta investigación, para diagnosticar obesidad por ser rápido, económico, accesible y el rendimiento académico, el método más utilizado son las notas, por ser económico y accesible.

- Hay multitud de lagunas, en el conocimiento de la obesidad con relación al rendimiento académico, entre ellas medir la obesidad a partir del IMC. El IMC no es un buen parámetro, como ha quedado demostrado en este estudio. El IMC debería de ser reemplazado por medidas más precisas del estado de salud o complementándolo con otros parámetros. Con respecto al rendimiento académico, medir este constructo, no es tarea fácil porque el rendimiento es una característica compleja cuya evaluación, involucra un gran número de variables observables o no, las notas igual que el rendimiento en lenguaje y matemáticas, es solo una pequeña parte.

BIBLIOGRAFIA

1. T. Durá Travé, F. Sánchez-Valverde Visus. Obesidad infantil: ¿un problema de educación

Individual, familiar o social?. Nutrición infantil. Acta Pediatr Esp. 2005; 63: 204-207.

2. Durá T, Mauleón C, Gúrpide N. Valoración del estado nutricional de una población adolescente (10-14 años) en atención primaria. Estudio evolutivo (1994-2000). Aten Primaria. 2001; 28: 590-594

3. Colomer Revu Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. N Engl J Med 1993; 329: 1008-1012.

4. Organización Mundial de la Salud. La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios.(consultado 1 enero2016). Disponible en: http//: *in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-an*

5. Portillo MP. Receptores adrenérgicos y obesidad. Nutr Obes.1998;1:183-9

6. Parsons TJ., Power C., Logan S. y Summerbell CD (1999). Chilhood predictors of adult obesity: a systemic review. International Journal of Obesity, 23(S),

7. Bermúdez, JA., Tejada MJ. Y Granero M (2004). Obesidad. En: Cañete R., Fernández JM., Martínez-Aedo MJ. Y López-Canti LF. Manual de Endocrinología Pediátrica para Atención Primaria. Grupo Andaluz de Endocrinología Pediátrica

8. Steinbeck KS (2001). The importance of physical activity in the prevention of overweight and obesity in childhood: a review and an opinion. Obesity Review.

9. Moreno Villares JM, Dalmau Serra J. Alteraciones en la nutrición fetal y efectos a largo plazo. ¿Algo más que una hipótesis? Acta Pediatr Esp. 2001;59:573-81.

10. Ferreiras PA,Vallejos NR. Desnutrición Oculta. Revista de posgrado de la VI cátedra de Medicina 2003; 124: 14-17

11. Feliz García Moriyón, La Estimulación de la inteligencia: Programa de Filosofía para Niños, Ediciones de la Torre, Madrid 2002, Pág. 96.

12. Guyatt G.Renni D. Sande M et al. Finding the evidence. Guyyat G. users Guides to the Medical literature. American Medical Association 2002:14-24

13. Juez S. , Jahns L.Association of overweight with academic performance and social and behavioral problems: an update from the early childhood longitudinal study. The journal of school health. 12-2007; 77 (10) :672-8.

14. Sampieri RH. Collado CF. Lucio PB. Metodologia de la investigación. Segunda edición. Mexico. Mograw-Hill Interamericana Editores, S.A. de CV 1998: 23-54.

15. Datar y R Sturm Childhood overweight and elementary school outcomes. Año2006.International Journal of Obesity (2006) 30, 1449-1460.

16. Mikkila, V., Lahti-Koski, M., Pietinen, P., Virtanen, SM, Rimpela, M. (2003) Associates of obesity and weight dissatisfaction among Finnish adolescents'.Public Health Nutrition: 6(1), 49–56

17. Valderrama M., Alarcon V., Theunemaria B., Perez V., Diaz A. Factores de riesgo biopsicosocial que influyen en el fracaso escolar en alumnos vulnerables de escuelas

18. Orlando M.,Ruiz P, Gladys,, PatiñoN., Martínez A.Comparación del estado nutricional y el rendimiento académico en escolares de quinto grado de primaria de escuelas urbanas y rurales en el municipio de Pamplona. Revista BISTUA. Información general. vol2. num1. Art 8. Año 2002

19. Ashlesha Datar, Roland Sturm and Jennifer L. Magnabosco. El sobrepeso y la Niñez de Rendimiento Académico: Estudio Nacional de kindergarten y de primer grado. *investigación de la Obesidad* (2004) **12**, 58-68; doi: 10.1038/oby.2004.9

20. Colquicocha Hernández J. “Relación entre el Estado Nutricional y el Rendimiento Escolar en Niños de 6–12 años” Colombia médica 2008

21. Arcelia M., Mendoza M, Pérez Tello, L.. Estado nutricional y su rendimiento escolar en adolescentes de 12 - 16 años del sur de CD Obregón, son., México Revista salud pública y nutrición Volumen 9 No. 2 Abril - Junio 2008.

22. Nicole H. Falkner, Dianne Neumark-Sztainer, Mary Story, Robert W. Jeffery Trish Beuhringand Michael D. Resnick .Año 2001.Social, Educational, and Psychological Correlates of Weight Status in AdolescentsObesity Research (2001) 9, 32–42

23. Terry Huang T.-K., Michael I. Goran y Donna Spruijt-Metz-Asociaciones de la adiposidad, con medidas y Rendimiento Académico auto-reportados en la adolescencia inicial. *Obesidad* (2006) **14**, 1839-1845; doi: 10.1038/oby.2006.212

TEMA 46. ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD

UN MODELO DE SALUD PÚBLICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA CATALINA SOTO PEDREÑO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- LA ORIENTACIÓN COMUNITARIA.
- LA ATENCIÓN COMUNITARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD.
- LA APLICACIÓN DE LA APOC E ESPAÑA.
- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los servicios de Atención Primaria, se da el primer contacto entre los potenciales pacientes y el personal sanitario y no sanitario del ámbito de la Salud. Sin embargo, las características de estos servicios así como su gama de actividades, logros y barreras para acceder a ellos, varían dependiendo del País del que se trate, teniendo en cuenta el Sistema de Servicios de Salud establecidos y el contexto Socioeconómico, Cultural y Político Imperante.

El interés y las acciones relacionados con la Atención Primaria de Salud en el Mundo, aumentaron exponencialmente a partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Alta en 1978.

LA ORIENTACIÓN COMUNITARIA

La orientación comunitaria de la Atención Primaria está basada en los principios establecidos por la Medicina Comunitaria. Dentro de sus Principales elementos, aparecen la Evaluación Activa y detallada de las necesidades de Salud de la Comunidad y la respuesta a esas necesidades considerando a la Comunidad como un conjunto indisoluble.

La Medicina Comunitaria debe responder a cuatro preguntas sustanciales que la identifican:

LA ORIENTACIÓN COMUNITARIA

__ ¿ Cuál es el Estado de Salud de la Comunidad ?.

__ ¿ Cuáles son los factores responsables del mismo ?.

__ ¿ Qué se ha Hecho por parte de la Comunidad y de los Servicios de Salud ?.

__ ¿ Qué se puede hacer y cuál sería el impacto esperado de esas acciones ?.

LA ATENCIÓN COMUNITARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD

La APOC (Conocida en Inglés como Community Oriented Primary Care) Es un modelo práctico cuyo propósito principal es racionalizar, organizar y Sistematizar los recursos Sanitarios existentes mediante intervenciones dirigidas que se encuentran reflejadas en los principios contenidos en la declaración de Alma-Alta.

El citado método nació en la década de 1940, como una extensión de la Medicina Familiar.

LA APLICACIÓN DE LA APOC EN ESPAÑA

La experiencia acumulada en España , que comenzó con los talleres de capacitación y se afianzó con la aplicación y diseminación de la APOC en el País, se ha visto favorecida por la reforma del Sistema de Salud que está basada en Políticas Nacionales y Regionales que promueven y facilitan la aplicación de una orientación Comunitaria de la Atención a Nivel Local.

Así mismo, se ha visto implementada por el desarrollo de habilidades específicas por parte del cuerpo de Médicos de Familia que identifican de forma precisa las necesidades de salud y Planificación de las intervenciones.

La motivación de los profesionales y de los equipos multidisciplinares de Salud por seguir una Orientación Comunitaria así como el liderazgo Notable desempeñado por las Asociaciones de Medicina Familiar, Culminan el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

__ García JC: La Educación Médica en América Latina. Washing D.C: OPS; 1972 (Publicación Científica 255).

__ Gofin J. Atención Primaria Orientada a la Comunidad: Aplicabilidad en la Medicina Familiar en : Dibarboure Icasuriaga H, Macedo JC, EDS. Introducción a la Medicina Familiar. Montevideo: Universidad de la República; 1998.

__ Kark SL. The Practice of Community Oriented Primary Health Care. New York: Appleton-Century-Crofts;1981.

BIBLIOGRAFÍA

__ Foz Gil G, Gofin J, Montaner Gomis I. Atención Primaria Orientada a la Comunidad en: Martín Zurro, A, Cano Pérez JF, EDS. Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica 5 Ed. Madrid. Elservier España 2003.PP.345-64.

__ Dirección General mde Salud Pública. La reforma de Salud Pública en España.
www.Gencat.Net/salut/Depsan/Units/Sanitat/Pdf/Rspcaten.Pdf

TEMA 47. EL AZÚCAR Y LA MIEL EN HERIDAS CRÓNICAS

ANA ELISABET LÓPEZ LÓPEZ

ÍNDICE

- Heridas crónicas.
- Atención integral al paciente con heridas crónicas.
- La miel y el azúcar.
    - El azúcar.
    - La miel.
- La eficacia de la miel.
- La eficacia del azúcar.
- Conclusiones.

Heridas Crónicas

Las heridas crónicas son aquellas que en un periodo superior a 6 semanas no han cicatrizado, pudiendo llegar a complicarse durante largos periodos de tiempo.

En las heridas crónicas el proceso de hemostasia, inflamación y regeneración no es el adecuado pudiendo llegar a perpetuarse en la fase inflamatoria.

Proceso de cicatrización:

1. *Fase inflamatoria :*
   - Plaquetas, colágeno organizado, fibrina y fibronectina.
   - Migración de células inflamatorias: leucocitos, neutrófilos, monocitos.
2. *Fase proliferativa:*
   - *Fibroblastos*
   - *Matriz de colágeno.*

- Fibrina y ácido hialurónico
- Queratinocitos y miofibroblastos.

3. *Fase de maduración y remodelación:*
    - Interconexión, ordenación y alineación de colágeno.

Atención integral al paciente con heridas crónicas

El tratamiento integral del paciente con heridas crónicas, sea cual sea la etiología de éstas, ha de abordar 4 grandes pasos:

1. La valoración integral del paciente: valoración nutricional, valoración del dolor…
2. Alivio o control de la causa que la producen: manejo de la presión, control glucémico…
3. Cuidados generales: soporte emocional, soporte nutricional, cuidados de la piel…
4. Cuidados locales: control de la infección, elección de la pauta de cura…

La miel y el azúcar

Debido a los posibles efectos adversos que parece que están ocasionando los antisépticos y la resistencia a los antibióticos por un uso desmesurado de estos, la miel y la pasta de azúcar, está resurgiendo en el mercado en forma de apósitos por su efecto antimicrobiano, osmótico (desbridante), disminuye el olor y la carga bacteriana. Aunque hace miles de años que este producto ya era utilizado de manera empírica por los antepasados y se le atribuye propiedades antisépticas, edulcorantes, calmantes, tonificantes, dietéticas, diuréticas y laxantes. Antiguamente, se utilizó por chinos, griegos, romanos y egipcios con intenciones curativas.

El azúcar

El azúcar crea un medio con bajo contenido de agua (alta osmolaridad), dado que el plasma y la linfa migran fuera del tejido hacia la solución e inhiben el crecimiento bacteriano por disminución en la Aw del sustrato. La linfa, por su parte, proporciona nutrientes al tejido. El azúcar atrae macrófagos, que participan en la “limpieza de la herida” ; acelera el desprendimiento de tejido desvitalizado, necrótico o gangrenoso; provee una fuente de energía local y forma una capa proteica protectora en la herida. Tiene también propiedades desodorizantes, ya que las bacterias usan glucosa en lugar de aminoácidos para su metabolismo y producen ácido láctico en vez de sustancias malolientes (amonio, aminas y compuestos azufrados).

La Miel

La miel de abejas favorece la cicatrización por la acción que ejerce sobre la división celular, la síntesis y maduración del colágeno, la contracción y epitelización de la herida y el mejoramiento del equilibrio nutricional. Posee un factor antibacteriano por su alto contenido en peróxido de hidrógeno, así como altos niveles de antioxidantes que protegen al tejido de radicales libres. Se han descrito propiedades antiinflamatorias que disminuyen el edema, el exudado y el dolor local. Asimismo, su acidez (por debajo de pH 4) beneficia la acción antibacteriana de los macrófagos, ya que un pH ácido dentro de la vacuola se relaciona con lisis bacteriana, a la vez que se reduce la formación de amonio tóxico: es así que la acidificación coadyuva a la cicatrización.

Sí que hay que tener en consideración que la miel no se exime de gérmenes patógenos, ya que estos pueden pasar a la miel a ser patógenos para la abeja y entre los que cabe destacar: Bacillus larvae, bacillus alvei,Bacillus cereus, Clostridium prerfinges o C, Asperguillus flavus, Ascosphera apis, botulinum, este es el que produce el botulismo infantil en los casos en los que se origina por consumo de miel. La miel debe de ser esterilizada por irradiación gamma en una proporción de 25 kGy, siendo inofensiva para la salud, esta esterilización por calor origina alteraciones en los azucares de la miel oscureciéndola.

La eficacia de la miel

El uso de la miel ha creado mucha expectativa para tratar y curar heridas crónicas, al ser una sustancia económica, natural y popular en todas las culturas, esto hace que continuamente se esté investigando.

El uso de la miel, no debe hacerse en su formato comercial, ya que ese producto no está libre de esporas Clostridium Botulinum y puede ocasionar botulismo. Es por esto que es conveniente utilizar apósitos con miel que tienen garantía de producto sanitario.

La eficacia del azúcar

El nivel de eficacia del uso de la sacarosa es controvertido, ya que no parece tener graves efectos secundarios y aunque este aceptada por los profesionales, los datos que apoyan su efecto en cuanto a la cicatrización y carga bacteriana, son serie de casos, sin consistencia suficiente y sin ser comparado con otros productos que si han demostrado su eficacia, como los materiales basados en la cura en ambiente húmedo.

Además los distintos formatos de presentación, azúcar granulada, en polvo, azúcar moreno no garantizan que la presentación sea estéril, ni está autorizado de que esté libre de gérmenes al no poseer sello de producto sanitario y no haber sufrido como los apósitos específicos de miel un proceso de esterilización adecuado.

Conclusiones

- La mayoría de los estudios concluyen que el uso del azúcar puede ser eficaz en la tasa de cicatrización, pero no se compara con otros productos de cura en ambiente húmeda.
- En cuanto a la comparación de la efectividad de la tasa de cicatrización, carga bacteriana y efectos secundarios, entre la miel o el azúcar hay una inclinación a que la miel es más efectiva.
- Es necesario más investigación comparando la efectividad y la eficacia del tratamiento de las heridas con el uso de la miel y del azúcar enfrentándolo a otros productos, tasa de cicatrización, gasto de material y tiemplo empleado por el personal de enfermería.
- Estos métodos de cura alternativa, son muy usados en los países en vías de desarrollo, ya que los recursos son limitados, pero su uso no se justifica en nuestro contexto sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- García-Fernández FP, López-Casanova P, Segovia-Gómez T, SoldevillaAgreda JJ, Verdú-Soriano J. Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de Heridas. Serie de documentos de posicionamiento GNEAUPP N.º 10, Grupo Nacional para el estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas crónicas. Logroño. 2012;(1):2–20.
- Rodríguez-Ramírez R, González-Tuero JH. Métodos alternativos para el tratamiento de pacientes con heridas infectadas. MEDISAN. 2011;15(4):503– 14.
- Pérez-Sánchez JA. Caso clínico: aplicación de miel para el tratamiento de úlceras basado en literatura científica. Hygía. Sevilla. 2013;83:48–55.
- San-José-Rodríguez JC, San-José-León M. La miel como antibiótico tópico en las úlceras por presión. Actualización. Med Natur. Zaragoza. 2015;9(2):33–42.

BIBLIOGRAFÍA

- Zamora-Castro S, Flamana-Franco MJ, Rivero-Costa Y. Experiencia en la cura de úlceras por presión con sacarosa. Rev. Cubana Enferm. Santiago de cuba. 2006;22(3):0–0.
- Cid-Gonzalez MC, García-Viveros JA, Martínez-Florindo J, Alcón-Jiménez C. Una buena alternativa en el tratamiento de las úlceras por presión de larga duración. Utilización de sacarosa en 6 casos. Enfermería Clínica [Internet]. 2003;13(3):177–9. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862103738029
- Armans E, Rovira G, Serra N. Guía práctica sobre el uso de apósitos con miel. Thrombotargets Dev [Internet]. 2014; Available from: http://thrombotargetsdevelopment.com/wp-content/uploads/2014/03/guiapractica-uso-apositos-miel-Final.pdf

TEMA 48. BALÓN DE BAKRI

BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN
MARTA ESPINOSA ATANCE
RAQUEL GAITANO ESCRIBANO

ÍNDICE

1. Introducción
2. Hemorragia postparto
3. Cómo es el balón de bakri
4. Resultados del balón
5. Conclusiones
6. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

- La hemorragia posparto ocurre en aproximadamente 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea. La Organización Mundial de la Salud estimó en 20 millones el número anual de las complicaciones maternas por Hemorragia Postparto Prematura. (1)

2. HEMORRAGIA POSTPARTO

- La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. (2)

- A su vez, es necesario distinguir entre hemorragia postparto precoz y tardía. La hemorragia postparto precoz es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto. La tardía es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo.

2. HEMORRAGIA POSTPARTO

- La hemorragia postparto precoz (HPP) es generalmente la más grave. Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación. Siendo la más frecuente la atonía. Una buena regla nemotécnica para recordarlas son las 4 “T”: Tono (atonía uterina), Tejido (retención de productos de la concepción), Trauma (lesiones del canal genital), Trombina (alteraciones de la coagulación). (3)

- El diagnóstico es clínico y el tratamiento ha de abarcar unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico. (3)

2. HEMORRAGIA POSTPARTO

Según la clínica podemos determinar el volumen de sangre perdido y el porcentaje que la pérdida representa para el paciente: (4)

SEVERIDAD	HALLAZGO	% DE SANGRE
Mínima	Ninguno	15-20
Leve	Taquicardia(>100) Vasoconstricción periférica	20-25
Moderada	Taquicardia (100-120) Hipotensión Debilidad Oliguria	25-35
Severa	Taquicardia (>120) Hipotensión (< 60) Alteración de conciencia Anuria	>35

3. Cómo es el balón de bakri

- En los últimos años se ha reportado el uso de tamponamiento intrauterino con un balón especialmente diseñado para ello, creado por Bakri específicamente para la hemorragia de causa uterina. Dicho balón, produce un efecto hidrostático sobre los vasos que al ocluirlos favorece su efecto de hemostasia, además de activar los mecanismos hemostáticos y favorecer la formación de un coágulo estable. Su aplicación en otras afecciones, como el acretismo placentario, disminuye su efecto. (5)

- Este dispositivo, hecho de silicona, está constituido por una sonda tubular de 24 Fr. de diámetro y 58 cm de largo; en un extremo presenta un balón con capacidad de hasta 800 ml y la sonda de drenaje fenestrada; en el otro cabo presenta el orificio de drenaje que se conecta a un colector urinario estándar para la salida de los loquios y una llave de tres pasos para el llenado del balón. (2)

3. Cómo es el balón de bakri

- El protocolo de uso sugerido en los reportes, propone la instalación del balón como terapia inmediatamente antecesora a la decisión de histerectomía. Llenado con 500 a 800 cc de suero fisiológico y la asociación de retractores uterinos, más la observación estricta de los parámetros hemodinámicos y de la cantidad de flujo a través de la sonda fenestrada del balón puede colocar por vía anterógrada desde la vagina o por vía retrógrada a través de una histerotomía. Asimismo, se sugiere el uso de un taponamiento vaginal con compresas para evitar la salida del balón si el cuello está dilatado. (2)

3. Cómo es el balón de bakri

- Un tema a discusión con su aplicación es la cantidad de solución necesaria para el llenado del balón.24 En nuestro medio, Ortega-Vadillo correlacionó el volumen a infundir con la edad gestacional y el peso del recién nacido (5) (6)

- Puede suponer por sí solo una medida eficaz en el control de la HPP, evitando recurrir a técnicas quirúrgicas. En cualquier caso, deben retirarse tras 24 horas. (3)

4. Resultados del balón

- En cuanto a los resultados que se obtienen con el uso del balón, hay diferentes datos según los estudios que se analicen. Pero cuenta con una tasa de eficacia alta que varía según el estudio que se mire entre el 80 y el 99% los casos en los que se considera exitosa la colocación del balón de Bakri.

- La variación depende de la causa que origine el sangrado, que puede ser múltiple. Predomina la hipotonía uterina como primera causa y el trabajo de parto prolongado como segunda; causas que parecen tener mejor respuesta con los balones intrauterinos. En ambos casos, la fisiopatología puede deberse a dificultad de la fibra muscular para ocluir los vasos uterinos en el puerperio inmediato. (5)

5. Conclusiones

- La aplicación del balón de Bakri tuvo una respuesta favorable para controlar la hemorragia obstétrica, con disminución importante de la cantidad del sangrado postparto, evitando realizar procedimientos quirúrgicos más invasivos como la histerectomía. Recurso que se tiene a disposición en el manejo de pacientes de este tipo en las que la fertilidad futura es importante. Está indicado usualmente en aquellas pacientes que no responden adecuadamente al manejo farmacológico con uterotónicos y en quienes se quiere llevar a cabo un manejo conservador no quirúrgico, principalmente en casos de hemorragia posparto no traumática y en los que se han descartado restos placentarios intrauterinos.

6. BIBLIOGRAFÍA

(1) Cabrera, S. Hemorragia Posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2010;56(1):24-32. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428195005

(2) Morales L Antonio, Insunza F Alvaro, Latorre R Rodrigo. Manejo exitoso de la hemorragia postparto por acretismo placentario mediante tamponamiento con balón de bakri. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2006 [citado 2018 Ago 27] ; 71(2): 121-124. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000200008&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000200008.

6. BIBLIOGRAFÍA

(3) Karlsson H., Pérez Sanz C.. Hemorragia postparto. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2009 [citado 2018 Ago 27] ; 32(Suppl 1): 159-167. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es.

(4) Cabrera, S. Hemorragia Posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2010;56(1):24-32. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428195005

6. BIBLIOGRAFÍA

(5) De la Luna y Olsen E, Carranza-Sánchez B, Nava-López L, Andrade-del Toro AR, Arellano-Cabrera S, Rodríguez-Ávalos J, et al. Experiencia con el balón de Bakri en hemorragia obstétrica. Ginecol Obstet Mex. 2017; 85 (11): 719-726.

(6) Ortega-Castillo VMJ, Espino SS, Herrerías-Canedo T. Obstetric hemorrhage control Bakri balloon. Ginecol Obstet Mex. 2013; 81 (08): 435-439.

TEMA 49. CÁNCER COLORRECTAL

ÁNGELES GALINDO INIESTA
MARÍA DOLORES CABAÑERO GARCÍA

ÍNDICE

- Introducción
- ¿Qué es el cáncer colorrectal?
- Tipos de cáncer
- Causas
- Síntomas
- Prevención
- Bibliografía

Introducción

El cáncer colorrectal, también llamado cáncer de colon, incluye cualquier tipo de neoplasia de colon, recto y apéndice.

Vamos a tratar sobre que es un cáncer de colon, los tipos que nos podemos encontrar, las causas que lo pueden producir, los síntomas y como prevenirlos.

¿Qué es el cáncer colorrectal?

Es una enfermedad que se origina en la pared del intestino a partir de un pólipo intestinal, que, con el paso del tiempo, puede aumentar de forma desordenado, evolucionando por diferentes causas, hasta convertirse en un tumor maligno y extenderse en otras partes del cuerpo en estadios avanzados.

Este proceso puede tardar hasta 10 años en producirse. Normalmente, las células malignas se localizan en la porción intermedia y más larga del intestino grueso.

Estas porciones del intestino grueso es el lugar donde se almacenan las heces, antes de ser expulsadas al exterior a través del ano.

Al encargarse de esta labor acumula sustancias de desecho, por lo que es propicio de aparición de un cáncer.

Por eso es tan importante el reducir el tiempo de acumulación al mínimo adoptando una dieta equilibrada que facilite el transito intestinal para evitar el estreñimiento.

En la mayoría de los casos el diagnóstico del cáncer localizado es por colonoscopia.

El tratamiento es por lo general, quirúrgico, en muchos casos es seguido por quimioterapia.

Este tipo de cáncer es uno de los mas comunes a nivel mundial y también de los mas fáciles de diagnosticar. Además, las tasas de curación son elevadas si se detecta precozmente. En España el cáncer de colon es el tercero mas frecuente en los hombres después del pulmón y próstata y el segundo en las mujeres por detrás del de mama.

Tipos de cáncer

El cáncer de colon puede desarrollarse de 3 formas diferentes:

Crecimiento local

- Invade profundamente todas las capas del tubo digestivo.
- El tumor maligno crece desde la mucosa, se extiende por la serosa y llega a las capas musculares.
- En el momento que el tumor traspasa la pared del intestino puede diseminarse a todos los órganos.

Diseminación linfática

- Cuando el tumor va profundizando en la pared del intestino puede llegar a los órganos utilizando la red de vasos linfáticos que permiten el acceso a múltiples regiones ganglionares.

Diseminación hematógena

- El tumor se sirve del torrente sanguíneo para diseminar las células cancerígenas al hígado, los pulmones, los huesos y el cerebro, principalmente.

Causas

Las principales causas que provocan esta enfermedad son:

- **Edad :** La mayoría se localizan en personas entre 65 y 75 años, aunque también puede manifestarse entre los 35 y 40 años.
- **Dieta:** Parece estar asociado a dietas ricas en grasas y pobres en fibra.
- **Herencia:** Desempeña un importante papel la genética.

- **Historial médico:** Tienen una mayor predisposición: Personas que tienen o han tenido pólipos de crecimiento benigno en el colon o el recto, colitis ulcerosa, enfermedad inflamatorias intestinales, cáncer de mama, útero u ovarios.
- **Parientes de primero o segundo grado** que también han tenido cáncer de colon.
- **Estilo de vida:** Existen factores que dependen del estilo de vida que predisponen a la parición del cáncer de colon, como por ejemplo: Obesidad, sedentarismo y el tabaquismo.

Síntomas

El cáncer de colon tiene una larga evolución, los síntomas pueden variar dependiendo de la localización del tumor en el intestino grueso.

Las molestias mas frecuentes aparecen en la fase avanzada de la enfermedad.

Los síntomas mas frecuentes son:

Cambio en el intestino

- Pueden tener diarrea y en algunos casos estreñimiento.
- Personas que previamente a la enfermedad tenían un ritmo intestinal normal
- Lo mas frecuente es que el paciente sufra periodos de estreñimiento combinados con periodos que padece diarrea.

Sangre en heces

- Es el síntoma mas frecuente en este tumor maligno.
- El color de la sangre puede ser:

Roja: Se da en personas que presentan tumores de la parte mas distal del colon y el recto.

Negra: Este color aparece porque la sangre está digerida y procede de tramos mas próximos al colon dando lugar a heces negras que se conocen con el nombre de melenas.

Dolor o molestias abdominales

- Suelen ser muy comunes.
- El tumor obstruye en parte el tubo intestinal y se produce un dolor y una situación parecida a los cólicos.
- Si existe obstrucción intestinal, es necesario que el paciente reciba atención medica quirúrgica urgente.

Pérdida de peso

- Sin causa aparente pérdida de peso, de apetito y cansancio constante.

Prevención

La investigación en cáncer de colon a demostrado que en algunos tipos, los tumores se originan a partir de pólipos.

La detención precoz y extracción de estos pólipos pueden ayudar a prevenir la aparición de la enfermedad.

Esta demostrado que el ejercicio físico, la ingesta de verduras y frutas, así como la disminución del consumo de grasas de origen animal, protege de padecerlo.

La predisposición genética que tenga cada persona es otra causa de aparición de cáncer de colon, debido a la alteración de determinados genes.

El cáncer de colon es un problema muy importante en nuestro medio por su incidencia como por su mortalidad.

Existe evidencia de que su tratamiento en estadios mas precoces mejora notablemente la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.

Por este motivo algunas comunidades autónomas como, Castilla La Mancha, a puesto en marcha un programa de Detención precoz de cáncer colorrectal, destinado a detectar la enfermedad en una fase sin síntomas, lo que permitirá un tratamiento mas efectivo y mas sencillo de aplicar.

Los adenomas y cánceres de colon y recto a veces producen sangrado que no es apreciable a simple vista.

Con la recogida de una pequeña muestra de heces se puede proceder a su análisis para detectar sangre oculta.

En el centro de salud facilitan un folleto informativo que acompaña el kit de la prueba donde vienen los pasos a seguir para recoger la muestra.

Una vez recogida la muestra en su domicilio, deberá entregarla en su centro de salud.

En un plazo de 10 días recibirá los resultados en el centro de salud.

Bibliografía

- Asociación Española Contra el Cáncer Colorrectal.
- Programa de Detención Precoz de cáncer Colorrectal de Castilla La Mancha.
- Medline Plus.

TEMA 50. CÁNCER DE MAMA

MARÍA DOLORES CABAÑERO GARCÍA
ÁNGELES GALINDO INIESTA

ÍNDICE

- ¿Qué es el cáncer de mama?
- ¿Dónde se origina?
- Tipos de tumores
- Lugares donde se encuentra
- Factores para desarrollar cáncer
- Signos y síntomas
- Pruebas para saber si se parece cáncer
- Como se propaga
- Tratamiento
- Efectos secundarios del tratamiento
- Bibliografía

¿QUÉ ES EL CÁNCER DE MAMA?

El cáncer de mama es el crecimiento descontrolado de las células mamarias. Se origina cuando las células de la mama comienzan a crecer de forma descontrolada. Estas células normalmente forman un tumor que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una protuberancia (masa o bulto). El tumor es maligno (cáncer) si las células pueden crecer invadiendo los tejidos circundantes o propagándose (metástasis) a áreas distantes del cuerpo. El cáncer de mama ocurre casi siempre en las mujeres, pero los hombres también lo pueden padecer.

¿DÓNDE SE ORIGINA?

El cáncer de mama puede originarse en diferentes partes de la mama. Aparece cuando las células del epitelio glandular se reproducen de forma incontrolada y muy rápidamente. Estas células cancerosas pueden viajar a través de la sangre y los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo, donde pueden adherirse a los órganos y formar la metástasis.

TIPOS DE TUMORES

Los tumores pueden ser benignos o malignos:

Tumores benignos. No son cáncer. Sus células no invaden otras partes del cuerpo; generalmente se pueden sacar y no suelen volver a aparecer.

Tumores malignos. Sí que son cáncer. Las células de estos tumores pueden invadir tejidos cercanos o bien diseminarse por otras partes del cuerpo. Esta diseminación desde una parte del cuerpo a otra se denomina metástasis.

LUGARES DONDE SE ENCUENTRA

- **In situ.** Se llama así cuando se encuentra localizado donde se inició, en el conducto o en el lóbulo.
- **Infiltrando.** Cuando el conducto o el lóbulo rompen e infiltran el tejido de la mama.
- **Con diseminación linfática.** Las células cancerosas son transportadas a los ganglios a través de la linfa. El grupo ganglionar que más a menudo queda afectado es el de la axila.
- **Con diseminación a través de la sangre.** La sangre transporta las células cancerosas a otros órganos; los más frecuentes son los huesos, el hígado, el pulmón y el cerebro.

FACTORES PARA DESARROLLAR CÁNCER

- **Edad.** El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta a medida que la mujer envejece y, en la mayoría de los casos, la enfermedad se desarrolla en mujeres de más de 50 años.
- **Antecedentes personales de cáncer de mama.** Una mujer que ha tenido cáncer en una mama presenta un riesgo más elevado de presentar un nuevo cáncer en cualquiera de las mamas.
- **Antecedentes familiares de cáncer de mama**,(parientes de primer grado, como madres, hermanas e hijos, a quienes se les haya diagnosticado cáncer de mama o de ovarios, en especial antes de los 50 años).

- Exposición a estrógeno y progesterona.
- Terapia de reemplazo hormonal después de la menopausia
- Anticonceptivos orales o pastillas anticonceptivas.
- Raza y origen étnico.
- Hiperplasia atípica de la mama
- Factores del estilo de vida
- Radiación.
- Densidad de la mama.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Un bulto que se palpa como un nudo firme o un engrosamiento de la mama o debajo del brazo. Secreción del pezón que se produce de forma repentina, contiene sangre o se produce solo en una mama.
- Cambios físicos, como pezón invertido hacia dentro o una llaga en la zona del pezón.
- Irritación de la piel o cambios en esta, como rugosidades, hoyuelos, pliegues nuevos.
- Mamas tibias, enrojecidas e hinchadas, con o sin erupción cutánea con rugosidad que se asemeja a la piel de una naranja, llamada “piel de naranja”.

- Aparición de un nódulo en la mama que previamente no estaba.
- Aparición de un nódulo en la axila.
- Cambio de medida de alguna de las mamas.
- Irregularidades en el contorno de la mama.
- Cambios en el pezón: retracción, secreción de fluido.
- Menos movilidad en una de las mamas cuando se levantan los brazos a la vez.
- Dolor en la mama; particularmente, dolor en la mama que no desaparece

PRUEBAS PARA SABER SI SE PADECE CÁNCER

- Exploración física.
- Mamografía de diagnóstico.
- Ecografía.
- Resonancia magnética
- Punción-aspiración con aguja fina
- La biopsia.
- Tomografía axial computada
- Gammagrafía ósea.
- Determinaciones de receptores hormonales.
- Análisis de sangre

¿CÓMO SE PROPAGA?

El cáncer de mama se puede propagar cuando las células cancerosas alcanzan la sangre o el sistema linfático y llegan a otras partes del cuerpo.

El sistema linfático es una red de vasos linfáticos (o linfático) encontrado en todo el cuerpo que conecta los ganglios linfáticos (pequeñas agrupaciones en forma de un fríjol de células del sistema inmunitario). El líquido transparente dentro de los vasos linfáticos, llamado linfa, contiene productos derivados de los tejidos y materia de desecho, así como células del sistema inmunitario

TRATAMIENTO

Cirugía

Se utiliza con la intención de extirpar el tumor y analizar los ganglios de la axila. Existen dos opciones de cirugía:

- Conservadora: El especialista retirará el tumor y una pequeña cantidad del tejido sano que hay alrededor.
- Mastectomía: El especialista extirpará toda la mama.

Biopsia del ganglio centinela

- El ganglio centinela es el primer ganglio linfático donde es posible que el tumor se disemine.

Radioterapia

- Se utiliza para impedir que las células tumorales crezcan y/o destruirlas. Se puede utilizar como:
- Terapia adyuvante
- Terapia paliativa

EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO

- Pérdida ósea
- Náuseas y vómitos
- Pérdida de cabello
- Irritaciones en la boca
- Anemia
- Neutropenia
- Linfedema
- Riesgo de infección
- Dolor

BIBLIOGRAFÍA

- Bibliografía Cáncer.net
- American Cáncer Society
- Cáncer Care

TEMA 51. El MÉTODO MADRE CANGURO Y SUS BENEFICIOS EN NEONATOS PREMATUROS. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

ANA CRISTINA GARCÍA MARTÍNEZ

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

El recién nacido es prematuro cuando el nacimiento se produce antes de completarse la semana 37 de gestación. La transición del prematuro desde la vida intrauterina a la vida extrauterina puede estar marcada por múltiples problemas que ponen en riesgo su vida.

El método Canguro es una técnica de contacto piel a piel que nació en Colombia para dar respuesta a la necesidad de mantenimiento de la temperatura como alternativa al uso de incubadoras. Actualmente, tiene una difusión mundial, cuenta con fundamento científico y está avalado por la Organización Mundial de la Salud.

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) ha aprobado una declaración conjunta para fomentar el método de cuidado madre canguro para niños prematuros y de bajo peso.

Recomendado por la OMS y revisado positivamente por expertos, este tipo de cuidado aboga por recurrir a un máximo de contacto piel con piel entre la madre y el niño.

OBJETIVOS

➢**Objetivo general:**

El objetivo de la revisión es analizar las evidencias científicas para dar a conocer el Método Madre Canguro, los objetivos y los beneficios que aporta a los neonatos prematuros.

➢**Objetivos específicos:**

• Definir el concepto de Mamá Canguro, sus orígenes y causas.
• Aspectos positivos y negativos.
• Beneficios.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión sistemática siguiendo un protocolo estandarizado. Se inicia a través del buscador google académico y después, otras bases de datos como Scielo, Pubmed, Medline, dialnet y The Cochrane durante el periodo comprendido entre 2010 y 2015.

Durante la búsqueda se usaron las siguientes los descriptores (DeCS): "método madre canguro", "mamá canguro", "recién nacido", "neonato".

En los criterios de selección sólo se incluyeron ensayos clínicos y estudios adecuados al objetivo de la búsqueda, es decir, que evaluaran los beneficios del método canguro en neonatos prematuros.

RESULTADOS

El Método Madre Canguro empezó por el déficit de unidades neonatales y la insuficiencia de incubadoras en Colombia, se inició en el Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá en 1978 por el Doctor Edgar Rey Sanabri.

Consiste en la atención a bebés prematuros o que nacen de bajo peso manteniéndoles en un contacto piel a piel con su madre. Es un método sencillo y eficaz, proporcionando bienestar tanto a los bebés como a las madres; se puede iniciar en el hospital y continuar en el hogar.

Los **principales objetivos** del Método Madre Canguro son:

- Fortalecer de forma precoz el vínculo madre-hijo.
- Promover y estimular la lactancia materna.
- Favorecer una regulación térmica adecuada.
- Influenciar en la familia sobre el uso de la posición vertical para evitar el reflujo gástrico.
- Disminuir el riesgo de infección hospitalaria.
- Humanizar el cuidado hospitalario.
- Agilizar la adaptación metabólica de los prematuros.
- Aumentar la supervivencia en países en vías de desarrollo.
- Reducir la estancia hospitalaria.

Los estudios disponibles del MMC revelan **importantes beneficios** el mantener a la madre e hijo en contacto de piel con piel. Ha demostrado reducir la mortalidad de los neonatos, los riesgos de padecer infecciones nosocomiales , sepsis, hipotermia y la duración de las hospitalizaciones.

El resultado de las evidencias analizadas coinciden que el cuidado madre canguro **beneficia en** la regulación de la temperatura, el ritmo cardiaco y la respiración, les relaja y facilita el sueño, ayuda en la liberación de estrés, favorece su desarrollo físico y neurológico.

CONCLUSIÓN

La utilización del MMC permite traspasar gradualmente el cuidado físico y emocional del niño desde el personal sanitario hacia la familia del niño, especialmente a la madre que va a repercutir eficazmente en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo neurológico.

Los estudios han demostrado que es un tratamiento efectivo para los recién nacidos, tanto para los prematuros de bajo peso al nacer como una opción viable, al ser de bajo costo y accesible para toda la población.

El papel de la enfermería es fundamental para la utilización del método en las unidades neonatales, ofreciendo seguridad y tranquilidad a los padres a la hora de realizarlo, todo ello, gracias al apoyo y a la información ofrecida sobre la técnica y los beneficios que conlleva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud OMS. Método madre canguro; 2004.
2. Programa madre canguro. Guía de implementación del programa canguro; 2013.
3. Martínez Martínez T, Damián Fernán N. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. Enfermería universitaria, N.2014; 11(2): 61-66.
4. Arivabene JC, Rubio Tyrrell MA. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. Abril 2010 [Citado el 25 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_18.pdf

5. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Index Enferm [revista en Internet]. Chile, Santiago. 2012 Dic [Citado el 2 de febrero del 2015]. 21(4): 209-213. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pi=S1132- 12962012000300007&lng=es
6. Nieto Álvarez M, Cid Expósito G. El método madre canguro: cuidados basados en la evidencia. Metas de Enfermería. Madrid. Mayo 2013 [Citado el 20 de abril del 2015].

TEMA 52. VIH-VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

ENCARNACIÓN MARTÍNEZ PÉREZ
ESTHER LUCIA AVILÉS LÓPEZ
ESTHER MATEO CARRASCO
FRANCISCA FERNÁNDEZ ROMERA

ÍNDICE

- introducción
- Formas de transmisión
- Signos y síntomas de la enfermedad
- Etapa final de la enfermedad- SIDA
- Bibliografía

Introducción

El VIH pertenece a las ets (enfermedades de la trasmisión sexual), quizás sea unas de las ets que se puede considerar de mayor riesgo vital para el individuo que resulta infectado.

Este tipo de virus afecta al sistema inmunitario de la persona afectada, destruyendo los glóbulos blancos, que son las células encargadas de combatir las enfermedades.

En especial el virus toma como células diana los linfocitos T que son las cedulas responsables del desarrollo de las respuestas inmunes.

El virus se va replicando a lo largo del tiempo pueden transcurrir un promedio de (8-10) años hasta que aparece los síntomas, en ese momento la carga del paciente es muy elevada apareciendo el sida .

La formas de transmisión del VIH son

-Durante las relaciones sexuales con penetración anal, oral, vagina, sin preservativo.
-La penetración anal es la practica de mayor riesgo.
-Mediante transfusiones sanguíneas.
-Mediante intercambio de jeringuillas.
-Transmisión vertical (madre- hijo).

Signos y síntomas de la enfermedad

Los síntomas en la etapa iniciar de la enfermedad son prácticamente indetectables, en esta etapa se puede padecer:
-fiebre moderada
-dolor de cabeza
-garganta inflamada
-diarrea.
Síntomas, que se pueden confundir con un estado gripal, desapareciendo en un par de semanas, pueden transcurrir entre 8-10 años, periodo durante el cual el virus se replica por todo el organismo, dejando el sistema inmunológico muy deteriorado siendo presa de las infecciones oportunistas desarrollándose el sida.

Etapa final de la enfermedad- SIDA

En esta etapa la enfermedad esta muy avanzada apareciendo los síntomas de:

-Fiebre alta persistente.

-Dolor en todo el cuerpo.

-Dolor de cabeza.

-Cansancio extremo.

-Manchas rojizas en la piel.

El tratamiento se realiza con antivirales de financiación gratuita en varios casos, es de vital importancia que el tratamiento se inicie lo antes posible de manera correcta, evitando al máximo que el virus se replique de manera invasiva, utilizar preservativo en todas las relaciones ya que existe distintos tipo de virus del sida pudiendo ser infectado nuevamente.

El mejor tratamiento para el VIH- SIDA es la prevención:

-No tener relaciones sexuales de riesgo sin preservativo.

-No compartir jeringuillas.

BIBLIOGRAFÍA

•Organización mundial de la salud (2013), directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antiretroviricos para el tratamiento y la prevención n del VIH, OMS: VIH-SIDA

•-VIH y la patología del sida, México: Americam societi for microbiology press.

•-Manual de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual manual 2005.

TEMA 53. ATENCIÓN INTEGRAL AL DOLOR EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

ADRIANA FERNÁNDEZ LÓPEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- JUSTIFICACIÓN
- OBJETIVOS
- MARCO TEÓRICO
- METODOLOGÍA
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Una herida crónica se define como una herida que requiere para su cicatrización de períodos muy prolongados de tiempo, ya que cicatriza por segunda intención, en un complejo proceso que elimina y reemplaza el tejido dañado. Se considera que una herida se cronifica cuando no ha culminado el proceso de cierre de la misma en un período de 6 semanas[1].

Las heridas crónicas se diferencian de las heridas agudas, quirúrgicas, traumáticas, porque estas últimas cicatrizan por primera intención, mediante la superposición de planos, en un período comprendido entre los 7 y los 14 días. Algunas heridas agudas pueden cronificarse, es el caso de complicaciones como la dehiscencia de suturas, heridas que fistulizan o bien heridas con evolución tórpida[1].

Dentro de las heridas crónicas podemos distinguir:

- Las **Úlceras por Presión (UPP)**: Que son lesiones de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, producidas por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, cizallamiento y fricción, siendo determinante la relación presión-tiempo[1].
- Las **Úlceras de Extremidad Inferior**: Se definen como una pérdida de la integridad cutánea en la región comprendida entre la pierna y el pie, siendo su etiología diversa (una circulación sanguínea alterada en venas y arterias de las extremidades inferiores) y con una duración superior o igual a 6 semanas[1]. Los tres principales tipos de úlceras de la extremidad inferior son:
  - **Úlceras Arteriales**.
  - **Úlceras Venosas**.
  - **Úlceras del Pie Diabético**.

- Las **Úlceras Neoplásica**s: Son lesiones cutáneas que aumentan progresivamente de tamaño dando lugar a una úlcera abierta que no cicatriza y destruye el tejido circundante[2].

Las heridas crónicas, entre las que tiene una entidad muy importante las Úlceras Por Presión (UPP), son un importante problema a nivel sanitario. Tanto económicamente, por el enorme gasto que suponen al sistema sanitario, el aumento de tiempos asistenciales para los profesionales de enfermería, los importantes recursos materiales necesarios para su tratamiento. Como a nivel psicosocial para la persona que sufre este tipo de lesiones, debido a las graves consecuencias que se producen en la calidad de vida de quienes las padecen y de quienes les rodean.

En España el coste anual de tratamiento se ha estimado en torno a los 435 millones de euros correspondiendo el 18,9% a Atención Primarias, el 28% a Atención Hospitalaria y el 53,1% a la Atención Sociosanitaria[3].

Desde el año 1994, en nuestro país, contamos con el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas crónicas (en adelante ***GNEAUPP***), que proporciona asesoramiento y directrices sobre prevención, tratamiento, epidemiología, etc[1].

Tanto en la atención primaria como en la atención especializada existen múltiples protocolos para la prevención y el tratamiento de las heridas crónicas. Múltiples avances en los apósitos disponibles para el tratamiento. Así como nuevas técnicas, como los dispositivos de presión negativa que favorecen la cicatrización, ofreciendo una tecnología no invasiva.

Desde el punto de vista de la enfermería, todos estos avances son importantes. Pero también resulta de vital importancia, un aspecto del tratamiento que en ocasiones es olvidado como es el **tratamiento del dolor**.

Los pacientes con heridas crónicas, a menudo precisan de múltiples curas que pueden dilatarse en el tiempo. Dichas curas precisan de la retirada de los apósitos, la limpieza de la herida, y en ocasiones pueden precisar desbridamiento. Lo cual consecuentemente produce dolor.

El paciente con heridas crónicas a menudo siente dolor, lo que deteriora su calidad de vida; y la cicatrización de las heridas se retrasa. Considerar la cicatrización total como el resultado de un tratamiento exitoso ha ido en detrimento de otros aspectos como el dolor y la calidad de vida de los pacientes.

El **dolor** es una experiencia somato-psíquica (sensitiva y emocional) subjetiva desagradable diferente para cada persona como respuesta a diversos estímulos de origen exógeno, endógeno o mixto. Es lo que la persona que lo sufre dice experimentar y existe siempre que él o ella así lo refiera (Mc Caffery, 1972). Es una experiencia capaz de desplazar todos los demás aspectos de la vida humana[4].

La experiencia de dolor de cada paciente es única y, por lo tanto, los tratamientos han de ser siempre contemplados de forma integral e individualizada.

El manejo del dolor es algo complejo y difícil de eliminar. El dolor crónico afecta en España al 20% de la población. Una de cada 5 personas sufre dolor constante y constituye el 64% de las urgencias hospitalarias[4].

Desde la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO), Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) en inglés; elaboran Guías de Buenas Prácticas en Enfermería, realizando un esfuerzo para acercar la evidencia a la práctica clínica, permitiendo su acceso gratuito para que los profesionales de enfermería puedan incorporarlas a su práctica diaria[5]. Para este caso podrían resultar de gran utilidad las siguientes guías:

- "Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión".
- "La disminución de las complicaciones del pie en las personas diabéticas".

- “Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales”.
- “Valoración y manejo de las úlceras venosas en las piernas”.
- “Valoración y manejo de úlceras del pie diabético”.
- “Valoración y manejo del dolor”.

Teniendo en cuenta los niveles de evidencia (**Cuadro 1**), y basándonos en las guías de buenas prácticas en enfermería:

- Valorar el dolor asociado a las úlceras por presión o su tratamiento en los pacientes. Con un **nivel de evidencia IV**.
- Valorar la localización, la frecuencia y la intensidad del dolor para determinar la presencia de una enfermedad subyacente, la exposición de las terminaciones nerviosas, la eficacia de los cuidados de las lesiones locales y las necesidades psicológicas. Con un **nivel de evidencia IIb**.

- Prevenir o manejar el dolor asociado con el desbridamiento. Consultar a un miembro del equipo sanitario que sea experto en el manejo del dolor. Con un **nivel de evidencia IV**.
- Programa personalizado de los cuidados de la piel, la calidad de vida y el manejo del dolor. Con un **nivel de evidencia IV**.

NIVEL	FUENTE DE EVIDENCIA
I a	Evidencia obtenida del metaanálisis o de la revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios y/o la síntesis de diversos estudios procedentes principalmente de la investigación cuantitativa.
I b	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorio.
II a	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorio.
II b	Evidencia obtenida de al menos una muestra de otro tipo de estudio bien diseñado, cuasi- experimental, no aleatorio.
III	Síntesis de múltiples estudios procedentes principalmente de la investigación cualitativa.
IV	Evidencia obtenida de estudios observacionales no experimentales bien diseñados, como estudios analíticos o estudios descriptivos y/o estudios cualitativos.
V	Evidencia obtenida de la opinión o los informes elaborados por un comité de expertos y/o de la experiencia clínica de autoridades en la materia.

Cuadro 1: Adaptado de la Red SIGN, Red Escocesa Intercolegiada sobre Guías de Práctica Clínica (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2011) y Pati (2011).

JUSTIFICACIÓN

Desde la perspectiva de la seguridad clínica, los sistemas de salud van aumentando el grado de importancia otorgado al problema de las UPP como efecto adverso de la atención sanitaria y asumiendo algo que el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (***GNEAUPP***) venía reclamando desde su creación en 1994, "*que las UPP, lejos de ser un proceso banal, inevitable o silente, son un problema de salud de primer orden a nivel mundial*". Son grandes las repercusiones de las UPP sobre los pacientes en términos de deterioro de salud, calidad de vida y sobre los sistemas de salud, en términos económicos[6].

La enfermedad y el dolor han estado unidos con la vida, durante la historia de la humanidad. A lo largo de 20 siglos, los profesionales sanitarios se han enfrentado al dolor con grandes dosis de literatura y superstición, y sólo a partir de la década de 1960, se ha evolucionado del empirismo y la ineficacia, al refinamiento terapéutico que se obtiene del conocimiento de la fisiopatología[7].

El cuidado local, así como el control del dolor de la herida, se convierten en objetivos principales del Plan de Cuidados para Enfermería[8].

Los aspectos que los profesionales de enfermería trabajamos en relación al dolor son:

- Valoración del dolor.
- Seguimiento de la evolución del dolor.

- Evaluación de la efectividad de las intervenciones terapéuticas, tanto farmacológicas como no farmacológicas.

El dolor se debe valorar rutinaria y regularmente utilizando la misma herramienta validada cada vez (McCaffery&Pasero, 1999). Las herramientas de valoración deben ajustarse a la capacidad cognitiva del paciente y ser fáciles de usar. Aunque existen diversas herramientas validadas, algunas de las cuales están adaptadas para determinados tipos de pacientes, no existe ninguna herramienta validada de valoración del dolor dedicada a pacientes con dolor por úlceras por presión.

La Agencia de Política e Investigación Sanitaria (en inglés, Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR, 1994) recomienda que el manejo del dolor por úlceras por presión incluya la eliminación o el control de la fuente de dolor (es decir, cubrir las heridas, ajustar las superficies de apoyo y cambios posturales), además de administrar analgésicos para tratar el dolor asociado al procedimiento y a las heridas. Los estudios de casos y estudios pilotos indican que los analgésicos tópicos pueden resultar útiles para tratar el dolor por úlceras por presión (Ashfield, 2005; Flock, 2003; Zepetella, Paul, & Ribeiro, 2003). No obstante, el manejo eficaz del dolor en general es una labor compleja e interdisciplinar que requiere un plan de tratamiento multifacético.

La valoración y el diagnóstico del tipo de dolor, la severidad y el efecto que tiene sobre la persona son necesarios para poder planificar una intervención o tratamiento adecuados; además forman parte integral de la valoración clínica general[9].

Por lo expuesto anteriormente, me resultaba interesante realizar una revisión e investigación sobre la importancia de la atención integral al dolor en el tratamiento de heridas crónicas para enfermería.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

- Establecer la importancia de un protocolo de actuación para el tratamiento del dolor en pacientes con heridas crónicas.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Valorar la adecuación de las escalas de medición del dolor existentes, para su utilización en pacientes con heridas crónicas.
- Conocer los tratamientos administrados actualmente para el tratamiento del dolor en pacientes con heridas crónicas.

- Valorar la utilidad de la aplicación de las Guías de Buenas Prácticas de Enfermería de la RNAO, en la práctica clínica para pacientes con heridas crónicas.
- Conocer si se incluye el tratamiento del dolor dentro de las diferentes guías de prevención de heridas crónicas, que se consultan habitualmente en la práctica clínica.

MARCO TEÓRICO

1. Atención integral al dolor:

A. Características del dolor:

Al valorar el dolor tenemos que tener en cuenta ciertas características[10]:

- **Localización:** punto/s del dolor.
- **Tipo:** punzante, calambre…
- **Duración:** el tiempo desde su aparición, desde cuando.
- **Frecuencia:** es el número de veces que ha ocurrido el dolor de similares características.
- **Intensidad:** generalmente cuando es el primer dolor suele ser intenso o fuerte.
- **Irradiación:** es el trayecto que recorre el dolor desde su localización original hasta otro lugar.

- **Síntomas y signos acompañantes:** como náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, temblor, sudoración, palidez, escalofríos, trastornos neurológicos…
- **Factores agravantes:** son los factores que aumentan el dolor, por ejemplo tras determinados movimientos y otros factores a los que atribuye el paciente.
- **Factores atenuantes:** son los factores que disminuyen el dolor, por ejemplo, el descanso, diferentes posiciones corporales…
- **Medicamentos:** que calman o que provocan el dolor.

También existen una serie de factores que modulan el dolor: Existen múltiples factores psicológicos y físicos que modifican la percepción sensorial del dolor, unas veces amplificándola y otras veces disminuyéndola, como son:

- Personalidad: estado de ánimo (el estado de ánimo bajo disminuye el umbral del dolor), expectativas de la persona, ansiedad, miedo, enfado, frustración.
- Momento o situación de la vida en la que se produce el dolor.
- Relaciones sociales.
- Sexo y edad.
- Nivel cognitivo.
- Dolores previos y aprendizaje de experiencias previas.
- Nivel intelectual, cultura y educación.
- Ambiente: ciertos lugares, ruidosos, iluminación intensa, tienden a exacerbar algunos dolores.

B. Clasificación del dolor:

Existen múltiples formas de clasificar el dolor, atendiendo a las diferentes causas, mecanismos de producción, duración, localización, etc.

1. Según la fisiología:

- **Dolor Nociceptivo o Sensorial:** provocado por la estimulación de los receptores periféricos del dolor o nociceptores. Se manifiesta por una sensación dolorosa de poco tiempo de duración.
- **Dolor Neuropático o Patológico:** es producido por una lesión directa sobre el sistema nervioso, de tal manera que el dolor se manifiesta ante estímulos mínimos o sin ellos y suele ser un dolor continuo.

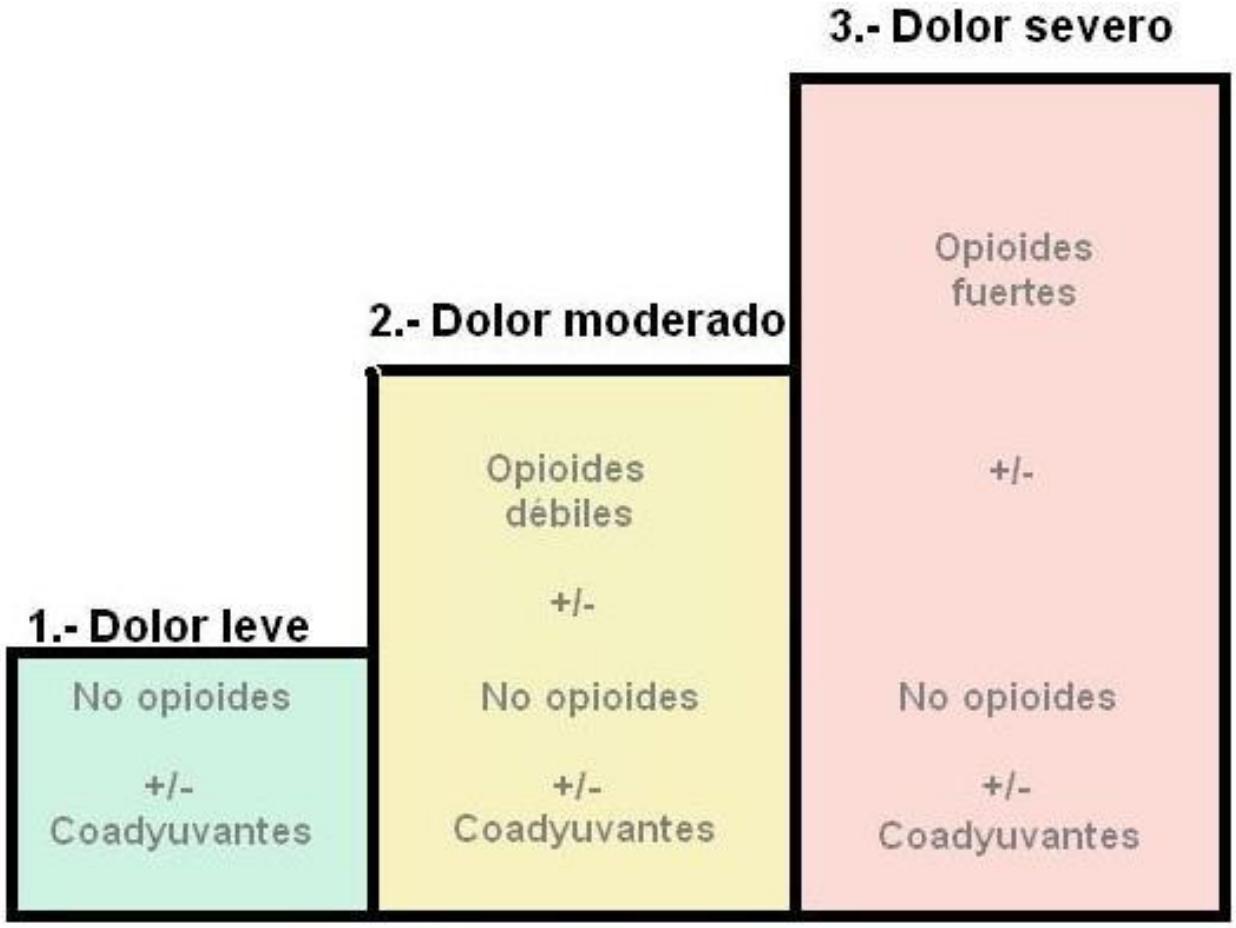
El dolor se caracteriza por ser urente, lancinante y por acompañarse de síntomas/signos como alodinia (dolor "atroz" ante estímulo inocuo), disestesias, crisis de dolor paroxístico, calambres, hiperpatía (reacción dolorosa anormal exagerada), hiperalgesia y disregulación autonómica (sudoración, trastornos cutáneos)[4]. Se considera uno de los cuadros álgicos más rebeldes al tratamiento, y de mayor complejidad terapéutica[11].

- **Dolor Psicógeno:** inducido por las conexiones corticales con los núcleos cerebrales.

El dolor en las heridas crónicas es con frecuencia, una combinación de todos los tipos de dolor indicados anteriormente: Dolor nociceptivo (debido al daño tisular), Dolor neuropático (debido al daño del tejido nervioso), Dolor psicógeno (debido al temor y miedo que experimenta el paciente).

2. Según la localización:

- **Dolor Somático:** aquel dolor que atañe a la piel, musculatura y articulaciones. Puede ser a su vez superficial y/o profundo. Es un dolor sordo, continuo y bien localizado y suele responder bien al tratamiento con analgésicos, según la escala analgésica de la OMS (**Cuadro 2**).
- **Dolor Visceral:** variedad de dolor nociceptivo profundo, mal localizado, producido por lesiones que afectan a órganos internos, dolor característico de enfermedades y síntoma habitual de síndromes dolorosos agudos y crónicos.
- **Síndromes dolorosos:** dolor óseo–articular; dolor neuropático; dolor psicógeno; dolor oncológico y dolor vascular (presente en casi toda la patología vascular arterial, venosa y linfática).



Cuadro 2: La **Escalera análgesica de la Organización Mundial de la Salud (OMS)**, (en inglés *WHO's Pain Ladder & WHO's Pain Relief Ladder*) acuñada en 1984 en Ginebra y publicada en 1986 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organisation - WHO-), para describir un método o protocolo de **tratamiento y control del dolor** en el cáncer[55].

3. **Según la temporalidad:**

- **Dolor Agudo:** generalmente de aparición brusca y corta duración. Aparece tras una lesión tisular y es causado por un estímulo nociceptivo con significado funcional de alarma para el organismo.
- **Dolor Subagudo:** dolor superior a seis semanas y menor a tres meses.
- **Dolor Crónico:** dolor que persiste más allá de la lesión que lo originó. Su duración en el tiempo es superior a los tres meses. Generalmente es síntoma de una enfermedad persistente cuya evolución, continua o en brotes, conlleva la presencia de dolor, aún en ausencia de lesión periférica.

Resulta de vital importancia su distinción, ya que los mecanismos fisiopatológicos que los producen son diferentes. La principal distinción es la relación entre lesión y dolor, relación presente en los dolores agudos y que desaparece o es difícil de precisar en el dolor crónico.

Tras el deterioro tisular inicial, la respuesta inflamatoria sensibiliza los receptores del dolor en la piel. En el caso de la herida aguda, este dolor disminuye al curarla; sin embargo, en las heridas crónicas, el impacto de una respuesta inflamatoria prolongada puede hacer que el paciente presente sensibilidad aumentada en la herida, (hiperalgesia primaria) y en la piel adyacente, (hiperalgesia secundaria)[11].

- **El dolor agudo en las heridas se caracteriza por:**
  - Producido por traumatismo o lesión.
  - Proporcional al estímulo que lo produce.
  - Bien localizado.
  - Función de advertencia y protección.
  - Es un síntoma.
  - Responde bien al tratamiento.

- **El dolor crónico en las heridas se caracteriza por:**

- Su intensidad no es proporcional al estímulo que lo produce.
- Dolor inútil. No tiene función de protección.

Se convierte en enfermedad más que en un síntoma.

No responde bien al tratamiento.

Independientemente de su carácter temporal, el dolor en las heridas puede aparecer tanto en reposo, como con la actividad (dolor persistente), y además, puede relacionarse con los procedimientos y técnicas que se llevan a cabo sobre la herida, como pueden ser las curas o pruebas diagnósticas. Este dolor temporal es característico durante el cambio de apósito, limpieza y desbridamiento de la herida crónica.

Un estudio multinacional, revela que la retirada de apósitos, era considerado por los profesionales de la salud como el momento en el que el paciente percibía más dolor[12].

C.Valoración del dolor:

El dolor debe ser incluido como el quinto signo vital a medir en todo enfermo que lo presente[4].

La descripción subjetiva es probablemente el mejor indicador del dolor, pero como cualquier otro signo o síntoma clínico debe evaluarse adecuadamente. Su cuantificación debe realizarse mediante el uso de escalas de medición, de las cuales existe una gran variedad. Para su elección es importante tener en cuenta factores socio-demográficos (nivel de educación, lengua...), estado cognitivo, función sensorial y preferencia del paciente[13]. Tienen como objetivo la evaluación, reevaluación y permitir comparaciones en el dolor.

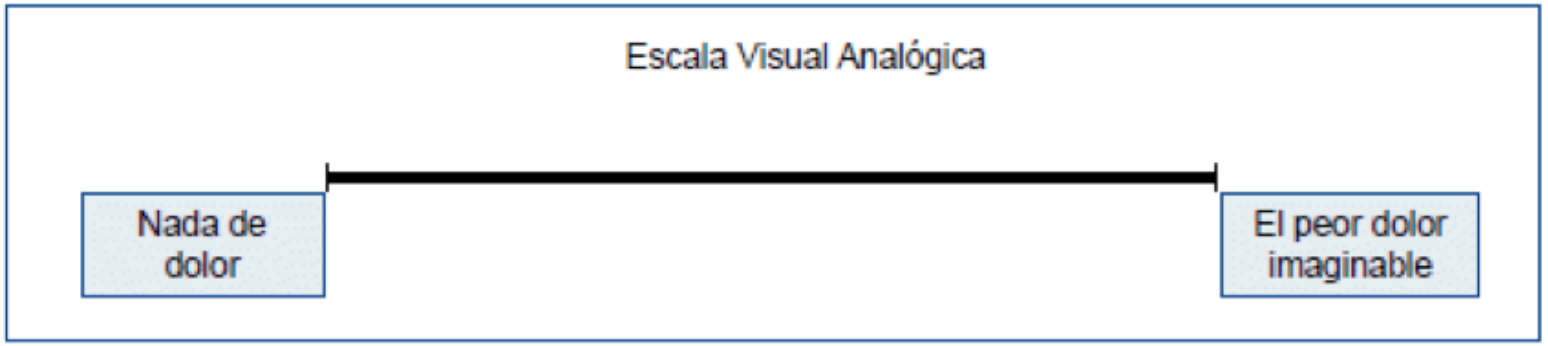
Independientemente de la escala utilizada es importante emplear siempre la misma, con el objetivo de facilitar una correcta comparación de resultados.

Una valoración continua del dolor constituye una medida eficaz para optimizar el tratamiento del dolor crónico[8].

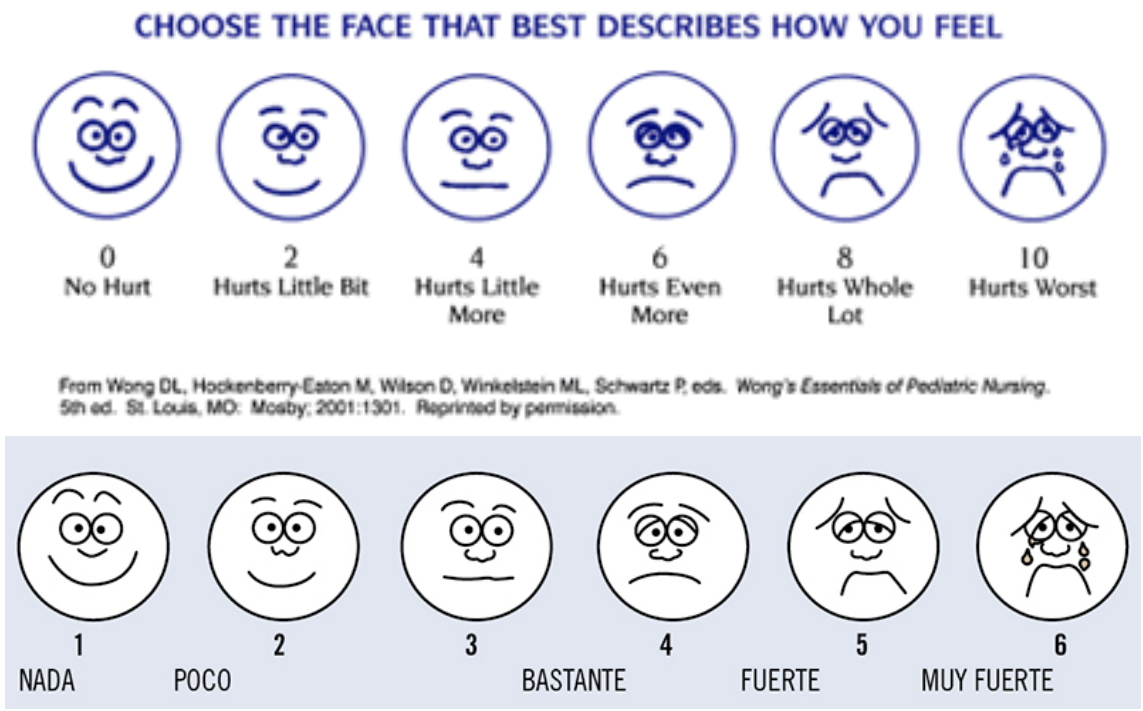
A. Escalas Subjetivas:

Es el propio paciente el que nos informa acerca de su dolor. Existen varios tipos:

- **Escalas Unidimensionales:**
  - **Escala verbal simple:** dolor ausente, moderado, intenso, intolerable.
  - **Escalas numéricas:** de 0 a 10.
  - **Escala analógica visual (EVA)[13]**: Ligero: de 1 a 3 cm.; Moderado: de 4 a 6 cm. Intenso de 7 a 10 cm. (**Cuadro 3**).
  - **Escala de expresión facial**[13]. (**Cuadro 4**).



Cuadro 3: La Escala Visual Analógica (EVA)



Cuadro 4: La escala de expresión facial

- **Escalas Multidimensionales:**
  - **Cuestionario de McGill (MPQ):** abarca componentes sensoriales afectivos y emocionales y es un instrumento importante en la valoración del dolor crónico.
  - **Test de Latineen:** fácil y rápido de comprender y aplicar. Mide la intensidad, frecuencia, consumo de analgésicos, incapacidad que produce el dolor e influencia de este en el reposo nocturno.
  - **Cuestionario de Wisconsin:** autoadministrado, fácil y breve. Mide los antecedentes del dolor, la intensidad y las interferencias en el estado de ánimo y en la capacidad funcional.

B. Escalas Objetivas:

En esta forma de evaluación del dolor, es el propio observador quien va a inferir un valor de la intensidad del dolor que sufre el paciente. Se basa fundamentalmente en la observación del comportamiento, o actitudes que adopta éste como: expresión facial, grado de movilidad, tensión corporal, tensión arterial, frecuencia cardíaca, etc.

No es una escala muy fiable ya que como se ha comentado el dolor es subjetivo. Por otro lado, se pueden producir importantes sesgos como consecuencia de estereotipos, perjuicios y escasa experiencia en la valoración del dolor[14].

C. Anamnesis de síntomas:

La valoración del dolor se basa en la Historia Clínica (HC), exploración física y exploraciones complementarias, que dependerán de la orientación diagnóstica.

Dentro de la HC del paciente hay que tener en cuenta las patologías presentes, tratamientos medicamentosos, anamnesis de síntomas, así como una evaluación integral que valore el estado cognitivo, nivel de funcionamiento y apoyo social.

- **Localización:** Primer paso para identificar la causa del dolor e iniciar el tratamiento adecuado. ¿Dónde siente el dolor?: Alrededor, bordes, lecho de la herida o lejos de la herida.
- **Intensidad:** El dolor es siempre subjetivo y ha de tratarse en base a los síntomas del paciente. Las escalas de valoración son instrumentos útiles para monitorizar el dolor del paciente y su respuesta al tratamiento. Es necesario registrar su evolución.

- **Descripción:** Es importante adaptar el tratamiento del dolor a sus características. Dolor agudo, pulsátil y localizado (signos y síntomas de dolor tipo nociceptivo). Escozor, quemazón, calambre…(signos y síntomas de dolor tipo neuropático). Para identificar este dolor neuropático: ¿La piel o la herida están más sensibles al tacto de lo habitual?. ¿Se perciben sensaciones desagradables a un simple roce de la piel?. ¿El dolor se asemeja a un escozor, cosquilleo u hormigueo?. ¿Se produce el dolor de repente, sin motivo aparente?. ¿Ha cambiado la temperatura de la zona donde hay dolor?. ¿Se puede describir esta sensación como ardiente y palpitante?.[12] Muchos pacientes pueden experimentar ambos tipos de dolor.

- **Duración:** Un cambio en el dolor implica una reevaluación de la situación del paciente y su herida. ¿Desde cuando siente el dolor?. ¿Cuándo aparece el dolor: En reposo, con la actividad (dolor persistente), con las curas (dolor temporal)…?
- **Desencadenantes o agravantes del dolor:** Complicaciones en la cicatrización de las heridas, como la infección y la isquemia, podrían incrementar el dolor. También podría darse un dolor asociado a patologías subyacentes, relacionadas o no con la propia herida: enfermedad vascular periférica, neuropatía diabética, artritis, problemas dermatológicos y tumores malignos[12]. Si la herida presenta dolor y otros signos o síntomas de infección, es de vital importancia tratar la causa. ¿Presenta la herida un aumento de tamaño?. ¿Presenta la herida otros signos y síntomas que indiquen infección, inflamación, etc?.

- **Calidad de Vida y Actividades de la Vida Cotidiana:** Un manejo eficaz del dolor que produce la herida lleva consigo una mejora en la calidad de vida del paciente y sus actividades de la vida diaria.¿En qué medida afecta el dolor actual sobre su vida diaria: Apetito, movilidad/actividad, sueño/descanso, estado de ánimo, relaciones sociales?.

D.Control del dolor:

El abordaje del dolor es una responsabilidad compartida, donde están identificadas las áreas de competencia de cada uno de los actores dentro del equipo asistencial.

El control del dolor del paciente con heridas crónicas debe ser integral e individualizado.

- **Determinar el tipo de dolor de la herida:** agudo/crónico, temporal/persistente, Nociceptivo (lesión tisular)/Neuropático (lesión del tejido nervioso).
- **Tratar las posibles causas del dolor:** infección, edema, etc.
- **Tratamiento farmacológico a nivel local.**
- Para el correcto control del dolor crónico, es conveniente comenzar aplicando **medidas locales en la herida**; y, si fuera necesario, continuar con **medidas a nivel sistémico**.
- Tener siempre en cuenta la **utilización de medidas no farmacológicas en combinación con el tratamiento farmacológico.**
- En caso de que con estas pautas no se consiga el alivio del dolor, se debe **consultar con un especialista del dolor.**

1. **Tratamiento local:**
   - **Tratamiento no farmacológico:**
     - Manipular las heridas con suavidad, siendo consciente de que cualquier mero contacto puede producir dolor.
     - Realizar pausas durante la realización de las curas y otros procedimientos en la herida.
     - En lo posible, desbridamiento autolítico.
     - Proteger la piel periulceral.
     - Minimizar la exposición de la herida al exterior.
     - Limpieza de la herida con solución salina a temperatura corporal.
     - Evitar presión excesiva en la irrigación de la herida.

- Cicatrización en ambiente húmedo: los apósitos que se adhieren a la piel y luego se han de arrancar, envían más información sensorial a los receptores de la piel, que los apósitos que crean un ambiente húmedo[12].
- Elección adecuada del apósito: adaptado a las características de la herida, que minimice el dolor y traumatismo durante su retirada; mantenga el medio ambiente húmedo y que pueda permanecer en su sitio durante largo periodos de tiempo, para reducir la necesidad de cambios frecuentes de apósitos.
- Apósitos de silicona: crean un medio húmedo y de calor, favorecen la migración celular y disminuyen el dolor, además permiten mantener el pósito varios días sin cambiar. Poseen la capacidad de adherirse a la piel seca pero no se fijan a la superficie de una herida húmeda, no causando daño en los cambios[15,16].

- Si procede, terapia compresiva para evitar el edema.
- Otros:
  - TENS: incrementa el fujo sanguíneo y mejora la función inmune[17].
  - Iontoforesis[18].
  - Acupuntura.
  - Masajes.
  - Reducción de la ansiedad: la ansiedad como el dolor, está influenciada por factores fisiológicos y psicológicos. Hablar con el paciente respecto al nivel de dolor que se espera que experimente, junto con se van a adoptar para minimizarlo, ayudará al paciente a experimentar menos sensaciones de miedo y ansiedad[12].

- En lo que se refiere a la distracción, consiste en un procedimiento que intenta reducir el componente emocional aversivo de la experiencia de dolor, alejando el foco de atención a otros pensamientos neutrales ajenos a este evento. Ejemplos: Técnica respiratoria, música…

Es obvio que a nivel terapéutico deberemos desarrollar un procedimiento amplio en el que estén implicadas todas las técnicas y estrategias que consideremos más relevantes y que hayan demostrado su eficacia en el tratamiento del dolor.

- **Tratamiento farmacológico:**
  - **Analgésicos locales:** apósitos con AINES tópicos[19]. Estas drogas tienen la facultad de bloquear temporalmente la transmisión de los impulsos nerviosos, produciendo la interrupción de la sensibilidad en una región dada del organismo. Evitar la aplicación de anestésicos tipo éster[8]. La anestesia de la mucosa es relativamente fácil de obtener con la aplicación de anestesia local, sin embargo la piel actúa como barrera frente a la difusión de sustancias, siendo difícil alcanzar un nivel adecuado de anestesia mediante la administración tópica. En 1979, Evers y Broverg, obtuvieron una mezcla de lidocaína y prilocaína que cumplen todos los requisitos para una adecuada analgesia cutánea y con efectos secundarios mínimos (EMLA®)[12,20]. La pasta anestésica se aplica sobre la zona cutánea seleccionada y se cubre con un apósito oclusivo, que se retirará antes de realizar la cura.

- **Tratamiento sistémico:**
  - Si el dolor es principalmente **neuropático**:
    - Anticonvulsionantes o antiepilépticos. Fármacos empleados en los dolores neuropáticos de carácter paroxístico y lancinante como la Gabapentina y la Pregabalina.
    - Antidepresivos tricíclicos. Actualmente los de lección son Amitriptilina y la Duloxetina[4]. Los efectos analgésicos de los antidepresivos pueden explicarse en función de la curva dosis-efecto y en concreto aparecen antes en el tiempo que los propios efectos antidepresivos, requiriendo menor dosis de fármaco que para producir la específica acción antidepresiva. La reducción del dolor puede potenciarse con neurolépticos y ansiolíticos.

El hecho de que el dolor crónico pueda mejorar en alguna medida con el uso de antidepresivos no quiere decir que el dolor sea reflejo de una patología depresiva subyacente, ni que exista una depresión encubierta.

- Si el dolor es principalmente **nocioceptivo:**

Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud, OMS: descrita en 1986 sistematiza racionalmente la estrategia de administración de fármacos en el tratamiento del dolor. La OMS recomienda el uso consecutivo de los tres escalones terapéuticos, sin embargo su aplicación no debe ser rígida, de modo que en pacientes con dolor moderado a intenso se debe iniciar desde el principio el tratamiento con opioides.

Consta de tres peldaños ordenados de menor a mayor intensidad del dolor:

- El **primer escalón** está indicado en dolores de intensidad ligera (EVA 1-3). Corresponde a fármacos no opioides: AINE, Paracetamol, Metamizol.
- El **segundo escalón** está indicado en dolores de intensidad moderada (EVA 4-6). Corresponde a opioides menores: Codeína, Tramadol, combinación de Paracetamol y Tramadol.
- El **tercer escalón** está indicado en dolores de mayor intensidad (EVA 7-10). Corresponde a opioides mayores: Morfina, Fentanilo, Buprenorfina, Oxicodono, Metadona.[4,21]

Los fármacos se pueden combinar. De hecho, los fármacos que componen el 2º y 3º escalón suelen llevar asociado un componente del 1º, bien un AINE o Paracetamol. Senecal[12], adaptó este instrumento al dolor de las heridas, recomendado los siguientes pasos a seguir para conseguir una correcta analgesia:

- Paso 1: AINE + anestesia local.
- Paso 2: Añadir un opiáceo suave (vía oral, VO, a ser posible).
- Paso 3: Sustituir el opiáceo suave por un analgésico opiáceo fuerte.

Los objetivos de la aplicación de la escalera de la OMS en el tratamiento del dolor son:

- Aumentar las horas de sueño nocturno.
- Aliviar el dolor continuo en reposo.
- Mejorar (que no quiere decir controlar), las crisis de dolor agudo, provocadas por el ejercicio (dolor incidental) o las crisis no previsibles espontáneas (dolor irruptivo).

Estas metas se alcanzan en el 85% de los pacientes con la administración de los fármacos reseñados.

2. Definición, etiología y clasificación de las úlceras por presión:

- DEFINICIÓN:

Lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, producida por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, cizallamiento y fricción, siendo determinante la relación presión-tiempo.

- ETIOLOGÍA [22,23]:

Mecanismos que alteran la integridad de la piel:

- Presión:

Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).

La presión capilar normal tiene valores cercanos a los 17 mmHg. Una presión mantenida sobre un área concreta, durante un tiempo prolongado ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos, provocando una hipoxia y si no se alivia, una necrosis de los mismos.

- Fricción:

Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimiento o arrastre.

Este roce frecuente causa el descamamiento de las células epidérmicas y disminuye la resistencia del tejido.

- **Fuerza externa de pinzamiento vascular o cizallamiento:**

Combina los efectos de la presión y fricción (posición de Fowler, que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona).

- **Humedad:**

Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia y haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad favorece también el riesgo de infección, ya que aumenta la permeabilidad de la piel, y la vuelve más sensible frente a los microorganismos.

- **CLASIFICACIÓN**[24]:

- Estadio I:

Eritema cutáneo que no palidece en piel intacta; en pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados.

Pueden existir cambios con respecto a una zona de la piel no sometida a presión como: temperatura de la piel (caliente o fría), consistencia del tejido (edema, induración), sensaciones (dolor, escozor).

- Estadio II:

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

- Estadio III:

Pérdida total del grosor de la piel, que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, y puede extenderse hacia abajo, pero no hacia la fascia subyacente.

- Estadio IV:

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en el músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

En todos los casos que procedan, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

- **LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES:**

Las UPP normalmente se producen en los puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias o rebordes óseos, influyendo en su aparición la posición del usuario y su estado general.

Dependiendo de la posición la localización más frecuente será:

- En posición de decúbito supino: Región occipital, escápulas, codos, sacro, talones.
- En posición de decúbito lateral: Orejas, acromion, costillas, trocánter, cóndilos, maleolos.
- En posición de decúbito prono: Orejas y ojos, mejilla, acromion, mamas, pelvis, genitales masculinos, rodillas.
- En posición sentado: Tuberosidad isquiática, omóplatos, coxis, codos, zonas poplíteas.

3. Definición y etiología úlceras venosas:

- **DEFINICIÓN:**

Son aquellas que aparecen como consecuencia de una circulación venosa inadecuada, originando una acumulación de sangre.

Ésta permanecerá en las venas creando una presión alta, lo que conlleva a que la sangre acumulada pase a venas más pequeñas y capilares, causando así un excesivo cúmulo de fluidos en la zona afectada. Este exceso de líquidos y la incapacidad del circuito venoso, hace que se produzca un aumento del exudado en los espacios intersticiales (edema), y esta situación nos va a dar lugar a una alteración celular subcutánea que se endurece paulatinamente, pudiendo observarse a nivel cutáneo un cambio de color a ocre debido a la acumulación de depósitos de hemosiderina, que proviene de la hemoglobina de la sangre que se ha ido acumulando poco a poco. En conjunto, se va a producir una alteración en la circulación y un insuficiente suministro de sangre a los tejidos, causando así el desarrollo de una úlcera. La presión sostenida se denomina hipertensión venosa o insuficiencia venosa crónica[25].

- **ETIOLOGÍA:**

La función del sistema venoso es el retorno de la sangre al corazón. Se divide en:

- Sistema venoso profundo: circula paralelo a las arterias, protegido por estructuras musculares y óseas. Es el responsable del 90% del retorno venoso de las extremidades inferiores (EEII).
- Sistema venoso superficial: localizado en el tejido subcutáneo, por encima de las fascias musculares. Se pueden describir dos grandes troncos superficiales: Safena interna y Safena externa. Ambas están unidas mediante anastomosis por venas colaterales o comunicantes.

La comunicación entre el sistema venoso profundo y el sistema venoso superficial se produce mediante las venas perforantes.

Las venas son el elemento principal del sistema venoso. En las EEII, éstas presentan unas válvulas unidireccionales que evitan el retroceso de la sangre. La sangre retorna al corazón, en contra de la gravedad, a través de las venas, impulsada por la acción de los músculos que componen la bomba de la pantorrilla, la cual ayuda al retorno de la sangre, ya que cuando andamos o apoyamos el talón en el suelo, los músculos (gemelos) comprimen las venas y hacen que las válvulas se junten impulsando la sangre. El aumento de la presión en el sistema venoso superficial por un fallo valvular es el causante de la dilatación de las venas superficiales (varices).

- **TIPOS:**

Nos vamos a encontrar con diferentes tipos de úlceras venosas dependiendo de cual sea la causa que produce la insuficiencia venosa, por lo que definiremos:

- **Úlceras Varicosas:**

Las que se producen como consecuencia de una deficiencia valvular en las venas. Será una extremidad con presencia de varices.

Estas úlceras se localizan en la zona supramaleolar interna y se caracterizan por ser lesiones superficiales, redondas, con fondo hiperémico, unilaterales, poco dolorosas, aunque los pacientes pueden presentar molestias al ortostatismo. Van a existir trastornos cutáneos debidos a la flebostasis, como son la atrofia blanca, hiperpigmentación ocre... y tienen una gran capacidad para la sobreinfección con eczema periulceral y prurito. Es una pierna que presenta la típica forma de “botella de cava invertida”.

- **Úlceras Post-flebíticas:**

Nos las encontramos en pacientes con historia previa de tromboflebitis y de edema crónica de la extremidad afectada.

Estas úlceras se caracterizan por localizarse en la zona maleolar interna. Presentan bordes irregulares y suelen ser extensas y múltiples. Al igual que las úlceras varicosas, pueden aparecer trastornos cutáneos y molestias al ortostatismo.

- Úlceras Estáticas:

Son la consecuencia de un fallo de la bomba de la pantorrilla, por lo que no habrá una correcta circulación sanguínea de retorno. Los pacientes, pueden presentar aquellas patologías que puedan dar lugar a una retención hídrica (cardiaca, renal, hepática...), o con obesidad, provocando el edema.

Estas úlceras se caracterizan por localizarse en el tercio distal de la pierna, en la denominada área de Gaitier o zona de polaina, con una extremidad con edema.

Presentan un alto nivel de exudado con tejido de granulación en el lecho de la herida. Son superficiales, extensas y múltiples, poco dolorosas y al igual que las anteriores también presentan alteraciones cutáneas[26].

4. Definición y etiología úlceras arteriales:

- **DEFINICIÓN:**

La úlcera arterial, es una lesión con pérdida de sustancia, causada por un déficit de aporte sanguíneo, secundaria a oclusiones de la microcirculación de la piel. Es el resultado de una isquemia severa y prolongada en el tiempo.

- **ETIOLOGÍA:**

El sistema arterial es un sistema de aporte formado por una red muy ramificada, pero de escasa capacidad y caracterizada por la alta presión que existe en el interior de los vasos, que se aprecia como un movimiento pulsátil y que se mantiene a lo largo del recorrido.

Está constituido por la aorta y sus ramas. La aorta desciende desde el corazón hasta la cuarta vértebra lumbar, donde se ramifica en tres: Las arterias iliacas (derecha e izquierda) y la arteria sacra media[25].

A nivel del tercio medio del músculo psoas, la arteria iliaca se divide en arteria iliaca interna y en la arteria iliaca externa. Cuando esta última cruza por el ligamento inguinal, pasa a denominarse arteria femoral común, que discurre por el tercio superior del muslo, Triángulo de Scarpa, y previo al inicio del conducto de los músculos abductores, conducto de Hunter, se divide en la arteria femoral profunda y en la arteria femoral superficial.

La arteria femoral profunda tiene una importancia decisiva en la función compensatoria de la perfusión por vía colateral de la pierna, y el pie en la obstrucción evolutiva de la arteria femoral superficial.

La arterial femoral superficial, que discurre por el conducto de Hunter en el punto que atraviesa el músculo tercer abductor, pasa a llamarse arteria poplítea. Ésta desciende por la parte media e interna del espacio poplíteo y finaliza en el borde inferior del músculo poplíteo, dividiéndose en dos arterias: arteria tibial anterior y el tronco tibioperoneo, que a su vez se bifurca en arteria peroneal y arteria tibial posterior[25].

Las dos arterias tibiales se encargan de la irrigación del pie. La arteria tibial posterior acaba su trayecto, a nivel del tendón terminal del músculo flexor largo del primer dedo, donde, mediante arterias terminales, se une a las ramas comunicantes de la arteria tibial anterior. Ésta a partir de la articulación del tobillo se llama arteria pedia, y en el extremo proximal del primer espacio metatarsiano, se divide en arteria plantar profunda y arteria arqueada.

De esta última, emergen las arterias metatarsales dorsales que dan lugar a las arterias digitales. Las ramas terminales de ambos troncos se anastomosan constituyendo el arco plantar arterial[25].

La Insuficiencia Arterial Crónica es un proceso oclusivo de la luz de las arterias, progresivo, que impide el aporte normal de oxígeno y nutrientes transportados por la sangre arterial a los tejidos, comprometiendo la funcionalidad y la supervivencia de la extremidad.

La etiología más frecuente es la arterioesclerosis y la aterosclerosis, que se produce cuando la materia grasa se acumula y se deposita en las paredes de las arterias formando placas. Éstas causan un estrechamiento de la luz de las mismas, lo que aumenta la resistencia al flujo sanguíneo.

Como fenómeno compensatorio del exceso de presión que se produce en el tramo por encima de la zona de oclusión, el organismo reacciona favoreciendo el desarrollo de la circulación colateral, que asegura la llegada de la sangre a zonas distales. Esta circulación no es suficiente cuando el músculo precisa de mayor cantidad de oxígeno, dando lugar a la sintomatología isquémica o Claudicación Intermitente[25,27].

En pacientes con dolor isquémico en reposo, el vaso sanguíneo puede estar ocluido hasta en un 90%, lo que indica que la circulación arterial se encuentra gravemente afectada. En reposo, una persona puede tolerar una oclusión hasta un 70% en una arteria de las extremidades inferiores sin percatarse de ella.

El grado de severidad de la isquemia va a depender, en parte, de la compensación de la circulación colateral y viene definido por la clasificación de Fontaine:

- **ESTADIO I:** La piel se observa delgada, brillante, seca, pálida y fría (con gradientes), hay alteración de los anejos (ausencia de vello, uñas engrosadas), aparecen los hormigueos, calambres y parestesias. No aparecen síntomas, eventualmente presencia de síntomas de fatiga.
- **ESTADIO II:** Aparece el dolor de Claudicación Intermitente desencadenado por el ejercicio y que cede con el reposo.
  - II.a: Claudicación intermitente no incapacitante (se pueden andar más de 150 m sin que aparezca el dolor de claudicación).
  - II.b: Claudicación intermitente incapacitante (se andan menos de 150 m y aparece el dolor de claudicación).

- **ESTADIO III:**
  - III.a: Hay dolor en reposo y presión sistólica maleolar > 50 mmHg. - III.b: Hay dolor en reposo y presión sistólica maleolar < 50 mmHg.
- **ESTADIO IV:** Dolor permanente, presencia de lesiones cutáneas que pueden ser úlceras, necrosis, gangrena.
  - IV.a: Aparecen úlceras.
  - IV.b: Aparece la gangrena.

• **TIPOS:**

Vamos a encontrar diferentes tipos de úlceras arteriales dependiendo de cual sea la causa que produce la insuficiencia arterial, por lo que definiremos:

- Úlcera Isquémica:

Es la consecuencia de un déficit continuado en el aporte sanguíneo, tanto de oxígeno como de nutrientes a los tejidos, dando lugar a lesiones ulcerosas o isquemia de la extremidad afectada.

- Úlcera Arterioesclerótica:

Es el 90% de las úlceras isquémicas. Están localizadas en el tercio inferior de la cara latero-externa, tienen morfología plana y bordes regulares. Inicialmente, la úlcera suele ser de pequeño tamaño, con bordes bien delimitados y con una placa necrótica seca en la superficie, o bien tejido desvitalizado. Una vez se elimina este tejido, se comprueba su profundidad y extensión real (pudiendo llegar a afectar a estructuras tales como tendones y huesos). Son úlceras muy dolorosas, el dolor aparece en reposo y aumenta con la actividad.

- Úlcera Angeíticas:

La patología de base es la tromboangeítis obliterante o Enfermedad de Büerger, (enfermedad inflamatoria que afecta a la capa íntima de las arteriolas, de las zonas distales de los dedos del pie). Esta enfermedad tiene estrecha relación con el hábito tabáquico. Estas lesiones son muy dolorosas, pequeñas, de fondo trófico y aparecen en los pulpejos de los dedos o en zonas interdigitales.

- Úlcera Hipertensiva o de Martorell:

La patología de base es una hipertensión diastólica de larga evolución. Son el resultado de la isquemia causada por lesiones de las arteriolas. Clínicamente, comienzan como una mancha rojiza en la piel, que se convierte en cianótica, dando como resultado una úlcera con un lecho grisáceo. Es superficial y suele localizarse en el área supramaleolar externa, en el tercio medio de la pierna. No presenta obstrucción arterial y los pulsos son perceptibles.

5. Definiciones y etiología pie diabético:

- **CONCEPTO DE DIABETES MELLITUS:**

Es un síndrome, que abarca una serie de enfermedades de diferentes etiologías y base genética, siendo el factor común de todas ellas el aumento de los niveles de glucosa en sangre[28].

Se considera una enfermedad crónica degenerativa, que se asocia con importantes alteraciones a nivel neurológico y vascular que aparecen tras años de evolución de la enfermedad[29].

- **CONCEPTO DE PIE DIABÉTICO:**

Conjunto de alteraciones morfofuncionales, que predisponen al pie a padecer lesiones de diferente consideración.

Por este motivo el Pie Diabético (PD), puede definirse como un síndrome desde el punto de vista fisiopatológico, en el que confluyen tres circunstancias etiopatogénicas fundamentales[30]:

- La neuropatía diabética.
- La enfermedad vascular periférica.
- La infección.

La Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, define el PD como una alteración clínica, de base etiopatogénica neuropática, e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie[29].

- **FISIOPATOLOGÍA DEL PIE DIBÉTICO**[28,31]:

Se diferencian tres tipos de factores relacionados con el PD: Los factores predisponentes que colocan al paciente en situación de riesgo de presentar una lesión en sus pies; los factores desencadenantes o precipitantes que provocan la aparición de la úlcera, y los factores agravantes o perpetuantes, que retrasan la cicatrización y conducen a la aparición de complicaciones.

1. **FACTOR INICIAL:** Hiperglucemia mantenida.
2. **FACTORES PREDISPONENTES:**
   - Originan un pie vulnerable, de alto riesgo lesionar.
   - Pueden ser:
     - Factores primarios: Neuropatía (sensitiva, motora o autonómica), Microangiopatía, Macroangiopatía.
     - Factores secundarios: Hematológicos, Inmunológicos, Articulares, Dérmicos.

3. FACTORES DESENCADENANTES:

- Desarrollan una interacción anormal entre un estrés ambiental y la resistencia de los tejidos durante un determinado periodo de tiempo, originando una úlcera o necrosis.
- Pueden ser:
  - Extrínsecos: Traumatismos (mecánicos, térmicos, físicos, químicos o biológicos).
  - Intrínsecos: Alteraciones propias del pie (deformidades óseas, Limitación de la movilidad articular).

4. FACTORES AGRAVANTES:

- Junto con la isquemia, la infección determinará el pronóstico de la úlcera y de la extremidad en muchos casos.

6. Definición y etiología úlceras neoplásicas:

- **DEFINICIÓN**[32]:

Neo: nuevo.

Plasia: tejido. Se entiende por neoplasia un aglomerado de células con proliferación incontrolada que persiste después de haber cesado el estímulo inductor. En general son irreversibles, su crecimiento es autónomo (aunque esta autonomía es relativa, porque requiere de ciertas condiciones), y capaz de causar daño.

Tumor, en patología es aumento de volumen. Pero habitualmente se asimila a neoplasia, benigna o maligna.

Las úlceras neoplásicas son lesiones cutáneas que aumentan progresivamente de tamaño dando lugar a una úlcera abierta que no cicatriza y destruye el tejido circundante.

- **ETIOLOGÍA:**

Pueden ser:

1. **PRIMARIAS:** En este apartado incluiríamos los cánceres de piel.

- Cáncer de Tipo No Melanoma[33]:

El carcinoma basocelular (cáncer de células basales): es un tumor de crecimiento lento. Es muy raro que un cáncer de células basales se extienda a partes distantes del cuerpo. No obstante, si un cáncer de células basales se deja sin tratar, puede extenderse a las áreas cercanas y afectar a los huesos, así como a otros tejidos de la piel. Después del tratamiento, el carcinoma basocelular puede reaparecer en el mismo lugar de la piel.

El carcinoma espinocelular (carcinoma de células escamosas): se desarrolla en las capas superiores de la epidermis, y representa alrededor del 20% de todos los casos de cáncer de la piel. Con frecuencia aparece en áreas del cuerpo expuestas al sol, tales como la cara, las orejas, el cuello, los labios y el dorso de las manos. También se puede desarrollar en cicatrices o úlceras de la piel en otras partes del cuerpo.

Otros tipos de cáncer de piel no melanoma, menos comunes que los anteriores son:

- El sarcoma de Kaposi: se origina en la dermis, pero también puede formarse en los órganos internos. Suele desarrollarse en personas afectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), o que sufren el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

- Linfoma: la dermis contiene un número considerable de linfocitos (un tipo de células del sistema inmunológico). Cuando éstos se vuelven malignos, forman el linfoma. Aunque la mayoría de estos tipos de cáncer parecen originarse en los ganglios linfáticos o en los órganos internos, existen ciertos tipos de linfoma que se originan en la piel. El término médico “linfoma cutáneo primario” significa “linfoma que se ha originado en la piel”. El tipo de linfoma cutáneo primario más común es el linfoma cutáneo de células T, también llamado micosis fungoide.
- Los Sarcomas: se desarrollan a partir de las células del tejido conectivo, por lo general en tejidos que se encuentran a gran profundidad debajo de la piel. Con mucha menos frecuencia, éstos pueden producirse en la dermis y el tejido subcutáneo de la piel. Existen varios tipos de sarcoma que pueden desarrollarse en la piel, incluyendo el dermatofibrosarcoma protuberans y el angiosarcoma.

- El carcinoma de células de Merkel: se desarrolla a partir de las células endocrinas de la piel. A menudo reaparecen después del tratamiento y se extienden a los ganglios linfáticos cercanos. También pueden propagarse a los órganos internos.
  - Cáncer de Tipo Melanoma[33]:

Es el menos común (4%) y más grave de los tumores de piel, se origina en los melanocitos y puede extenderse a través de la sangre o el sistema linfático a otras partes del cuerpo, surge a partir de un nuevo lunar o de otros ya existentes que cambian de forma y color.

2. SECUNDARIAS:

- Por metástasis: Existe una relación entre piel y enfermedad neoplásica de origen no cutáneo, cuello, cabeza, pulmón, ovario, colon, etc, ya que muchas de ellas pueden originar metástasis en piel e incluso ser la primera y única manifestación demostrable de la neoplasia.
- Por exéresis parcial o total de un Tumor: Principalmente colostomías y traqueostomías.
- Úlceras que evolucionan a carcinomas: Enfermedades que en su evolución pueden originar úlceras, como el Lupus, la Actinomicosis, la Lepra y la Epidermolisis Bullosa.

3. COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS:

- Radioterapia[34]: La radiación daña todos los elementos del tejido, tanto de la célula como de sus componentes estructurales, la irradiación induce en un tejido cambios a corto, medio y largo plazo algunos reversibles y otros que ocasionaran un daño permanente. Los tejidos, como la piel, son los que sufren con mayor intensidad los efectos inmediatos de la radiación, el daño dependerá de la dosis de radiación sufrida, de su fraccionamiento y del intervalo de tiempo en que se ha suministrado.
- Quimioterapia: Una de las complicaciones más graves de la administración de citostáticos, es su extravasación, pudiendo producirse una úlcera de la piel por necrosis del tejido circundante al punto de venopunción.

METODOLOGÍA

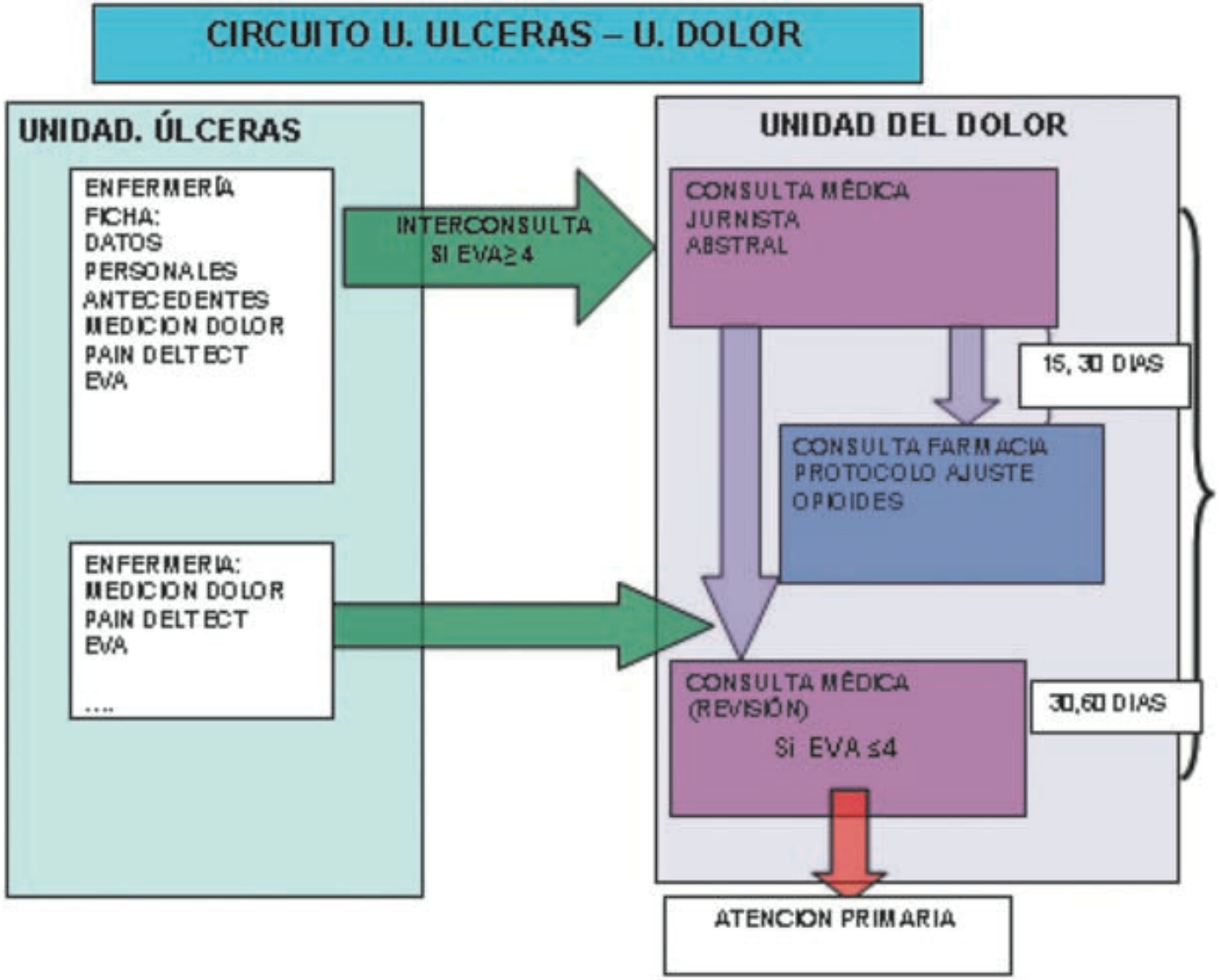
Se realizó una revisión bibliográfica mediante técnica sistemática durante los meses de Mayo, Junio y Julio de 2018. La revisión se llevó a cabo en las bases de datos Scielo, PudMed, Cochrane y Google Scholar; así como en el buscador generalista Google.

Para la búsqueda, se emplearon palabras clave DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) como: Dolor, Atención integral, Heridas crónicas, Úlceras por Presión, Guías de buenas prácticas, Enfermería, Protocolos, Tratamiento, Prevención.

Teniendo en cuenta los objetivos marcados. Entre los que se encontraba conocer los tratamientos administrados actualmente para el tratamiento del dolor en pacientes con heridas crónicas.

Nos encontramos autores como Minguez Martí et al[35], pertenecientes a la Unidad Multidisciplinar de tratamiento del Dolor Servicio Anestesia Reanimación y tratamiento del Dolor Unidad de Úlceras, en su artículo "Protocolo terapéutico multidisciplinar del tratamiento del dolor en pacientes con úlceras cutáneas dolorosas" plantean que en los planes de tratamiento de las úlceras cutáneas habitualmente sólo se aplican mayoritariamente medidas locales, y preventivas efectuadas principalmente desde atención primaria y donde el dolor, es insuficientemente tratado siendo **su mal control y tratamiento, un criterio de derivación hospitalaria** y responsable del deterioro de la calidad de vida del paciente que las pacede[36].

Por lo que entre los factores a controlar en el paciente con úlceras se requiere la identificación del dolor y el favorecer su tratamiento multidisciplinar estableciendo circuitos, definiendo criterios de derivación a las Unidades de Dolor e identificando qué profesionales deber intervenir, cómo y cuando deben hacerlo. Por todo ello, su objetivo fue **Instaurar un circuito y protocolo multidisciplinar de atención para mejorar la eficacia y calidad de la analgesia en el tratamiento de pacientes con úlceras cutáneas dolorosas.** Realizaron un esquema del circuito que siguen los pacientes con úlceras (**Cuadro 5**).



Cuadro 5: Esquema del circuito seguid por el paciente con úlceras.

Los pacientes que acuden a la Unidad de úlceras, atendidos por enfermería y médico, que realizan las siguientes funciones:

- Instaura el tratamiento específico de la úlcera según su etiología y grado.
- Se asigna un tratamiento basal y de curas según un calendario.
- Se identifica la presencia e intensidad del dolor mediante la Escala Análogo Visual y la Escala para presencia Dolor neuropático Pain Detect (o escala de expresión facial).

A. Se identifica la presencia e intensidad del dolor en el momento de la cura en el paciente utilizando las escalas anteriores.

B. Si el paciente presenta dolor medido mediante la escala análogo visual mayor o igual a 4 y presencia de dolor neuropático medido por la Escala Pain Detect se deriva mediante una interconsulta preferente a la Unidad de Dolor.

- Se efectúa un seguimiento, tratamiento, cura y evolución de las úlceras durante al menos 7, 15, 30, 60, 90 días.
- Se evalúa en cada seguimiento: su curación o no y su remisión si procede a control por UHD, Primaria, Unidad de Dolor u otros especialistas.
- Evaluación complicaciones.

En la unidad de dolor, donde realizan una atención conjunta el médico, farmacéutico y enfermería, realizan las siguientes funciones:

- Visita médica basal al paciente: petición de interconsulta preferente por dolor al médico de la Unidad de Dolor desde Unidad de Úlceras. Realiza historia clínica del paciente con dolor y en función de sus antecedentes, enfermedades concomitantes e intensidad de su dolor (según puntuación de las escalas de medición del dolor), asigna un tratamiento analgésico basal con dosis inicial y pauta un tratamiento para dolor irruptivo a ingerir media hora antes del momento de las curas, según el siguiente esquema:
  - **Basado en la intensidad del dolor:**
    - **Tratamiento de dolor crónico basal:**
      - EVA > 4: Opiodes mayor de liberación mantenida: hidormorfina (®jurnista: 4 mg / 1c/24h) en ascenso lento.
      - EVA < 4 : Opioides menores: tramadol + paracetamol (jóvenes) (®PONTALSIC 1c/12h)

- **Tratamiento del dolor irruptivo: (CURAS)**
  - Opioides mayores de liberación rápida. Fentanilo ™ (®abstral 100 mcg: 1c/dolor severo).
- **Cuidados especiales por edad del paciente:**
  - Pacientes acompañados.
  - Efectos secundarios: estreñimiento +/- naúseas.
  - Cumplimentación.
  - Ascensos y descensos (según evolución de la enfermedad).
  - Remisión a unidad de dolor (si no hay control sintomático o progresión enfermedad: técnicas invasivas).
  - Monitorización del paciente.
- 2ª visita a los 7 días: Visita de Consulta Atención Farmacéutica

A la semana de iniciado el tratamiento, se hace una visita de seguimiento para valorar la eficacia y la presencia de efectos secundarios del tratamiento analgésico instaurado, donde se valora:

- La eficacia de la analgesia basal: mediante la disminución de la puntuación o no respecto a la basal en la intensidad de dolor medida mediante la Escala Análogo Visual tanto en reposo como en movimiento y mediante la escala de dolor neuropático Pain Detect.
- La eficacia de la pauta analgésica en el momento de las curas.
- La mejora o no del descanso nocturno: Número de horas de descanso.
- La presencia o no de efectos secundarios en el paciente, sobre todo nauseas y estreñimiento.

Si la analgesia es insuficiente y existe buena tolerabilidad: se ajusta al alza el tratamiento: Se aumenta 1/3 ó 1/2 o duplica la analgesia basal.

Si existen efectos secundarios intolerables, se realiza nueva evaluación médica para valoración y realización de técnicas específicas de tratamiento del dolor.

- **Se realizan las mismas valoraciones e intervenciones a los 15 días y a los 30 días.**
- **Valoración médica a los 60 y 90 días** nueva hasta estabilización del paciente o cambio de estrategia del tratamiento analgésico por mal control.

Si la analgesia es suficiente y existe buena tolerabilidad o la curación de la úlcera se procede a dar el alta y a su control por un equipo de atención primaria o por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria o por la Unidad de Úlceras para su control evolutivo.

Si existen efectos secundarios intolerables, se realiza nueva evaluación médica para valoración y realización de técnicas específicas en el tratamiento del dolor.

Se obtuvieron unos resultados muy positivos, se incluyeron un circuito de 30 pacientes con úlceras dolorosas cutáneas que cumplían los criterios de derivación a la Unidad del Dolor. No existió demora en la atención por ser visitados en el mismo día de la petición. La aplicación del tratamiento analgésico protocolizado ha permitido un buen control de dolor en el 80% de los pacientes, tanto en la intensidad de su dolor basal como en la intensidad del dolor irruptivo provocado en las curas, sin presencia de efectos secundarios relevantes. Un 20% de los pacientes no toleró el tratamiento, pero fueron identificados rápidamente identificados en la fase posterior de seguimiento, siendo necesario el planteamiento de nuevas alternativas terapéuticas más específicas de Unidades de Dolor.

El resto de los pacientes fueron dados de alta para su control y seguimiento desde primaria.

Concluyeron que el abordaje integral del paciente con úlceras cutáneas dolorosas debe ser multidisciplinar y completar entre el resto de factores, la identificación y tratamiento del dolor en el paciente. El establecimiento de circuitos de derivación desde la unidad de úlceras a las unidades de dolor permiten un mejor control del síntoma, lo que repercute en la mejora de la calidad de vida del paciente y de la eficiencia del sistema.

Domingo-Triadó V et al en su artículo “Breakthrough pain treatment with sulingual fentanyl in patients with chronic cutaneous ulcers”[37], se plantean evaluar la eficacia y seguridad de los opioides en el tratamiento del dolor en pacientes con úlceras cutáneas crónicas y dolor irruptivo y/o incidental.

Realizado un estudio abierto, multicénctico, prospectivo e incontrolado en unidades de dolor y unidades de úlceras de 5 hospitales de la Comunidad Valenciana. Los criterios de inclusión fueron la existencia de un dolor basal de 4 en la escala analógica visual o el dolor irracional de procedimiento también de 4. Los criterios de exclusión fueron la existencia de deterioro cognitivo, la intolerancia a los opioides o la negativa del paciente para dar su consentimiento informado. Realizaron un protocolo que programó 5 controles: línea base (momento de inscripción), a los 15 días, al mes, a los 2 meses y a los 3 meses. La principal medida de resultado del estudio planteado fue la escala visual análoga durante el reposo, el movimiento y los procedimientos. Los opiáceos se administraron para la liberación del dolor inicial y el fentanilo sublingual para el dolor irruptivo.

De un total de 32 pacientes que completaron el estudio (86.5% de la muestra), se obtuvieron los siguientes resultados:

- El dolor basal logró una mejoría media de 3,6 puntos de la escala analógica visual (SD 2,3).
- El dolor de movimiento mejoró 3,9 puntos (SD 2,5).
- El dolor de procedimiento mejoró 4,5 puntos (SD 2,8).
- La mejora de la intensidad media del dolor fue estadísticamente significativa desde el primer control y en todos los controles a partir de entonces ($P<.001$).

Destacables dentro de los efectos secundarios o adversos, los pacientes reportaron:

- Náuseas en 14 pacientes (el 43.8%).
- Somnolencia y estreñimiento en 7 pacientes (el 21,9%).

- Picazón en 5 pacientes (el 15,6%).
- Vómitos en 1 paciente (el 3,1%).

Concluyeron como otros muchos autores que la evaluación estructurada del dolor es un concepto clave en el tratamiento del paciente con úlceras cutáneas crónicas, así como que los resultados del estudio sugieren que la terapia con opioides proporciona un alivio del dolor clínicamente significativo con pocos efectos adversos.

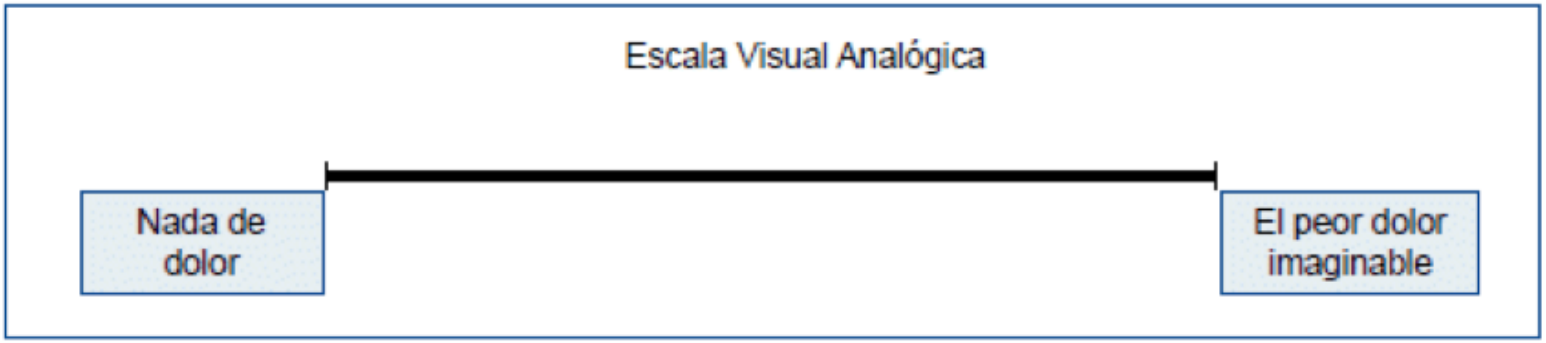
Por su parte Dámaso Fernández-Ginés F. et al en su artículo "Sevoflurano tópico: una nueva opción terapéutica paliativa en las úlceras cutáneas"[38], plantean que la presencia de úlceras cutáneas, con tendencia a la cronicidad y con mala respuesta al tratamiento terapéutico-analgésico clásico, conllevan un alto grado de dolor, discapacidad y merma en la calidad de vida de los pacientes.

Presentan el caso de una paciente terminal con un cuadro álgido debido a la presencia de múltiples úlceras vasculares en miembros inferiores de 3 meses de evaluación y de difícil manejo por mala tolerancia a anticomiciales y opioides mayores. En este caso las instilaciones tópicas de forma periódica de anestésico halogenado sevoflurano sobre el lecho ulcerosos lograron una excelente control del dolor basal e irruptivo a los pocos minutos de su administración, así como una progresiva mejoría en la cicatrización de las úlceras sin evidenciarse efectos secundarios asociados.

Otro de los objetivos planteado era la valoración de la adecuación de las escalas de medición del dolor existentes, para su utilización en pacientes con heridas crónicas.

Entre las herramientas para la valoración del dolor podemos destacar la Escala Visual Analógica (EVA), la Escala Numérica (EN) y la Escala Verbal (EVN), así como la escala de las expresiones faciales y del comportamiento, y el Cuestionario de dolor de McGill se facilitan como ejemplos de herramientas validadas que pueden utilizar las enfermeras para evaluar el dolor.

Escala Visual Analógica (EVA): El paciente indica la intensidad del dolor en una línea de 10 cm marcada con "ningún dolor" en un extremo y "máximo dolor posible" en el otro. El paciente marca en la línea el punto que mejor describe la intensidad de su dolor. La longitud de la línea del paciente es la medida y se registra en milímetros. La ventaja de la EVA es que no se limita a describir 10 unidades de intensidad, permitiendo un mayor detalle en la calificación del dolor.



Cuadro 3: La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. La valoración será:

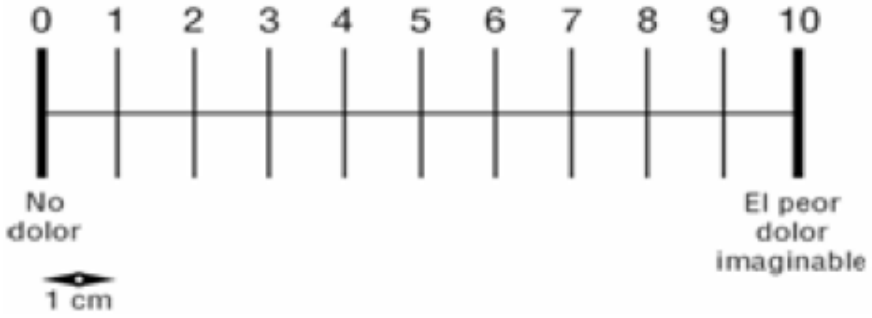
1. Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.

2. Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.

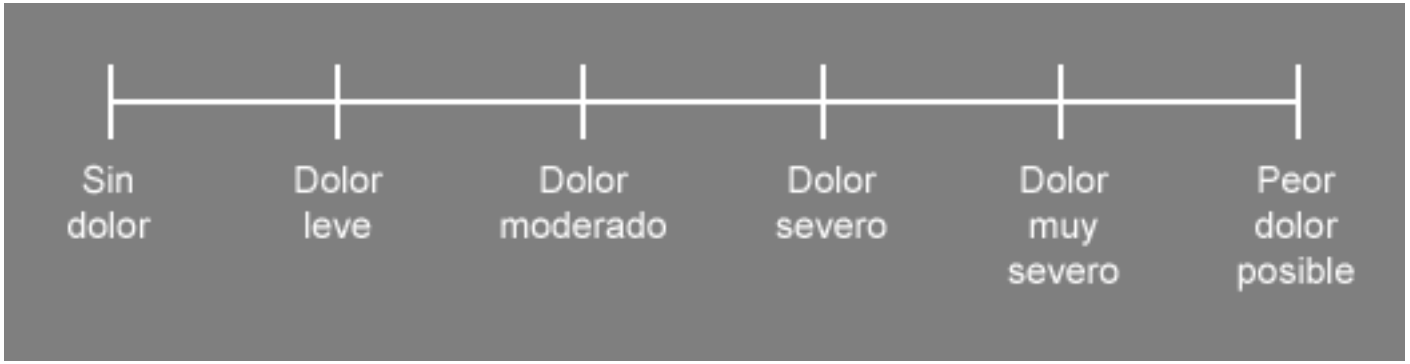
3. Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

Escala Numérica (NRS): (**Cuadro 6**) El paciente valora el dolor en una escala que va de 0 a 10.

Escala Verbal (VRS): (**Cuadro 7**) El paciente clasifica el dolor verbalmente en una escala de Likert: “ningún dolor”, “dolor leve”, “dolor moderado”, “dolor severo”, “dolor muy severo” o “peor dolor posible”.



Cuadro 6: Escala Numérica (NRS).



Cuadro 7: Escala Verbal (VRS).

Escala de expresiones faciales y del comportamiento: Puntuación de expresiones faciales. La escala de expresiones faciales puntúa el nivel de dolor (de 0 a 10 hacia la izquierda) según la valoración del cuidador al observar la expresión facial del paciente. La valoración se efectúa una vez al día o más (arriba aparecen 14 días). Esta valoración del grado de malestar debe realizarse, en la medida de lo posible, a la misma hora todos los días y durante el mismo nivel de actividad. Anotar si se administra medicación si precisa rescate, o dosis.

Escala del comportamiento: (**Cuadro 8**) Se pueden utilizar los cambios en el comportamiento para valorar el dolor o el malestar, y de ese modo valorar la eficacia de las intervenciones. Se trata de una gráfica, en la parte superior del gráfico de valoración, una vez observado el comportamiento, se puede puntuar de 10 (siempre) a 0 (nunca). En la columna de la izquierda, se hace una lista de los comportamientos que se valoran y puntúan durante 24 horas. Esta tabla califica 9 comportamientos diferentes durante 14 días. El cuidador puede ampliar la escala añadiendo “balanceo”, “gritos”, etc. Anotar si se administra medicación si precisa o no de rescate. Esta herramienta debe adaptarse para un uso individual.

Cuestionario de dolor de McGill: (**Cuadro 9**).

10 - siempre 8 - casi siempre 6 - a menudo 4 - ocasionalmente 2 - rara vez 0 - nunca

Fecha y hora														
COMPORTAMIENTO														
come poco														
tenso														
tranquilo														
indica dolor														
reclama atención														
deambula														
respiración ruidosa														
sueño deficiente														
caprichoso														
medicación si precisa														

Cuadro 8: Escala del comportamiento

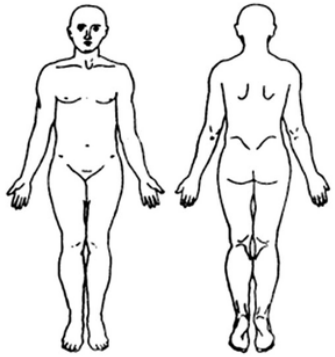
McGill Pain Questionnaire

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____
(1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1	FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNDING	11	TIRING EXHAUSTING
2	JUMPING FLASHING SHOOTING	12	SICKENING SUFFOCATING
3	PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING	13	FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING
4	SHARP CUTTING LACERATING	14	PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING
5	PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING	15	WRETCHED BLINDING
6	TUGGING PULLING WRENCHING	16	ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE
7	HOT BURNING SCALDING SEARING	17	SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING
8	TINGLING ITCHY SMARTING STINGING	18	TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING
9	DULL SORE HURTING ACHING HEAVY	19	COOL COLD FREEZING
10	TENDER TAUT RASPING SPLITTING	20	NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING
		PPI	
		0	NO PAIN
		1	MILD
		2	DISCOMFORTING
		3	DISTRESSING
		4	HORRIBLE
		5	EXCRUCIATING

BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS
MOMENTARY	PERIODIC	STEADY
TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT



E = EXTERNAL
I = INTERNAL

COMMENTS:

Cuadro 9: Cuestionario de dolor de McGill

Píriz Campos RM et al en su “Valoración del dolor en un paciente con úlcera por presión (UPP)”[39] realizaron un trabajo que se presentó en la Jornada de “mejora continua de la calidad de los cuidados en úlceras por presión y heridas crónicas” celebrado en Toledo en el año 2009. Realizrón la valoración e una mujer de 76 años (grupo de edad que con frecuencia sobre este tipo de alteraciones) que vive en un centro sociosanitario y que presenta una UPP a nivel sacro en estadio III. A través de la valoración por patrones funcionales de salud de M. Gordon se ha descrito el diagnóstico de enfermería de “dolor agudo” y se presenta el plan de cuidados según taxonomía NANDA (North American Nursing Association), NIC (Nursing Intervention Classification), NOC (Nursing Outcome Clasification).

Se pretende incidir en la importancia de valorar el dolor en los pacientes que sufren este tipo de lesiones, ya que aunque se sabe que está presente en la mayor parte de las heridas crónicas, en numerosas ocasiones ha sido minusvalorado por los profesionales de enfermería, lo que ha hecho que no se tratase, empeorando la calidad de vida del paciente, por sus repercusiones tanto físicas como psicológicas. Este caso, pone de manifiesto como valorar el dolor en una paciente que presenta una úlcera pro presión, ayuda a establecer un plan de cuidados individualizado en el que el tratamiento y alivio del dolor se convierte en una de las prioridades de dicho plan. Como resultado de las intervenciones realizadas, la percepción de dolor mejora, ayudando a mejorar la movilidad de la paciente y su descanso nocturno.

Teniendo en cuenta la taxonomía NANDA, destacan dos diagnósticos de enfermería relativos al dolor:

Dolor agudo: (00132)

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

Factores relacionados:

- Agentes biológicos.
- Agentes químicos.
- Agentes físicos.
- Agentes psicológicos.

Características:

- Comunicación verbal de los descriptores del dolor.
- Comportamiento de defensa; protección.
- Máscara facial de dolor.

- Alteración del tono muscular.
- Respuestas autónomas, como aumento de la tensión arterial, cambios en el pulso, frecuencia respiratoria aumentada o disminuida.
- Conducta de defensa.
- Conducta de protección.
- Irritabilidad.
- Informes verbales de dolor.

Objetivos (NOC):

- Control del dolor (1605).
- Dolor: efectos nocivos (2101).
- Nivel del dolor (2102).

Intervenciones (NIC):

- Aplicación de calor o frío (1380).
- Manejo del dolor (1400).
- Administración de analgésicos (2210).
- Manejo de la medicación (2380).
- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Terapia de relajación simple (6040).

Dolor crónico: (00133)

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible de una duración mayor de seis meses.

Factores relacionados:

- Incapacidad física o psicosocial crónica.

Características:

- Cambios ponderales.
- Atrofia de los grupos musculares implicados.
- Cambios en el patrón del sueño.
- Fatiga.
- Temor a nuevas lesiones.
- Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas.
- Anorexia.
- Irritabilidad.
- Depresión.

- Conducta de defensa.
- Conducta de protección.
- Agitación.
- Informes verbales de dolor.

Objetivos (NOC):

- Control del dolor (1605).
- Nivel del dolor (2102).

Intervenciones (NIC):

- Aplicación de calor o frío (1380).
- Manejo del dolor (1400).
- Administración de analgésicos (2210).
- Manejo de la medicación (2380).
- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (2400).

- Escucha activa (4920).
- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Terapia de relajación simple (6040).

Al igual que resulta de vital importancia el tratamiento del dolor, es también un pilar importante la prevención del dolor con la aplicación de medidas como podrían ser la siguientes[44]:

1. Usar un elevador o una sábana de transferencia para minimizar la fricción y/o cizallamiento cuando se recalque a un individuo, manteniendo la ropa de cama estirada y sin arrugas. (Fuerza de la Evidencia C)
2. Colocar al individuo sin que tenga contacto con la úlcera por presión en la medida de lo posible. (Fuerza de la Evidencia C)

3. Evitar las posturas que aumenten la presión, como la postura de Fowler mayor de 30º o 90º en decúbito lateral, o la postura de semi-recostado. (Fuerza de la Evidencia C)
4. Minimizar el dolor de la úlcera por presión tratando con cuidado todas las heridas; enjuagándolas sin frotarlas innecesariamente durante su limpieza; y protegiendo la piel circundante a la herida. (Fuerza de la Evidencia C)
5. Organizar la administración de los cuidados para asegurar su coordinación con la administración de la medicación y que se produzca el mínimo de interrupciones posibles. (Fuerza de la Evidencia C)
6. Invitar a los individuos a que soliciten un descanso durante cualquier procedimiento que le provoque dolor. (Fuerza de la Evidencia C)

7. Reducir el dolor de las úlceras por presión manteniendo el lecho de la herida cubierto y húmedo mediante un pósito no adherente. (Fuerza de la Evidencia B)
8. Utilizar apósitos que provoquen menos dolor y/o aquellos que normalmente requieran de menos cambios frecuentes (por ejemplo, hidrocoloides, hidrogeles, alginatos, espumas de membranas poliméricas, espuma, apósitos de silicona blanda, y apósitos impregnados de ibuprofeno). Hay que tener en cuenta que los apósitos de gasa suelen causar dolor.
9. Para un individuo con dolor provocado por una úlcera por presión, puede resultar beneficioso oír música, la meditación, otras distracciones, mantener conversaciones así como la contemplación de imágenes guiadas. (Fuerza de la Evidencia C)

10. Administrar realmente la medicación para el dolor, siguiendo la dosis apropiada, para controlar el dolor crónico según la Escala de Dosificación de la Organización Mundial de la Salud. (Fuerza de la Evidencia C)
11. Promover el cambio de postura del paciente como un medio para reducir el dolor, siempre que se actúe de acuerdo con los deseos del individuo. (Fuerza de la Evidencia C)

Existen una serie de factores que pueden resultar agravantes o atenuantes del dolor[47]:

Factores agravantes:

- Una categoría más alta o una mayor gravedad de la herida se asocian a mayores niveles de dolor.

- Las intervenciones (por ejemplo: cambios de apósito, desbridamiento, tratamientos locales) se asocian a mayor dolor que cuando las heridas están en recuperación.
- Apósitos: Se considera que causan dolor los apósitos hidrocoloides con adhesivos fuertes y los apósitos húmedos tapados que “secan”.
- Ansiedad y expectativas de dolor.
- Presencia de infección.

Factores atenuantes:

- Apósitos: la silicona, los hidrogeles, los alginatos, los apósitos de membrana polimérica y los apósitos de espuma precisan cambios menos frecuentes y, al quitarse, causan menos dolor y traumatismos.
- Analgésicos tópicos (p. ej., apósitos impregnados con ibuprofeno, morfina tópica) y analgesia sistémica.

- Cambios de postura según los solicite el paciente.
- Superficies de apoyo adecuadas.

Para dar encuadre a otro de los objetivos planteados, como es la valoración de la utilidad de la aplicación de las Guías de Buenas Prácticas de Enfermería de la RNAO, en la práctica clínica para paciente con heridas crónicas. El Centro Español para los Cuidados de salud Basado en la Evidencia (CECBE) forma parte de la Colaboración Internacional Joanna Briggs y se encuentra ubicado en la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii, en el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

Los centros colaboradores del Instituto Joanna Briggs (IJB) promueven la práctica de cuidados basado en la evidencia a nivel mundial, a través de la búsqueda y valoración de la evidencia científica, la divulgación de la mejor evidencia disponible, su implantación en la práctica clínica y la evaluación del imparto que la utilización de la evidencia tiene sobre la salud.

Sus actividades se dirigen fundamentalmente a las disciplinas de enfermería, matronas, fisioterapia, nutrición y dietética, terapia ocupacional y en general a los profesionales de la salud, así como a los usuarios de los servicios de salud, sus familias y cuidadores.

Desde la creación del CECBE se han establecido acuerdos de colaboración entre el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y las Comunidades Autónomas (CCAA) del territorio español, con el fin de potenciar la implantación de los cuidados basados en la evidencia en todo el territorio nacional.

Las Guías de Buenas Prácticas, en un esfuerzo por acercar la evidencia a la práctica clínica, la Registered Nurses' Associacion of Ontario (RNAO) publica Guías de Buenas Prácticas en Enfermería, y otros documentos, permitiendo su acceso gratuito para que las enfermeras puedan incorporarlas a su práctica diaria.

Para facilitar su lectura y uso a todas las enfermeras hispanoparlantes, el CECBE ha traducido las Guías Clínicas de Buenas Prácticas en Enfermería, las Guías de Buenas Prácticas para Entornos Laborales Saludables, la Herramienta de apoyo a la implantación de buenas prácticas y otros documentos relaciones, con una acceso gratuito para su consulta.

Para este caso podrían resultar de gran utilidad las siguientes guías:

- **"Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión"[45].**

Esta Guía ayudará a enfermeras en los diversos entornos de trabajo a identificar el riesgo de úlceras por presión en adultos. También les resultará útil para determinar las intervenciones iniciales para la prevención de úlceras por presión, así como para el manejo de las úlceras por presión en el estadio I.

Dentro de las recomendaciones incluidas en esta guía podemos destacar:

- Recomendación 1.4b: Si se identifican úlceras por presión, se recomienda el uso de la guía de buenas prácticas de la RNAO Valoración y manejo de las úlceras por presión en los estadios del I al IV. Nivel de evidencia IV
- Recomendación 2.1: Un plan personalizado de cuidados se basa en los datos de la valoración, los factores de riesgo identificados y los objetivos del paciente. El plan se desarrolla en colaboración con el paciente, su pareja y los profesionales sanitarios. Nivel de evidencia IV

- Recomendación 3.3a: Tener en cuenta el impacto del dolor, el cual puede reducir la movilidad y la actividad. Las medidas de control del dolor pueden abarcar una medicación eficaz, las posturas terapéuticas, las superficies de apoyo y otras intervenciones no farmacológicas. Monitorizar el grado de dolor de manera frecuente, empleando una herramienta válida de valoración del dolor. Nivel de evidencia IV
- Recomendación 3.3b: Tener en cuenta el riesgo de deterioro de la integridad cutánea del paciente debido a la pérdida de la sensibilidad protectora o de la capacidad de percibir el dolor y de responder a él adecuadamente (p. ej. bajo los efectos de analgésicos, sedantes, neuropatías, etc.). Nivel de evidencia IV
- Recomendación 3.3c: Considerar el impacto del dolor en la perfusión de tejidos locales. Nivel de evidencia IV

- **“Valoración y manejo de las úlceras por presión en los estadios del I al IV”[9].**

Dentro de las recomendaciones incluidas en esta guía podemos destacar:

- Recomendación 1.2: Llevar a cabo una valoración psicosocial para determinar los objetivos del paciente y su capacidad y motivación para comprender las opciones del plan de cuidados y conseguir su adherencia. Nivel de evidencia IV
- Recomendación 1.3: Valorar la calidad de vida desde el punto de vista del paciente. Nivel de evidencia IV
- Recomendación 1.6: Valorar el dolor asociado a las úlceras por presión o su tratamiento en los pacientes. Nivel de evidencia IV

- Recomendación 1.7: Valorar la localización, la frecuencia y la intensidad del dolor para determinar la presencia de una enfermedad subyacente, la exposición de las terminaciones nerviosas, la eficacia de los cuidados de las lesiones locales y las necesidades psicológicas. Nivel de evidencia IIb
- Recomendación 3.1a: Para planificar el tratamiento y evaluar su eficacia, conviene hacer una valoración inicial de las úlceras por presión para comprobar: Nivel de evidencia IV
  - Estadio o profundidad.
  - Localización.
  - Área de la superficie (longitud x anchura) (mm2, cm2).
  - Olor.
  - Fístulas, caverna o tunelización.

- Exudado.
- Aspecto del lecho de la herida.
- Estado de la piel circundante y de los bordes de la herida.

- Recomendación 3.1b: Llevar a cabo una valoración semanal completa para determinar el progreso de la herida y la eficacia del plan de tratamiento. Se monitorizan las variaciones en la valoración cada vez que se cambian los apósitos. La aparición de variaciones indica que es necesario hacer una nueva valoración. Nivel de evidencia IV

- Recomendación 3.2a: Las úlceras o lesiones en las extremidades inferiores en pacientes con cuidados paliativos agudos que presentan escara seca no deben someterse a desbridamiento si no tienen edema, eritema, fluctuación o drenaje. Estas heridas se valoran diariamente para monitorizar complicaciones de las úlceras por presión que requieran desbridamiento. Nivel de evidencia IV
- Recomendación 3.2b: Se recomienda una valoración vascular (p. ej. valoración clínica, pulsos podales, llenado capilar, Índice de presión brazo/tobillo y presión en el dedo del pie) con el fin de descartar la posibilidad de problemas vasculares. Nivel de evidencia IV
- Recomendación 3.2c: Determinar si el desbridamiento es apropiado para el paciente y su herida. Nivel de evidencia IV

- Recomendación 3.2d: Si está indicado el desbridamiento, se seleccionará el método apropiado para aplicarlo considerando: Nivel de evidencia IV
  - Los objetivos del tratamiento (como la posibilidad de cicatrización).
  - El estado del paciente (p. ej. final de la vida, dolor, riesgo de sangrado, preferencia del paciente, etc.).
  - Tipo, cantidad y localización de tejido necrótico. n Profundidad y cantidad de drenaje.
  - Disponibilidad de recursos.
- Recomendación 3.2e: Se deberá aplicar un desbridamiento cortante cuando la necesidad sea urgente, como en el caso de celulitis avanzada o sepsis, aumento del dolor, exudado y olor. Deberá llevarlo a cabo una persona experta. Nivel de evidencia IV

- Recomendación 3.2g: Prevenir o manejar el dolor asociado con el desbridamiento. Consultar a un miembro del equipo de salud que sea experto en el manejo del dolor. Nivel de evidencia IV
- Recomendación 3.4c: El líquido que se utilice para la limpieza debe calentarse como mínimo hasta temperatura ambiente. Nivel de evidencia III
- Recomendación 3.5a: Para ampliar las opciones de manejo de las heridas, tenga en cuenta las siguientes consideraciones:
  - Etiología de la herida.
  - Estado general y preferencias del paciente, objetivos de los cuidados y entorno.
  - Estilo de vida.
  - Calidad de vida.

- Localización de la herida.
- Tamaño de la herida, incluyendo profundidad y socavamiento.
- Dolor.
- Un apósito que cubra la cavidad de la herida sin comprimirla.
- Exudado: tipo y cantidad.
- Riesgo de infección.
- Riesgo de recurrencia.
- Tipo de tejido afectado.
- Fase del proceso de cicatrización.
- Frecuencia de cambio del apósito.
- Comodidad y aspecto estético.

- Dónde y quién cambiará el apósito.
- Disponibilidad de productos.
- Terapias complementarias.

- Recomendación 3.6a: Consultar a un fisioterapeuta para un tratamiento con electroterapia en el caso de las úlceras por presión en el estadio III y IV que no respondan a la terapia convencional. La estimulación eléctrica también puede ser útil para las úlceras recalcitrantes en estadio II. Nivel de evidencia Ib
- Recomendación 3.6b: Las úlceras por presión crónicas se pueden tratar mediante:
  - Estimulación eléctrica. Nivel de evidencia Ib
  - Luz ultravioleta C. Nivel de evidencia IIa
  - Terapia de calentamiento. Nivel de evidencia Ib

- Factores de crecimiento. Nivel de evidencia Ib
- Equivalentes de piel. Nivel de evidencia IV
- Terapia de heridas mediante presión negativa. Nivel de evidencia IV n Oxígeno hiperbárico. Nivel de evidencia IV

- Recomendación 5.1: En la medida de lo posible, implicar al paciente y al cuidador en la planificación de las estrategias de tratamiento y prevención de las úlceras por presión. Incluir información sobre el dolor, el malestar, los posibles resultados y la duración del tratamiento, si se conocen.Otros aspectos de la educación pueden incluir la información facilitada al paciente sobre superficies de apoyo apropiadas, así como la función de los diversos profesionales sanitarios.

- Colaborar con el paciente, sus familiares y sus cuidadores para concebir e implantar un plan de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Nivel de evidencia IV

- **"La disminución de las complicaciones del pie en las personas diabéticas"[46].**

Esta guía de buenas prácticas se centra en respaldar a las enfermeras que ayudan a las personas con diabetes a disminuir el riesgo de complicaciones del piel. En concreto, la presente guía ayuda a las enfermeras que no son especialistas en cuidados de la diabetes a:

- Realizar una valoración del riesgo de ulceración del pie.
- Proporcionar educación básica para la prevención de las úlceras del pie a todos los pacientes con diabetes.

- Implantar las intervenciones que sean apropiadas cuando los pacientes se clasifiquen como de alto riesgo de padecer úlceras o amputaciones del pie.

Dentro de las recomendaciones incluidas en esta guía podemos destacar:

- Recomendación 1.0: La exploración física de los pies para valorar los factores de riesgo de ulceración o amputación debe realizarse por un profesional de la salud. Nivel de evidencia Ib
- Recomendación 1.1: Dicha exploración física debe realizarse al menos una vez al año en todas las personas diabéticas de más de 15 años y a intervalos más frecuentas en aquellas con un mayor riesgo. Nivel de evidencia IV

- Recomendación 3.0: Basándose en la valoración de los factores de riesgo, todos los pacientes deben clasificarse como de "bajo" o "alto" riesgo de padecer úlceras o amputaciones del pie. Nivel de evidencia IV
- Recomendación 6.0: Los individuos valorados como de riesgo "elevado" de padecer úlceras o amputación del pie, deben conocer su estatus y ser derivados al profesional de atención primaria que les corresponda o a un especialista en diabetes o a un tratamiento de cuidados del pie o a un equipo de educación cuando sea apropiado. Nivel de evidencia IV

- **“Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales”[47].**

En el contexto de la presente Guía se hace referencia al equipo interprofesional como al compuesto por profesionales de la salud regulados que se ocupan del cuidado de estas heridas (es decir, valoración de las lesiones por presión y del riesgo de desarrollar nuevas lesiones, manejo de las lesiones por presión existentes) entre las personas que las sufren. Si bien son aplicables los principios para la prevención de este tipo de lesiones, la presente Guía se centra en la valoración y el manejo de lesiones por presión ya existentes. Esta guía sustituye a la guía de Buenas Prácticas de la RNAO de Valoración y manejo de las úlceras por presión en las categorías del al IV (2007).

Dentro de las recomendaciones incluidas en esta guía podremos destacar:

- Recomendación 1.1: Elaborar una historia clínica, una historia psicosocial y una exploración física en la evaluación inicial y siempre que se produzca algún cambio significativo en el estado de salud del paciente. Nivel de evidencia V
- Recomendación 1.3: Evaluar la lesión por presión del paciente con la misma herramienta de valoración en la exploración inicial y siempre que se produzca un cambio significativo en dicha lesión. Nivel de evidencia V
- Recomendación 1.6: Valorar la presencia de dolor debido a la lesión por presión en la exploración inicial y continuar monitorizando el dolor en intervenciones posteriores, antes y después de cada cura de la herida, utilizando la misma herramienta válida y fiable de acuerdo con la capacidad cognitiva de la persona. Nivel de evidencia V

- Recomendación 2.1: Conseguir las derivaciones o interconsultas necesarias para planificar y coordinar un plan de cuidados de las lesiones por presión. Nivel de evidencia V
- Recomendación 2.2: Desarrollar un plan de cuidados de las lesiones por presión que incorpore los objetivos consensuados entre el paciente, sus cuidadores y el equipo interprofesional. Nivel de evidencia Ia
- Recomendación 3.5: Aplicar estimulación eléctrica (cuando sea posible) como complemento a los cuidados de la herida para acelerar la cicatrización y fomentar el cierre de la lesión en las heridas por presión de categoría 2, 3 y 4 cuya progresión se ha estancado pero que son cicatrizables. Nivel de evidencia Ia

- Recomendación 3.6: Aplicar como alternativa los siguientes tratamientos para acelerar el cierre de heridas estancadas pero cicatrizables, según corresponda y cuando sea posible:
  - Terapia electromagnética (nivel de evidencia Ib).
  - Ultrasonidos (nivel de evidencia Ib).
  - Luz ultravioleta (nivel de evididencia Ib).
  - No plantearse el uso del siguiente tratamiento para acelerar el cierre de heridas estancadas pero cicatrizables: Tratamiento láser.
- Recomendación 3.7: Ofrecer tratamiento de la herida con presión negativa a los pacientes que presenten lesiones de categoría 3 y 4 en circunstancias excepcionales, así como para lograr una mejoría de la calidad de vida y de acuerdo con las demás preferencias de paciente y sus familiares.

Nivel de evidencia V

- Recomendación 3.8: Colaborar con el paciente y las personas de su entorno para implantar un plan de manejo autónomo de las lesiones por presión. Nivel de evidencia Ia
- Recomendación 3.9: Implantar un plan de manejo del dolor a través de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Nivel de evidencia V
- Recomendación 5.1: Desarrollar y aplicar de forma integral y sostenible unos programas formativos interprofesionales de manejo de las lesiones por presión, dirigidos a personal clínico y a estudiantes de las diversas especialidades sanitarias. Nivel de evidencia V

- **“Valoración y manejo de las úlceras venosas en las piernas”[48].**

Dentro de las recomendaciones incluidas en esta guía podremos destacar:

- Recomendación 1: La valoración y las investigaciones clínicas deben ser realizadas por profesionales sanitarios formados y experimentados en el manejo de úlceras en la pierna. Nivel de evidencia III, Equipo de consenso de la RNAO, 2004
- Recomendación 5: Se mide el área de la superficie de las úlceras, a intervalos regulares, para controlar el progreso. La longitud y anchura máximos o el trazado sobre una transparencia son métodos útiles. Nivel de evidencia II

- Recomendación 6: La estimación de la calidad de vida del paciente debe incluirse en la conversación inicial sobre el plan de cuidados, a lo largo del tratamiento y una vez cicatrizada la úlcera. Nivel de evidencia III, Equipo de consenso de la RNAO, 2004
- Recomendación 7: Se valora el estado funcional, cognitivo y emocional del paciente y sus familiares para manejar los autocuidados. Nivel de evidencia III, Equipo de consenso de la RNAO, 2004
- Recomendación 13: Valoración del dolor. Nivel de evidencia III, Equipo de consenso de la RNAO, 2004
- Recomendación 14: El dolor puede caracterizar tanto las enfermedades venosas como las arteriales, y se debe tener en cuenta. Nivel de evidencia II

- Recomendación 15: Conviene prevenir o manejar el dolor asociado al desbridamiento. Consulte a un médico y a un farmacéutico según se requiera. Nivel de evidencia III, Equipo de consenso de la RNAO, 2004)
- Recomendación 19: Evitar productos que habitualmente generen sensibilidad en la piel, como los que contienen lanolina, alcohol fenol o antibióticos tópicos. Nivel de evidencia III, Equipo de consenso de la RNAO, 2004
- Recomendación 53: En ausencia de evidencias de cicatrización, se debe efectuar una valoración exhaustiva a intervalos de tres meses, o con más frecuencia si el estado clínico se deteriora. Nivel de evidencia III, Equipo de consenso de la RNAO, 2004

- Recomendación 61: Los programas de formación para profesionales de la salud deben abarcar: Nivel de evidencia III, Equipo de consenso de la RNAO, 2004
  - Fisiopatología de las úlceras de la pierna.
  - Valoración de las úlceras de la pierna.
  - Necesidad de ultrasonido Doppler para controlar el Índice de presión brazo-tobillo (ABPI).
  - Cicatrización normal y anormal.
  - Teoría, manejo y aplicación de la terapia de compresión.
  - Selección de apósitos.
  - Principios de desbridamiento.
  - Principios de limpieza y control de infecciones.
  - Cuidados de la piel de la parte inferior de la pierna.

- Manejo y cuidados de la piel perilesional.
- Impacto psicológico de las enfermedades venosas por estasis.
- Calidad de vida.
- Manejo del dolor.
- Educación y apoyo para los cuidadores.
- Educación sanitaria.
- Prevención de la recurrencia.
- Principios de apoyo nutricional relacionados con la integridad de los tejidos.
- Mecanismos de documentación y monitorización de los datos pertinentes con exactitud, como intervenciones y progreso de la cicatrización.

- Criterios de derivación para valoraciones especializadas.

- "Valoración y manejo de úlceras del pie diabético"[49].

El cuidado de pacientes con úlceras de pie diabético es una cuestión interdisciplinar. La eficacia de los cuidados depende de un enfoque interdisciplinar coordinado, que incluya la comunicación constante entre los profesionales sanitarios y el paciente.

Dentro de las recomendaciones incluidas en esta guía podremos destacar:

- Recomendación 1.0: Recabar la información necesaria para la realización de una historia clínica integral y realizar un examen físico de la(s) extremidad(es) afectada(s). Nivel de evidencia Ib – IV

- Recomendación 1.1: Identificar la localización y clasificación de la(s) úlcera(s) del pie y medir la longitud, anchura y profundidad del lecho de la(s) úlcera(s). Nivel de evidencia Ia – IV
- Recomendación 1.2: Valorar el lecho de la úlcera, el exudado, el olor, la piel perilesional y el dolor. Nivel de evidencia IV
  - Dolor (Nivel de evidencia III): Aunque el dolor puede ser infrecuente en trastornos del pie diabético, la evidencia de un aumento del dolor combinada con el deterioro de la integridad de la piel son sólidos indicadores (100% especificidad) de infección en heridas crónicas (Gardner, Frantz, & Doebbeling, 2001). El dolor en un pie anteriormente insensible también puede indicar una artropatía de Charcot.

- Recomendación 1.7: Documentar las características de las úlcera(s) del pie después de cada valoración, incluyendo localización, clasificación y hallazgos anómalos. Nivel de evidencia IV
- Recomendación 2.1: Desarrollar un plan de cuidados para el manejo de la(s) úlcera(s) de pie diabético que incluya objetivos de común acuerdo entre el paciente y los profesionales sanitarios. Nivel de evidencia IV
- Recomendación 2.3: Colaborar con el paciente/personas de apoyo y equipo interdisciplinar para establecer objetivos de común acuerdo para mejorar la calidad de vida si se han tratado los factores relacionados con una mala cicatrización, y la curación total de la úlcera es improbable. Nivel de evidencia IV

- Recomendación 3.0: Implantar un plan de cuidados para mitigar los factores de riesgo relacionados con la cicatrización de la herida. Nivel de evidencia IV
- Recomendación 3.3: La educación es esencial como estrategia para que los pacientes tomen parte activa en los autocuidados y la prevención o reducción de complicaciones. Nivel de evidencia Ia

- **"Valoración y manejo del dolor"[50].**

A nivel mundial, el dolor que no se alivia o mal gestionado es una carga para la persona, el sistema de salud y la sociedad; y el dolor es una preocupación durante toda la vida (Lynch, 2011).

Se ha demostrado que la prevalencia del dolor persistente aumenta con la edad; y se ha identificado el dolor persistente en aproximadamente el 65 por ciento de la población de personas mayores (> 65 años de edad) que viven en su comunidad y en el 80 por ciento de las personas mayores que viven en centros de cuidados a largo plazo (Hadjistavropoulos et al., 2009; Lynch, 2011).

El dolor persistente supone una carga física, emocional y socioeconómica para la persona con dolor o con riesgo de cualquier tipo de dolor y para sus familias o cuidadores (Pompili et al., 2012). El dolor es muy subjetivo y multidimensional y posee componentes sensoriales, cognitivos y afectivos (IASP, 2012a). El manejo del dolor debe estar centrado en la persona, ser multidimensional e integral, teniendo en cuenta los factores biopsicosociales, espirituales y culturales que afectan a la persona.

El manejo del dolor debe ser un esfuerzo del equipo interprofesional (Cancer Care Ontario, 2008; Institute for Clinical Systems Improvement [ICSI], 2009).

El equipo de expertos de la guía Valoración y manejo del dolor de la RNAO han desarrollado estos principios rectores para esta edición de la guía:

Toda persona tiene el derecho a esperar:

- Que su dolor sea reconocido y respetado.
- La mejor valoración y manejo posibles, personalizados y basados en la evidencia, incluyendo los componentes biopsicosociales relevantes.
- La información continua y la educación acerca de la valoración y manejo del dolor.
- La implicación como participante activo en sus propios cuidados en colaboración con el equipo interprofesional.

- La comunicación y documentación entre los miembros de los equipos interprofesionales que participan en su cuidado para monitorizar y controlar el dolor.

Dentro de las recomendaciones incluidas en esta guía podremos destacar:

- Recomendación 1.1: Detectar la presencia, o riesgo, de cualquier tipo de dolor: Nivel de evidencia Ib
  - Al ingreso o consulta con un profesional sanitario.
  - Después de un cambio en la situación clínica.
  - Antes, durante y después de un procedimiento.
- Recomendación 1.2: Realizar una valoración integral del dolor en las personas a las que se les haya detectado la presencia de dolor, o el riesgo de cualquier tipo de dolor utilizando un enfoque sistemático y herramientas validadas apropiadas. Nivel de evidencia Ib

- Recomendación 1.3: Realizar una valoración integral del dolor en personas incapaces de expresar su propio dolor utilizando una herramienta validada. Nivel de evidencia III
- Recomendación 1.4: Explora las creencias, el conocimiento y el nivel de comprensión sobre el dolor y el manejo del dolor de la persona. Nivel de la evidencia IV
- Recomendación 1.5: Registrar las características del dolor del paciente. Nivel de evidencia IIa
- Recomendación 2.1: Colaborar con la persona a identificar sus metas para el manejo del dolor y las estrategias adecuadas para garantizar un enfoque integral para el plan de cuidados. Nivel de la evidencia Ib

- Recomendación 2.2: Establecer un plan integral de cuidados que incorpore los objetivos de la persona y del equipo interprofesional y que contemple: Nivel de evidencia III
  - Evaluación de los resultados.
  - Las creencias, el conocimiento y el nivel de compresión de la persona.
  - Las características personales y las características del dolor.
- Recomendación 3.1: Implantar el plan de manejo del dolor utilizando principios que maximicen la eficacia y minimicen los efectos adversos de las intervenciones farmacológicas incluyendo: Nivel de evidencia Ib

- Un enfoque de analgesia multimodal.
- Un cambio de opioides (dosis o vías de administración) cuando sea necesario.
- La prevención, la valoración y el manejo de los efectos adversos durante la administración de analgésicos opioides.
- Prevención, valoración y manejo de los riesgos de los opiáceos.

- Recomendación 3.2: Evaluar las intervenciones no farmacológicasG (físicas y psicológicas) para la eficacia con las intervenciones farmacológicas. Nivel de evidencia Ib
- Recomendación 3.3: Formar a la persona, su familia y los cuidadores sobre las estrategias de manejo del dolor en su plan de cuidados y abordar las preocupaciones y creencias erróneas.

Nivel de evidencia Ib

- Recomendación 4.1: Volver a valorar la respuesta de la persona a las intervenciones de manejo de dolor constantemente utilizando la misma herramienta de valoración. La frecuencia de las valoraciones vendrán determinadas por: Nivel de evidencia IIb
  - La presencia del dolor.
  - La intensidad del dolor.
  - La estabilidad de la situación clínica del paciente.
  - El tipo de dolor, por ejemplo agudo versus persistente.
  - La institución de salud.
- Recomendación 4.2: Comunicar y registrar las respuestas de la persona al plan de manejo del dolor. Nivel de evidencia IIb

- Recomendación 5.1: Las instituciones educativas deben incorporar esta guía, Valoración y manejo del dolor (3ª ed.), en los programas curriculares interprofesionales y de enfermería para los programas de enfermería, formación profesional y medicina para promover la práctica basada en la evidencia. Nivel de la evidencia IIb
- Recomendación 5.2: Incorporar los contenidos sobre las estrategias de transferencia del conocimiento en los programas de formación para los profesionales de la salud para trasladar a la práctica la evidencia relacionada con el manejo del dolor. Nivel de la evidencia IIb
- Recomendación 5.3: Promover la formación y la colaboración interprofesional en relación con la valoración y manejo del dolor en las instituciones académicas. Nivel de evidencia Ib

- Recomendación 5.4: Los profesionales de la salud deben participar en la formación continua para mejorar los conocimientos específicos y las habilidades relacionadas con la valoración y manejo del dolor de forma efectiva basándose en la guía Valoración y manejo del dolor (3ª ed). Nivel de evidencia IV
- Recomendación 6.1: Establecer la valoración y manejo del dolor como una prioridad estratégica en salud. Nivel de evidencia IV
- Recomendación 6.2: Establecer un modelo de cuidados para apoyar la colaboración interprofesional para la valoración y manejo del dolor eficaz. Nivel de evidencia IIb

- Recomendación 6.3: Utilizar el proceso de transferencia del conocimiento y las estrategias multimodales en las instituciones para ayudar a los profesionales de la salud a utilizar en la práctica la mejor evidencia en la valoración y manejo del dolor. Nivel de evidencia III
- Recomendación 6.4: Utilizar un enfoque sistemático para toda la insitución para implantar la guía de buenas prácticas Valoración y manejo del dolor (3ª ed.) y proporcionar los recursos y los apoyos administrativos e institucionales para facilitar su adopción. Nivel de evidencia IV

Enfoque analgésico multimodal:

Los ensayos controlados aleatorios describieron la eficacia de un enfoque analgésico multimodal para el manejo del dolor.

Un enfoque analgésico multimodal o intervención farmacológica incluye analgésicos no opioides, como los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs); opioides (por ejemplo, morfina) y medicamentos adyuvantes (por ejemplo, antidepresivos, anticonvulsivos, agentes anestésicos) que actúan a través de diferentes mecanismos para modular el dolor de una persona (Cancer Care Ontario, 2008; AMDA, 2012; OCSMC, 2010; SIGN, 2008; Vargas-Schaffer, 2010). Las enfermeras trabajan con el equipo interprofesional para ajustar el tipo, la dosis, la vía y la programación de medicamentos basados en la respuesta de la persona. Este tipo de enfoque maximiza la eficacia analgésica y puede reducir el consumo general de opioides, reduciendo al mínimo los efectos adversos (RNAO, 2007; Vargas-Schaffer, 2010).

Para maximizar la eficacia y minimizar los efectos adversos de un enfoque analgésico multimodal, las enfermeras deben utilizar los siguientes principios para guiar la práctica:

1. Utilice la forma más eficaz y menos invasiva de administrar analgésicos.
2. Considere la posibilidad de un enfoque analgésico multimodal para el tratamiento del dolor:
   - Utilice los no opioides para manejar dolor de leve a moderado (paracetamol o AINEs).
   - Utilice opioides en combinación con no opioides para manejar el dolor de moderado a grave.

- Utilice modalidades avanzadas, como la analgesia controlada por el paciente (ACP), epidural, intratecal. y el bloqueo de nervios, que puede proporcionar una analgesia superior para manejar el dolor persistente, no maligno o dolor causado por cáncer y dolor agudo derivado de los principales procedimientos quirúrgicos o lesiones (Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine [ANZCA], 2010 Vargas-Schaffer, 2010).

En situaciones de dolor complejas, el uso rutinario de los no opioides no es excluyente y puede ser utilizado en combinación con otras modalidades.

3. Promover el programa de dosificación más eficaz, teniendo en cuenta su aparición, la duración de la medicación, efecto(s) y la vida media. La dosis óptima la analgesia es la que alivia eficazmente el dolor con unos efectos adversos mínimos.

4. Reconocer posibles contraindicaciones, como comorbilidades o interacciones fármaco-fármaco, relacionadas con la situación de salud de la persona.
5. Valorar cualquier medicación contra el dolor para lograr la máxima eficacia mientras que se minimizan los efectos adversos. La dosificación analgésica en las personas mayores requiere un ajuste cuidadoso para el alivio óptimo del dolor ya que una dosificación ajustada por edad no está disponible en todos los analgésicos (Schofield et al., 2008).
6. Anticipar y manejar los efectos adversos de las intervenciones farmacológicas. Las intervenciones de enfermería deberían incluir:

A. Si es necesario, el iniciar el tratamiento en consulta con el equipo para controlar los efectos adversos. Las páginas web como Pain Treatment Topics http://pain-topics.org/ y Fraser Health Hospice Palliative Care Symptom Guidelines en http://www.fraserhealth.ca/professionals/hospice_palliative_care/ están disponibles para ayudar con el manejo de los efectos adversos.

B. Revisar y determinar con el equipo interprofesional y la persona qué agente farmacológico o factores contribuyentes causan los efectos adversos.

C. Educar a la persona y su familia y los cuidadores sobre los efectos adversos potenciales y las estrategias utilizadas para prevenir o manejar los efectos adversos, basándose en el tipo de efecto (náuseas, vómitos o estreñimiento por el uso de los opiáceos).

7. Considere la posibilidad de consultar a los equipos interprofesionales o expertos en el manejo del dolor para situaciones de dolor complejas, como:
   A. El dolor que no responde a las intervenciones estándar de manejo del dolor.
   B. Múltiples fuentes de dolor.
   C. Mezcla de dolor neuropático y nociceptivo.
   D. Antecedentes de trastornos por uso de sustancias (RNAO, 2007; 2009).
   E. Personas con tolerancia a los opioides sometidos a procedimientos o tener exacerbaciones de dolor.

Cambio de opioides (dosis o vías):

Los analgésicos opioides se utilizan en el tratamiento del dolor de moderado a severo y deben estar a disposición de una persona en la forma, la vía, la dosis y el horario que mejor se adapte a las necesidades de una persona (RNAO, 2007). Para optimizar el manejo del dolor, puede que se necesite cambiar la analgesia opioide. Hay muchas razones para el cambio de la medicación opioide de una persona, incluyendo la falta de disponibilidad, la ineficacia, las contraindicaciones y los efectos adversos, las preferencias o el coste.

Las tablas de conversión equianalgésica, que enumeran los analgésicos opiáceos equivalentes, están disponibles para ayudar a los profesionales de la salud a optimizar el manejo del dolor en adultos cuando hay que cambiar la forma, la vía, la dosis y el horario del opioide analgésico.

Las tablas de equianalgesia utilizan sulfato de morfina de 10 mg por vía parenteral (vía diferente a la gastrointestinal) como comparación estándar para otros analgésicos opioides alternativos y dosis para producir el efecto equivalente (RNAO, 2007). Las tablas de conversión equianalgésica son para adultos, y si la forma de los analgésicos, la ruta, la dosis u horario se va a cambiar en los niños, se necesita una supervisión cuidadosa.

Las enfermeras deben comprender los principios de la dosificación equianalgésica al cambiar los analgésicos opioides y consultar la tabla de conversión equianalgésica aprobada en su institución para garantizar que los cambios producen los efectos deseados y la igualdad en el manejo del dolor (AMDA, 2012; ANZCA, 2010; Patanwala, Keim, & Erstad, 2010; SIGN, 2008).

La prevención, valoración y manejo de los efectos adversos durante la administración de analgésicos opioides.

Las enfermeras han de reconocer la variabilidad en la respuesta de cada persona a los analgésicos opioides (OCSMC, 2010; RNAO, 2007). Por ejemplo, la RNAO (2007) identifica que las enfermeras deben anticiparse y monitorizar a las personas que toman opioides en busca de efectos adversos comunes, tales como náuseas, vómitos, estreñimiento y somnolencia. Las enfermeras que trabajan con el equipo interprofesional deben prever la posibilidad de efectos adversos e implantar medidas para la prevención y manejo de los mismos.

La sedación puede ser un efecto adverso frecuente al iniciar la administración de opiáceos y al aumentar las dosis de opioides para el manejo del dolor. La sedación generalmente precede a una depresión respiratoria

El aumento gradual de la sedación es una señal de alerta temprana y un indicador particularmente sensible de la depresión respiratoria inminente en el contexto de la administración de opioides (Pasero, 2009; Jarzyna et al., 2011).

Se recomiendan las valoraciones respiratorias y de sedación sistemáticas seriadas regulares para valorar la respuesta de la persona durante la terapia con opiáceos y deben ser considerados con:

- Las personas que no hayan utilizado anteriormente los analgésicos opioides, sobre todo durante las primeras 24 horas después de su administración.
- El aumento de la(s) dosi(s) de opioides.
- Valoración de la agresividad de los opioides.

- El uso simultáneo de medicación que deprime el sistema nervioso central, por ejemplo, agentes sedantes, benzodiacepinas y antieméticos.
- Cambio reciente o rápido en la función de órganos vitales como la función hepática, renal o insuficiencia pulmonar.
- Cambio en la medicación opioide o la vía de administración.
- Los factores de riesgo preexistentes para la depresión respiratoria, como la apnea obstructiva del sueño, la obesidad o la disfunción cardiopulmonar existente (Jarzyna et al., 2011).

Cuando los niños reciben la medicación opioide es muy importante valorar su estado de alerta. La Escala de sedación de la Universidad de Michigan (UMSS, por sus siglas en inglés) es un ejemplo de una herramienta diseñada específicamente para el seguimiento y la valoración de la sedación en niños

Esto permite a los profesionales de la salud reconocer cuando un niño se aproxima a un exceso de sedación. Las medidas de observación y objetivos de esta escala han sido validadas para la identificación de la sedación en niños, sin embargo, se limita a distinguir una sedación moderada de una sedación profunda (Malviya, Voepel-Lewis, & Tait, 2006).

Las enfermeras y los equipos interprofesionales deben controlar con frecuencia la respuesta de una persona a los opioides para garantizar la seguridad de la persona y evitar la sedación no intencional y la depresión respiratoria, sobre todo para las personas a las que no se les ha administrado opioides previamente. Las enfermeras deben ser conscientes de que la sedación inducida por opioides no es lo mismo que el objetivo intencional de sedación utilizado durante los procedimientos o en personas con asistencia respiratoria en cuidados críticos (Pasero, 2009).

En los cuidados paliativos, la sedación inducida por opioides es un efecto que puede ocurrir con el uso de opioides para manejar el dolor debido a una condición terminal.

Prevención, valoración y manejo del riesgo por opioides:

El National Opioid Use Guideline Group (NOUGG) (2010) recomienda el seguimiento por el mal uso de los opioides en la implantación del manejo del dolor. Los signos de mal uso incluyen las dosis inadecuadas en escalada, el uso de vías alternativas de administración y la participación en actividades ilegales (NOUGG, 2010).

La Opioid Risk Tool (ORT, por sus siglas en inglés) está disponible en la Canadian Guideline for Safe y Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain – Parte B en http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/documents.html para identificar si una persona tiene un riesgo bajo, moderado o alto en el uso indebido o en el comportamiento relacionado con la medicación basándose en su historia personal y familiar de abuso de sustancias, la edad, la historia de abuso sexual preadolescente, la depresión y otros antecedentes psiquiátricos. Otras herramientas que se encuentran en forma de cuestionario son el Screener y el Opioid Assessment for Patients with Pain® (SOAPP®, por sus siglas en inglés) y el Current Opioid Misuse Measure® (COMM®, por sus siglas en inglés), que también están disponibles en la misma guía.

Intervenciones no farmacológicas:

Físicas:

Las intervenciones físicas como la fisioterapia y el ejercicio (Reid et al., 2008), el masaje (SIGN, 2008; Running & Turnbeaugh, 2011), y la aplicación de calor o frío (RNAO, 2007) deben considerarse junto con las intervenciones farmacológicas para reducir el dolor, mejorar el sueño, el estado de ánimo y el bienestar general (RNAO, 2007). Al usar intervenciones más especializadas (TENS (Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea), acupuntura) consulte con el miembro del equipo interprofesional apropiado como un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional para obtener ayuda (Nnoaham & Kumbang, 2008). Los enfoques no farmacológicos no deben utilizarse como un sustituto del manejo farmacológica adecuado (RNAO,2007).

Psicológicas:

Las intervenciones psicológicas (psicosociales), como la terapia cognitivo-conductual, la música, la distracción, técnicas de relajación y la educación deben considerarse en el manejo del dolor ya que estas intervenciones afectan a la forma en que una persona piensa, siente y responde ante el dolor (Crowe et al., 2008; OCSMC, 2010; RNAO, 2007; Seers & Carroll, 1998; SIGN, 2008). Las intervenciones psicológicas relacionadas con la educación han demostrado ser de ayuda en el afrontamiento y mejora de la capacidad de la persona para automanejar la disminución del dolor (el dolor postquirúrgico) (Crowe et al., 2008; RNAO, 2007).

La evidencia oscila en relación con la eficacia de las siguientes intervenciones no farmacológicas, físicos y psicológicas, cuando se utilizan solas o en combinación con las intervenciones farmacológicas:

- Intervenciones psicológicas (Dewar, 2006).
- Terapia congnitivo-conductual (Eccleston, Williams, & Morley, 2013; Schofield & Reid, 2006).
- La succión no nutritiva, contacto/ masajes y arropar a los bebés y niños hasta los tres años de edad (Pillai Riddell et al., 2011).
- El masaje, la relajación, el ejercicio, flujo de energía y la educación en las personas mayores (AGS, 2009; Schofield & Reid, 2006).

La eficacia de las intervenciones no farmacológicas no es generalizada en todas las personas y sólo se propone sobre la base de la mejor evidencia de su eficacia para el grupo de población en el que se encuentra la persona (como la edad, las características del dolor) y su estado de salud.

Para más información actualizada sobre el uso de intervenciones no farmacológicas (físicas, psicológicas) para el manejo del dolor, consultese el National Centre for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), disponible en http://nccam.nih.gov/.

Para conocer si se incluye el tratamiento del dolor dentro de las diferentes guías de prevención de heridas crónicas, otro de los objetivos planteados. Se consulta diferentes guías de distintas comunidades autónomas para conocer si se incluye este apartado:

1. Principado de Asturias: Se consulta el Protocolo para la detección y prevención de las Úlceras por presión[51] que incluye los siguientes apartados en su indice:
   - Introducción
   - Grupo y metodología de trabajo
   - Datos basales
   - Seis elementos básicos en la prevención de las UPP
     1. Se realizará una evaluación al ingreso del riesgo de UPP en todos los pacientes
     2. Reevaluar periódicamente el riesgo y siempre que cambie su situación basal
     3. Inspeccionar la piel diariamente
     4. Control de la humedad: mantener el paciente seco y la piel hidratada

5. Optimización de la nutrición e hidratación
6. Minimizar la presión según el grado de estratificación del riesgo

- Metodología enfermera en detección y prevención de UPP
- Establecimiento de objetivos e indicadores
- Anexos
- Bibliografía

En este caso no se evidencia ningún apartado que haga referencia al tratamiento del dolor.

2. Cantabria: El Servicio Cántabro de Salud en su Manual de Prevención y Cuidados Locales de Heridas Crónicas[1], incluyen en su índice general los siguientes apartados:

- Aspectos generales
- Úlceras por presión
- Úlceras de extremidad inferior
- Úlceras neoclásicas
- **Dolor en las heridas crónicas**
- Evaluación y sistemas de registro

Es guía si que desarrolla todo un apartado referente al tratamiento y la valoración del dolor en las heridas crónicas.

3. País Vasco: Consultada la Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión[52], se incluyen los siguientes apartados:

- Presentación
- Introducción
- Objetivos
- Definición y etiopatogenia
  - Definición de UPP
  - Etiopatogenia
- Clasificación de las UPP
  - Sistema de clasificación de la NPUAP/EPUAP de las UPP
  - Categorías adicionales propuestas por la NPUAP
- UPP relacionadas con dispositivos sanitarios
  - Definición
  - Localizaciones
  - Medidas de prevención de UPP-DS

- Lesiones cutáneas asociadas a la humedad
  - Definición
  - Factores influyentes
  - Diagnóstico diferencial de LESCAH y UPP
- Localizaciones más frecuentes
- Prevención
  - Valoración integral del paciente
  - Valoración del riesgo: EVRUPP
  - Factores de riesgo de UPP
  - Valoración y cuidados nutricionales
  - Valoración y cuidados de la piel
  - Control de la humedad
  - Manejo de la presión

- Actividad-movilidad
- Cambios posturales
- Uso de SEMP
- Protección local
- Educación sanitaria

- Tratamiento
  - Definición de las fases de cicatrización
  - Monitorización de las UPP
  - Valoración integral
  - Valoración y cuidados nutricionales
  - Manejo de la presión
  - Cambios posturales
  - SEMP

- Preparación del lecho de la herida
- Limpieza de la lesión
- Desbridamiento
- Infección
- Piel periulceral
- Apósitos
- Otras terapias
- **UPP y dolor**
- UPP y cirugía reconstructiva

- Situaciones especiales
  - Prevención de UPP en quirófano
  - UPP en pacientes críticos
  - UPP y pacientes con lesión medular
  - UPP y personas al final de la vida

- Registro e informe de alta
- Indicadores
- Anexos
- Bibliografía

Aparece un apartado referente a las UPP y el dolor.

4. Comunidad de Madrid: Consultada la Guía de Cuidados: Prevención de las Úlceras por Presión[53], en la que se incluyen los siguientes apartados:
   - Introducción
   - Objetivos
   - Alcance
   - Plan de cuidados estandarizado
     - Valoración (Patrones funcionales de M. Gordon)
     - Identificación de problemas de cuidados

- Plan de cuidados: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Cuidados basado en la evidencia
- Evaluación
  - Indicadores de proceso
  - Indicadores de resultado
- Bibliografía
- Información adicional
- Gestión documental (Anexos)

No se incluye ningún apartado relativo al tratamiento del dolor.

5. Comunidad Valenciana: Consultada la Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas[54]. Se trata de una extensa guía, en cuyo índice se desarrollan una serie de apartados, incluyendo toda una sección dedicada a la pediatría (que no se detalla a continuación):
   - Presentación
   - Prólogo
   - Prefacio
   - Elaboración de la Guía de Práctica Clínica
     - Estructura de la GPC
     - Novedades incorporadas en la GPC
     - Justificación de la necesidad de una GPC

- Descripción del problema de salud
  - Datos epidemiológicos en España y Comunitat Valenciana
  - Necesidades sentadas por la población
- Alcance y objetivos
  - Alcance
  - Objetivos
- Metodología de trabajo
  - Búsqueda bibliográfica
  - Acceso a los documentos
  - Selección de documentos
  - Criterios de inclusión y exclusión
  - Elaboración de las recomendaciones

- Evaluación del grado de evidencia
- Revisión externa
- Aspectos éticos a considerar
  - Bioética
  - Bioética y la atención de las personas con UPP
- Estrategias de difusión, implantación y auditoría
  - Proceso de difusión
  - Implementación en cada departamento
  - Auditoría
- Actualización de la guía
- Referencias bibliográficas
- Guía para la prevención
  - Valoración del riesgo
  - Cuidados específicos

- Valoración y cuidados de la piel
- Valoración y cuidados nutricionales
- Control sobre el exceso de humedad
- Manejo efectivo de la presión: la relación entre la magnitud y la duración de la presión

- Situaciones especiales
  - Atención en quirófano
  - Atención en urgencias
- Estrategia educativa genérica
- Referencias bibliográficas

- Guía para el tratamiento

- Valoración integral
  - Valoración de la persona
  - Valoración del entorno de cuidados
  - Valoración del estado de la lesión
- Cuidados de la lesión
  - Limpieza de la lesión
  - Desbridamiento
  - Prevención, abordaje de la infección y del biofilm bacteriano
  - Control del exudado
  - Estimulación de la cicatrización
  - Piel perilesional
  - Nutrición y tratamiento de las UPP

- Tratamiento quirúrgico de las UPP
- Cambios posturales
- SEMP en el tratamiento de las UPP
- Cuidados paliativos y UPP
  - Evaluación del riesgo y de la persona
  - Redistribución de la presión
  - Nutrición-Hidratación
  - Cuidado de la lesión
- **Manejo del dolor en las personas con UPP**
  - **Valoración**
  - **Abordaje del dolor**
- **Futuras líneas de investigación**

- Control del exudado
- Agentes biofísicos
- Cambios posturales
- **Manejo del dolor**
- Cuidados paliativos

- Referencias bibliográficas

- Guía para la prevención y el tratamiento en pediatría

En esta guía no sólo se incluye un apartado referente al manejo del dolor en personas con UPP, sino que también incluyen en manejo del dolor en las futuras líneas de investigación. Quedando patente la importancia del manejo del dolor.

CONCLUSIONES

Tras la revisión bibliográfica llevada a cabo podemos extraer varias conclusiones. Parece que gran número de autores coinciden en la importancia de establecer un protocolo de actuación para la valoración y el tratamiento del dolor en pacientes con heridas crónicas. Se puede concluir que el abordaje integral del paciente con úlceras dolorosas debe ser multidisciplinar (incluir a profesionales sanitarios de distintos ámbitos: enfermeros, médicos, farmacéuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, etc) y completar entre el resto de factores, la identificación y tratamiento del dolor en el paciente de manera individualizada (ya que la percepción del dolor no es la misma en todos los pacientes, su intensidad y características definitorias son diferentes).

Existen múltiples herramientas para la valoración del dolor, que parecen encontrarse también validadas para su utilización en pacientes que padecen heridas crónicas. Las escalas más habitualmente utilizadas según varios autores son:

- La Escala Visual Analógica (EVA)
- La Escala Numérica (NRS)
- La Escala de expresiones faciales y del comportamiento

Las Guías de Buenas Prácticas de Enfermería desarrolladas por la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO), parecen resultar de gran utilidad como herramienta de consulta de recomendaciones sobre diversos temas, permitiendo su consulta de manera sencilla y gratuita a través de internet.

Presentando las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, para su implantación en Unidades de Hospitalización, Servicios de Atención Primaria.

No se han hallado protocolos específicos en Atención Primaria para el manejo del dolor durante las curas del pie diabético, úlceras por presión (UPP) y/o heridas postquirúrgicas. Habiendo consultado varías Guías de prevención y tratamiento de heridas crónicas y/o úlceras por presión, de diferente comunidades autónomas de nuestro país. Encontramos que si bien existen guías en las que no se hace referencia a la atención integral del dolor, ni al tratamiento ni a la prevención de éste. Cada vez son más las guías que incluyen apartados que desarrollan la valoración y el tratamiento del dolor como un pilar fundamental para que el tratamiento de las heridas crónicas sea efectivo y eficaz. Mejorando la calidad de vida de los pacientes que las padecen.

Consiguiendo que tanto el dolor crónico, como el irruptivo que se produce durante los distintos procedimientos (retirada de apósitos, curas, desbridamiento, procesos diagnósticos), sea valorado y tratado de forma integral.

Dentro de los tratamientos que se administran para dolor en pacientes con heridas crónicas, podemos destacar que gran número de autores utilizan como base la Escala Analgésica propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Existen nuevas opciones de tratamiento, que pueden resultar de utilidad en determinados supuestos, como podría ser el tratamiento paliativo en pacientes que padecen algún tipo de úlcera, en este sentido se esta comenzando a utilizar el Sevoflurano tópico, con el que parece se obtienen unos resultados positivos con escasez de efectos adversos.

La utilización de opioides, para el tratamiento del dolor en este tipo de pacientes es una práctica muy extendida. El Fentanilo sublingual es una opción de tratamiento, para su administración previa a procedimientos que previsiblemente resultarán dolorosos (curas, procedimientos diagnósticos).

Tanto las Unidades de Úlceras, ya existentes en mucho hospitales, como los grupos de trabajo para la prevención de UPP, realizan un importante trabajo para mejorar la calidad de vida, las actividades de prevención, así como las actividades de tratamiento. Para la atención integral del dolor, también resultan de vital importancia, para casos de difícil manejo, las Unidades del Dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de Heridas Crónicas del Servicio Cántabro de Salud. Prevención y Cuidados Locales de Heridas Crónicas. Enero 2011. Disponible en URL: gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-de-cuidados-locales-y-heridas-cronicas.pdf
2. IDAP. Apuntes. Patología [citado en 2008. Junio 19]. Disponible en: URL:http://idap.com.mx/Apuntes/Patología/neoplasias (6).doc.
3. Posmett J, Soldevilla JJ, Torra JE. Epidemiología y Coste de las UPP en España. Estudio GNEAUPP 2005. Libro de Abstracs del VI Simposio Nacional de UPP. GNEAUPP. Zaragoza 2006.
4. Sanz-Ortiz, J. Control del dolor con opioides. 100 preguntas más frecuentes. EDIMSA. Barcelona. 2006.

5. Registed Nurses' Association of Ontario (RNAO). Guías de Buenas Prácticas - Evidencia en Cuidados. Disponible en URL: www.evidenciaencuidados.es/es/…/46-registered-nurses-association-of-ontario-rnao

6. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP. Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014; 25(4): 162-170

7. Belluci G., Tiengo M. La historia del dolor. Momento Médico Iberoamericana S.L. Madrid. 2006.

8. Hofman D., et al. Valoración y cuidado de pacientes con heridas crónicas dolorosas. Guía de consulta. Coloplast productos médicos, S.A. Madrid. 2006.

9. Tazim Virani, Heather McConnell, Samantha Mayo, Janet Chee, Meagan Cleary, Elizabeth Chiu, Carrie Scott, Citlali Villa-Singh, Julie Burris, Keith Powell, Jill-Marie Burke. Valoración y manejo de las úlceras por presión en los estadios del I al IV. Registered Nurses' Association of Ontario Nursing Best Practice Guidelines Program. Toronto, Ontario. 2007. Disponible web: www.rnao.org/bestpractices

10. Jordán Valenzuela M. El dolor .Cuidados paliativos.2a ed. Logoss S.L. Jaén. 2004; 340-341.

11. Miguel M.N., Bonilla G. Actuación de enfermería en el dolor de tipo neuropático: Protocolo de anestésicos intravenosos. Nure Investigación. no 25.2006.

12. GENEAUPP. Documento de posicionamiento no 6. El dolor durante los cambios de apósito. 2002. [Citado en 2008 Junio 19]. Disponible en: URL:http//www.gneaupp.org.

13. Montero R., Manzanares A. Escalas de valoración del dolor. 2006. [Citado en 2008 Mayo 3]. Disponible en : URL:http//www.doyma.es

14. Servicio de Anestesia, Reanimación y tratamiento del dolor. Hospital Universitario la Paz. Curso: Dolor agudo postoperatorio. Evaluación y medición del dolor. Capítulo 2. Hospital La Paz. Madrid .2003.

15. Rueda J. , Muñoz A., Arboix M., Gago M., Garcia R.F., Apósitos atraumáticos: ¿Una propiedad o una necesidad en el tratamiento de las heridas?. Gerokomos 2004;15 (4): 248-255.

16. Rodeles del Pozo, R. Traumatismo y dolor en los cambio de apósito. ¿Podemos evitarlo?. Metas 2001; 32: 2-7.

17. Faus V., Muñoz E.,Aramburu C. Electroterapia en Úlceras por Presión. Cuest Fisiot.1997.

18. Maya J. Vademécum de iontoforesis. Curso de electroterapia. Odefis.2006.

19. Vigil-Escalera L.J., et al. Evaluación clínica de un nuevo apósito liberador de ibuprofeno en el tratamiento de pacientes con lesiones dolorosas. ROL Enf. 2007; 30(7-8): 494-495.

20. Gago M., Garcia R.F., Gaztelu V., Claudio J.M., Morales A. Lidocaina gel 2% como paliativo del dolor, en el desbridaje de ulceras en piel. Bases para introducción en el Protocolo de Enfermería. Enfermería Científica 2002 (5-6): 73-76.

21. Aranda J.M., et al. El dolor en las heridas crónicas: ¿Recibe la atención que se merece?. ROL Enf. 2007; 30(5) 326-327.

22. Arboix M, Torra JE, Rueda J. Manual de formación sobre el cuidado de las heridas crónicas, 2004. Laboratorios INDAS, S.A.

23. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermería. Vol. II. 3a ed. 1996. Mosby /Doyma Libros, S.A. Madrid.

24. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las UPP. Logroño 2003.

25. Marinel. Lo Roura, J. Úlceras de la extremidad inferior. Barcelona. Editorial Glosa, 2005.

26. Rueda J, Torra JE, Arboix M, Moffatt K, Blanco J, Ballesté J. Úlceras Venosas. Atención al Paciente con úlceras venosas. En: Soldevilla JJ, Torra JJ (eds). Atención integral a las heridas crónicas. Madrid SPA, 2004; páginas 273-303.

27. Rueda J, Torra JE, Arboix M, Moffatt K, Blanco J, Ballesté J. Úlceras Arteriales. Atención al Paciente con úlceras arteriales. En: Soldevilla JJ, Torra JJ (eds). Atención integral a las heridas crónicas. Madrid SPA, 2004; páginas 305-328.

28. Camp A. Cuidados en el pie diabético. 1a ed. Barcelona: Smith&Nephew SA; 2002.

29. Rueda J, Aragón FJ, Giralt E, Capillas R, Gago M, García F. Pie diabético. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). Atención Integral de las Heridas Crónicas, 1a Ed. Madrid: SPA 2004; 331-358.

30. Aragón FJ, Lázaro JL. Atlas de manejo práctico del pie diabético. CPG; 2004.

31. Grupo de Trabajo de Pie Diabético de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Consenso de la SEACV sobre Pié Diabético. [En línea] [25-06-2007]. Disponible en: http://www.seacv.org/revista/ConsensoDiabetes.htm

32. IDAP. Apuntes. Patología [citado en 2008. Junio 19]. Disponible en: URL:http://idap.com.mx/Apuntes/Patología/neoplasias (6).doc.

33. Dmedicina: Enfermedades. Cáncer de piel [citado en 2008. Junio 19]. Disponible en: URL:http//www.dmedicine.com/.

34. MEDICINE, volumen 8, número 57, pags. 3071-3074 noviembre 2001.

35. Minguez Martí A, López Alarcón MD, Palomar F, De Andrés J. Protocolo terapéutico multidisciplinar del tratamiento del dolor en pacientes con úlceras cutáneas dolorosas. Unidad Multidisciplinar de tío del Dolor Servicio Anestesia Reanimación y tto del Dolor. Unidad de Úlceras. Servicio de Dermatología Hospital General Universitario de Valencia.

36. Briggs M, Nelson EA. Topical agents or dressings for pain in venous leg ulcers. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue.

37. Domingo-Triadó V, López Alarcón MD, Villegas Estévez F, Alba Moratillas C, Massa Domínguez B, Palomares Payá F, Mínguez Martí A, Debón Vicent L. Breakthrough pain treatment with sulingual fentanyl in patients with chronic cutaneous ulcers. Rev. Esp Anestesiol Reanim. 2014 Oct; 6 (8): 429-33. doi: 10.1016/j.redar.2014.01.005. Epub 2014 Mar 21. Spanish.

38. Dámaso Fernández-Ginés F, Cortinas Sáenz M, Fernández Sánchez C, Morales-Molina JA. Sevoflurano tópico: una nueva opción terapéutica paliativa en las úlceras cutáneas. https://doi.org/10.1016/j.medipa.2015.03.003.

39. Píriz Campos RM, Martín Espinosa NM, Cobo Cuenca AI. Valoración del dolor en una paciente con úlcera por presión (UPP). https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.03.006.

40. Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Edición. Madrid: Mosby, 1996.

41. North American Nursing Diagnoses Association (NANDA). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007-2008. Elsevier, Madrid, 2008.

42. Morhead, S et al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 3ª Edición. Elsevier, Madrid, 2005.

43. McKloskey, J y Bulechek, GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Edición. Elsevier, Madrid, 2005.

44. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión: guía de referencia rápida. 2009; 1-49.

45. Tazim Virane, Heather McConnell, Stephanie Lappan-Gracon, Josephine Santos, Jane M. Shouten, Bonnie Russell, Carrie Scott, Julie Burris, Keith Powell. Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión. Registered Nurses' Association of Ontario Nursing Best Practice Guidelines Programa. Toranto, Ontario. 2005 Disponible web: www.rnao.org/bestpractices

46. Tazim Virani, Heather McConnell, Josephine Santos, Jane Schouten, Stephanie Lappan-Gracon, Carrie Scott, Melissa Kennedy, Elaine Gergolas, Keith Powell. La disminución de las complicaciones del pie en las personas diabéticas. Registered Nurses' Association of Ontario Nursing Best Practice Guidelines Project. Toronto, Ontario. 2004. Disponible en la web: www.rnao.org/bestpractices

47. Gary Sibbald, Karen E. Campbell, Alison Anger, Bridget Davidson, Joshua Fraser, Connie Harris, Janice Hon, Pamela E. Houghton, Kathryn Kozell, Brenda Madill, Linda Pickles, Norma Skinner, Laura Teague, Valerie Winberg, Kevin Woo. Valoración y manejo de las lesiones por presión para equipos interprofesionales. 3ª Edición. Registered Nurses' Association of Ontario. Toronto, Ontario. 2016. Disponible en la web: www.rnao.ca/bpg

48. Kathryn Kozell, Susan Mills-Zorzes, Patti Barton, Marion Chipman, Patricia Coutts, Diane Gregoire, Margaret Harrison, Terri Labate, Karen Lorimer, Sheri Oliver, Nancy Parslow, Josephine Santos. Valoración y manejo de las úlceras venosas en la pierna. Registered Nurses Association of Ontario Nursing Best Practice Guidelines Project. Toronto, Ontario. 2004 Mar. Disponible en la web: www.rnao.org/bestpractices

49. Kateryna Aksenchuk, Erica D'Souza, Kim English, Anastasia Harripaul, Monique Lloyd, Rishma Nazarali, Andrea Stubbs, Sarah Xiao, Rita Wilson, Alice Yang. Valoración y manejo de las úlceras del pie diabético. 2ª Edición. Registered Nurses Association of Ontario Nursing Best Practice Guidelines Project. Toronto, Ontario. 2013 Mar. Disponible en la web: www.rnao.org/bestpractices

50. Brenda Dusek, Anastasia Harripaul, Monique Lloyd, Andrea Stubbs. Valoración y manejo del dolor. 3ª Edición. Registered Nurses Association of Ontario Nursing Best Practice Guidelines Project. Toronto, Ontario. 2013 Dic. Disponible en la web: www.rnao.org/bestpractices

51. Sara Avanzas Fernández, Jairo Buelga Barbón, Rosario Fernández Flórez, Antonia Jiménez, Martos Olga, Lara Cacheiro, Ana Manterola Conlledo, Fernando Martínez Cuervo, Zoraida Martínez Rodríguez, Rita Martínez Vidal, Dolores Menéndez Fraga, Covadonga Noriega López, Lidia Rejón Jiménez, José María Roces Fernández, Consuelo Ruiz Amo, Consuelo Valenzuela Fernández, Patricia Vázquez Moro. Protocolo para la detección y prevención de las Úlceras por presión. Editado por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. Disponible en la web: https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Úlceras+por+presión.pdf/ddae3d5c-dc47-f927-b341-406457e9063d

52. Abad García R, Aguirre Aranaz RM, Arizmendi Pérez M, Beaskoetxea Gómez P, Beistegui Alejandre I, Camiruaga Zalbidea I, García Díez R, Gutiérrez Bartolomé N, Garrastaxu Landaluce Oqueranza M, Martínez Aramberri I, Monguió Matitegui MJ, Pérez del Pecho K, Tiscar González V. Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión. Edita: Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Osakidetza. 2017 Oct. Disponible en la web: www.osakidetza.euskadi.eus

53. Guía de cuidados: Prevención de las Úlceras por Presión. Servicio Madrileño de Salud. Gerencia de Atención Primaria. 2012.

54. Alepuz Vidal L, Casaña Granell J, Clement Imbernón J, Fornes Pujalte B, García Molina P, Giménez Tébar JL, López Casanova P, Márquez Mendoza M, Montal Navarro MA, Sanchis Sánchez E, Verdú Soriano J, Vergara-Hernández C. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2012.

55. Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20º aniversiario, 2006, Cancer Pain Release.

TEMA 54. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTES Y DESPUÉS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOBRE HIGIENE DE MANOS

JULIÁN PÉREZ GARCÍA

MARIO PARREÑO JAREÑO

MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA

MARÍA DOLORES PARDO IBÁÑEZ

JULIO SAIZ JIMÉNEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
  - Definiciones
  - Epidemiología
  - Medidas para el control de infecciones
  - Análisis histórico
  - Guías de práctica clínica
  - Estado actual del tema
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- PLAN DE TRABAJO
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN. DEFINICIONES.

La Seguridad del Paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. La infección hospitalaria (IH) se define como el proceso clínico en cuya etiología interviene un microorganismo y del que la causa responsable, es la exposición al medio ambiente hospitalario, circunstancias que la tipifican. Las IH constituyen un problema de salud asociado a la hospitalización prolongada y generan discapacidades, aumentando la resistencia de los microorganismos a los agentes antimicrobianos, lo que produce un incremento de la mortalidad y un gasto para el sistema de salud.

INTRODUCCIÓN. EPIDEMIOLOGÍA.

En España, según los datos publicados por el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) en 2012, realizado en 271 hospitales, la prevalencia de la infección nosocomial se situó en el 5,61%, la más baja de la historia, aunque la prevalencia total de pacientes asistidos con infección (7,61%) no ha disminuido en la misma escala debido al aumento de las infecciones presentes en el momento del ingreso, cerca de la mitad de las cuales han sido de localización quirúrgica.

Cabe destacar que, en determinadas áreas de hospitalización, como aquellas destinadas a los pacientes en situación crítica, las frecuencias de IH pueden ser superiores al 25% de los pacientes hospitalizados y la tasa de mortalidad puede alcanzar al 50% de los afectados, y siendo incluso mayor en pacientes mayores de 65 años (54%).

INTRODUCCIÓN. MEDIDAS PARA EL CONTROL DE INFECCIONES.

Las precauciones estándar (PE) son las medidas que constituyen el núcleo común de todos los programas de prevención y control de infecciones asociadas a los cuidados de salud. Se deben de utilizar siempre que se vaya a atender a un paciente y en todos ellos, independientemente de su patología o de la presencia de infección en éstos. Tienen el doble objetivo de prevenir la aparición de infecciones asociadas a los cuidados de salud en los pacientes y en el personal sanitario. Se basan en medidas simples, de fácil aprendizaje y manejo, que van a disminuir gran parte de las infecciones. Entre ellas destacan: higiene de manos, uso de guantes en actividades en las que están indicados, retirada inmediata tras su uso, uso adecuado de métodos barrera, manejo adecuado de objetos cortantes y punzantes.

INTRODUCCIÓN. ANALÍSIS HISTÓRICO

En el contexto de la enfermería, Florence Nightingale es reconocida como impulsora de este proceso. Aseguraba que, cuando se instalaban, las enfermedades causaban la rotura de la dermis y consecuentemente se hacía puerta de entrada para microorganismos. De esta forma, siendo función de la enfermera la restauración de la salud, era inherente a ésta acciones de HM a fin de promover la seguridad del cliente y propagación de un ambiente terapéutico seguro. Con el objetivo de validar la técnica y las orientaciones necesarias al lavado de las manos, el CDC, a partir de 1975, normativizó guías y directrices acerca de la práctica de HM. Desde entonces, fueron publicadas nuevas guías de lavado y antisepsia con el objetivo de promover una actualización y capacitación sobre el tema. En 2002 se sustituyó el término por higienización de las manos.

INTRODUCCIÓN. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

La elaboración de guías de práctica clínica (GPC) es una de las técnicas que se puede utilizar en los diseños de programas de calidad asistencial. Las GPC son un conjunto de “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayuda a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica”. Se ha observado que el grado de cumplimiento de las recomendaciones de higiene de manos en el personal sanitario es bajo. Se estima que el porcentaje medio de cumplimiento en los profesionales sanitarios es inferior al 50%. En unidades de cuidados intensivos, la tasa de adherencia a la guía de lavado de manos fue alarmantemente baja (18.9%).

INTRODUCCIÓN. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Las revisiones actuales parecen apuntar a la falta de eficacia y a problemas metodológicos en los estudios de intervención destinados a aumentar la conducta de HM, así como los problemas derivados del uso de herramientas no validadas adecuadamente con las cuales se llevan a cabo estudios e investigaciones. Es igualmente problemática o casi imposible la convergencia entre las herramientas de distintos autores, así como a través de colectivos profesionales como enfermería, que presentan conductas diferentes en cuanto a la HM. La OMS tampoco ahonda en una solución adecuada con su cuestionario sobre HM, ya que éste solo evalúa conocimientos declarativo.

INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN

Creemos necesaria la construcción de herramientas e intervenciones eficaces que mejoren los conocimientos, las actitudes y la intención de conducta respecto a la higiene de manos en los profesionales sanitarios, puesto que la mejora en estos parámetros, mejorará, probablemente, el cumplimiento de las guías de práctica clínica. Y apostamos preferentemente por hacerlo en aquellas unidades especiales o de críticos, donde la gravedad y/o complejidad de los pacientes atendidos hace que el número de intervenciones y manipulaciones por minuto por parte del conjunto de los profesionales sea tan elevada que es primordial mantener una adecuada adherencia a la higiene de manos, que a su vez se ha demostrado como la medida más barata para prevenir la infección nosocomial.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar los conocimientos, actitudes y la intención de conducta de los profesionales sanitarios frente a la higiene de manos antes y después de un programa de intervención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar la efectividad de un programa de intervención sobre higiene de manos en los conocimientos, actitudes e intención de conducta de los profesionales sanitarios.
- Determinar la influencia de un programa de intervención basado en conocimientos sobre higiene de manos en la actitud e intención de conducta.
- Valorar la adherencia a un programa de intervención sobre higiene de manos en los profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA

Diseño: Se trata de un estudio de intervención o cuasi experimental antes-después sin grupo control en el que evaluamos la situación pre y post a una intervención que describimos a continuación.

Ámbito de estudio: Unidad de Cuidados Intensivos, Reanimación, Quirófano, Urgencias, Hemodiálisis y Trasplantes del Hospital General Universitario de Albacete (HGUAB).

Población y muestra: Médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de esas unidades del HGUAB. Los criterios de inclusión son los profesionales sanitarios de los servicios señalados, mientras que los criterios de exclusión son los profesionales del resto de servicios. Se aspirará a que participe la totalidad de la muestra, sin realizar ningún tipo de muestreo.

METODOLOGÍA

Procedimiento: Los participantes harán el Cuestionario de Higiene de Manos y Desinfección (CUHMD) (FASE 1), elaborado por Joaquín González-Cabrera et. al., publicado en 2010 por la Revista Española de Salud Pública. Se pedirá autorización expresa al autor del cuestionario para su utilización. Los ítems del cuestionario, 40 en total, adoptan un formato de respuesta múltiple de siete opciones (Likert).

Consideraciones éticas: La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada. El estudio se llevará a cabo con la autorización de todos los participantes, que se les informará mediante una carta de los objetivos del estudio y de las diferentes intervenciones a llevar a cabo, así como de los beneficios y riesgos. Se les informará, además, sobre la intención de publicar los resultados.

METODOLOGÍA

Variables de estudio: El constructo del CUHMD tiene las siguientes dimensiones:

Intención de conducta antes del contacto con el paciente (CA): se mide la frecuencia con la que el profesional declara que realizaría higiene de manos **antes de** la realización de una serie de actividades clínicas que pueden implicar riesgo.

Intención de conducta después del contacto con el paciente (CD): se mide la frecuencia con la que el profesional declara que realizaría higiene de manos **después de** la realización de esas mismas actividades clínicas de riesgo.

Conocimientos sobre higiene de manos (CON): elementos declarativos y esenciales de los aspectos básicos formativos

Actitudes sobre la higiene de manos (ACT): variables que miden la predisposición al aumento o disminución de la intención de conducta de higiene de manos.

METODOLOGÍA

Tras la realización del cuestionario en la fase 1, tendrá lugar la FASE 2, bloque central del proyecto, en la que se desarrollará el programa de intervención. Contará con 3 intervenciones cada una de ellas con varias sesiones. La idea es asentar los conocimientos teóricos necesarios en la materia, para después profundizar en la propia técnica.

Programa de intervención:

Intervención I. Sesión I. Duración aproximada: 25'

- ¿Qué es una infección relacionada con la atención sanitaria, y qué impacto tiene en la seguridad del paciente?
- ¿Qué papel desempeñan las manos en la transmisión de los microorganismos?
- ¿Qué papel desempeña la higiene de las manos en la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria?

METODOLOGÍA

Programa de intervención:

Intervención I. Sesión II. Duración aproximada: 30'

- Instruir sobre el tipo de actividades asistenciales que pueden contaminar las manos.
- Ventajas e inconvenientes de los diversos métodos de limpieza de las manos.
-Bacteriemia Zero: objetivos e importancia del programa, y 2 vertientes, stop-bacteriemia y plan de seguridad integral.

Intervención II. Sesión I. Duración aproximada: 25'

Fricción de manos con un preparado de base alcohólica. Hacer hincapié en que presenta las siguientes ventajas: eliminación de la mayoría de los gérmenes (incluyendo los virus); escaso tiempo que precisa (de 20 a 30 segundos); disponibilidad del producto en el punto de atención; y buena tolerancia de la piel.

METODOLOGÍA

Programa de intervención:

Intervención II. Sesión II. Duración aproximada: 25'

Lavado de manos con agua y jabón por arrastre. Hay que lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o manchadas de sangre u otros fluidos corporales, cuando existe una fuerte sospecha o evidencia de exposición a organismos potencialmente formadores de esporas, o después de usar los servicios.

Intervención III. Sesión I. Duración aproximada: 25'

Tiene por objeto centrarse en los 5 momentos de la higiene de manos, una vez que el profesional haya interiorizado y reflexionado los conceptos más importantes y haya actualizado la técnica. El modelo de los 5 decide presentar la HM mediante un concepto sintético que se concentra en sólo cinco indicaciones para facilitar la comprensión.

METODOLOGÍA

Tras llevar a cabo el programa de intervención, o fase 2, tendrá lugar la FASE 3, y última, en la que los sujetos realizarán de nuevo el CUHMD para ver qué diferencias hay, en los conocimientos, actitudes e intención de conducta frente a la HM una vez realizado el programa de intervención, y valorar la influencia que éste puede tener. Posteriormente, se tabularán los datos, se obtendrán y analizarán los resultados, y se determinarán conclusiones.

Análisis de datos: Los datos recogidos en los distintos formularios se trasladarán a una hoja de cálculo creada en el soporte informático Microsoft Excell y posteriormente se utilizará el paquete SPSS. En esta tarea se contará con los servicios de un estadista. Se realizará un análisis descriptivo de las variables sobre conocimiento y actitudes ante la HM, y comparativo tras la intervención.

METODOLOGÍA

Limitaciones del proyecto:

- Podría realizarse otro tipo de muestreo para obtener un perfil más homogéneo de los distintos grupos de profesionales.
- Convendría aumentar el número de participantes con el fin de obtener mejores indicadores de validez y fiabilidad.
- No se puede asegurar el seguimiento de los participantes. Futuros estudios podrían prever qué hacer con las pérdidas y como tratarlas en el análisis.
- Debería velarse porque todos los cuestionarios fueran recogidos siempre dentro de la jornada laboral y se respondieran en un mismo lapso de tiempo.
- Posible falta de sinceridad a la hora de responder el cuestionario, especialmente de aquellas áreas correspondientes a la intención de conducta.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Seguridad del Paciente. Presentación. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. [consultado el 28 mayo 2014] Disponible en: http://www.seguridaddelpaciente.es/es/presentacion/
- 2. WHO. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): resumen. Ginebra; 2005 [consultado el 30 mayo 2014]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf
- 3. Gálvez-Vargas R, Lardelli-Claret P, Delgado-Rodríguez M. Medidas Generales de Control de la Infección Hospitalaria. En: Gálvez Vargas R, Delgado Rodríguez M, Guillen Solvas JF, editores. Infección hospitalaria. Granada: Universidad de Granada; 1993. p. 35-50.
- 4. Haley RW, Morgan WM, Culver DH, White JW, Emori TG, Mosser J, Hughes JM. Update from the SENIC project. Hospital infection control: recent progress and opportunities under prospective payment. Am J Infect Control. 1985 Jun; 13(3): 97-108.
- 5. WHO. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide: A systematic review of the literature, Geneva; 2011.
- 6. Del Castillo H, Mendoza-Ticona A, Saravia JC, Somocurcio J. Epidemia de tuberculosis multidroga resistente y extensivamente resistente a drogas (TB MDR/XDR) en el Perú: situación y propuestas para su control. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2009; 26:380-6.
- 7. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España 2012. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. [consultado el 1 junio 2014]. Disponible en: http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/Resultados%20EPINE-EPPS%202012%20Resumen%20(v1_1).pdf
- 8. Cortiñas M, Lizan M, Abizanda P, Sánchez-Jurado PM, Cuartero A, Peyro R. Infección nosocomial y mortalidad en el paciente anciano en una unidad de críticos polivalentes. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;42:69-74. .
- 9. López C, Limón E, Castillo E, López T, Gudiol C, Isla P, Domenech E. Precauciones estándar. Rev Rol Enferm. 2006; 29(1):16-20.
- 10. López Matheu C. Lavado de manos. Rev Rol Enferm. 2003;26(11): 744-48.
- 11. Sanjuán-Quiles A, García-González C, Fuster-Pérez M, Moreno de Arcos-Fuentes E, Arnau Santos M, Cartagena-Llopis L, et al. Evaluación de un programa para mejorar el grado de cumplimiento de las precauciones estándar. Med Prev. 2009;15(1):192.

BIBLIOGRAFÍA

- 12. Rubio T, García de Jalón J, Sanjuán F, Erdozain MA, Sainz de Murieta JL, Escobart E. Control de infección. Precauciones estándar. Política de aislamientos. An Sist Sanit Navar. 2000;23 Supl 3:105-21.
- 13. Pittet D, Allgranzi B, Sax H, Dharan S, Pessoa-Silva CL, Donaldon L, et al. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. Lancet Infect Dis. 2006;6:641-52.
- 14. Souza FC, Rodrigues IP, Santana HT. Perspectiva histórica. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. Segurança do paciente: higienização das mãos. Brasília (DF); 2008. p.11-15.
- 15. Calil K, Cavalcanti GS, Silvino, ZR. Acciones y/o intervenciones de enfermería para la prevención de infecciones hospitalarias en pacientes gravemente enfermos: una revisión integrativa. Rev Enf Global. 2014;34: 406-24.
- 16. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. MMWR. 2002; 51:1-56.
- 17. Carraro TE. Postulados de Nightingale e Smmelweis: poder vital y prevención como estrategias para evitar las infecciones. Rev Latinoam Enferm. 2004 Jul-Ago;12(4):650-7.
- 18. Vázquez-Espinosa E, Menéndez MD, Valbuena S, Aibar C, Aranaz-Andrés JM, Vázquez F. Evaluación de la calidad de las guías y protocolos de lavado de manos existentes en España. Med Clin (Barc). 2010;135(Supl 1):67-72.
- 19. NHS. Scoping the Guideline. En: National Institute for Clinical Excellence. [Internet]. Guideline Development Methods: Information for National Collaborating Centres and Guideline Developers. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004 [consultado el 1 de junio 2014]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=247886
- 20. WHO. First Global Patient safety challenge. Clean Care is Safer Care. Ginebra; 2010. [consultado el 1 junio 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906 eng.pdf.
- 21. Riveros E, Zambrano P, Amado P. Adherencia a las guías de higiene de manos en cuidado intensivo: el caso de una clínica privada. Medicina UPB. 2012; 31(2):127-34.
- 22. Corrêa I, Nunes IMM. Higienización de las manos. El cotidiano del profesional de la salud en una unidad de internación pediátrica. Invest Educ Enferm. 2011;29(1):54-60.
- 2009;15(1):192.

TEMA 55. MANUAL DE AUTOCUIDADO PARA EL PACIENTE CRÓNICO

PABLO MANUEL CARBALLO GÓMEZ

ÍNDICE

1. Justificación del estudio
2. Objetivos del trabajo. Objetivo general y específicos
3. Metodología del trabajo
4. Argumentación
5. Conclusiones
6. Bibliografía

1.JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En la actualidad uno de los mayores desafíos a los que están sometidos los sistemas de salud es al incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles debido al aumento en la esperanza de vida, a unas mejores condiciones de salud pública y un aumento imparable de la medicina. Esto supone un gran reto para la sociedad ya que con estas condiciones suponen un coste muy importante para el mantenimiento de los sistemas de salud.

Desde hace algunos años se está trabajando en la manera de abordar esta situación. Podríamos decir que su inicio fue a partir de la Carta de Ottawa en 1986 con el objetivo “salud para todos en el año 2000”, en ese instante se empezó a hablar de promoción para la salud [1].

Existen dos modelos de referencia para la cronicidad a nivel mundial, The Chronic Care Model (CCM) y la pirámide Kaiser Permanente [2].

El CCM se desarrolló en 1998 en EEUU. Este modelo se basa en el paciente activo en sus cuidados y adecuadamente informado, en relación con un equipo de salud bien preparado. De esta manera la salud es entendida como la capacidad que posee la persona para adaptarse y desenvolverse ante factores físicos, mentales y/o sociales. Para ello los profesionales deben tener competencias para garantizar autonomía al paciente.

El otro modelo de referencia internacional es la pirámide de Kaiser Permanente [3], surgida en 2002. Se centra más en el paciente que en la organización. Establece una estatificación del paciente crónico en función a su complejidad. Esta clasificación distingue entre población general (sobre la que se aplica prevención), pacientes crónicos (se autogestionan con apoyo profesional), paciente de alto riesgo (precisan más apoyo) y pacientes de alta complejidad (gestión del caso).

En 2011 la ONU celebró la Reunión de Alto Nivel sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles (ENT) [4]. Los dirigentes mundiales esbozaron medidas internacionales y nacionales. Fue evaluado en 2014 y el próximo examen integral tendrá lugar en 2018 [5]. En Europa actualmente se está aplicando el tercer programa de salud (2014-2020) cuyos objetivos van encaminados a la prevención de la salud y a fomentar estilos de vida saludables [6].

Según la Encuesta Europea de la Salud (EES) en 2009 en España el 45,6% de la población mayor de 16 años sufría al menos un proceso crónico y el 22% dos o más [7].

En nuestro país las comunidades pioneras en establecer estrategias para los pacientes crónicos son el País Vasco y Andalucía [3]. El resto de comunidades las están desarrollando siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Sevilla (2011) [8].

El aumento de las enfermedades crónicas conlleva a la prevalencia de pacientes pluripatológicos, es decir, que padecen múltiples enfermedades crónicas simultáneas. El eje de la atención al paciente crónico es la atención primaria, por su mayor grado de proximidad y mejor acceso del paciente. La Cartera de Servicios de Atención Primaria incluye atención a las principales patologías crónicas, prevención de factores de riesgo, diagnóstico precoz, detección del anciano frágil y atención domiciliaria. Una vez diagnosticada la enfermedad, se llevan a cabo actividades para educar al paciente, controlar su enfermedad y evitar posibles complicaciones.

La Unión Europea prevé que las enfermedades crónicas van a seguir siendo la principal causa de muerte y discapacidad en los países desarrollados, generando un impacto en los sistemas de salud. En nuestro país suponen la mayor parte de las consultas de atención primaria, más de la mitad de los ingresos hospitalarios y alrededor del 70% del gasto sanitario (2)

A pesar de que demandan más recursos, la asistencia sanitaria actual mantiene una organización centrada más en las patologías agudas. La asistencia sanitaria debe adaptarse a la situación actual. Orientando los recursos a los enfermos crónicos, ante la gran incidencia de enfermedades crónicas que se da en nuestra comunidad autónoma. Siguiendo los principios de la declaración de Sevilla [2], uno de los principales objetivos es fomentar el cuidado activo del paciente. Uno de los principales objetivos en todas las estrategias que se han implantado es el autocuidado de la enfermedad. El conocimiento acerca de la propia enfermedad, así como su manifestación y posibles complicaciones permiten al paciente manejarla adecuadamente. A pesar de que la enfermería de atención primaria pretende educar al paciente en su proceso, no existen manuales de autocuidado. Este trabajo pretende servir de orientación a los pacientes crónicos y/o sus cuidadores en sus cuidados diarios, mejorando su calidad de vida y reduciendo el impacto sanitario.

2.-OBJETIVOS DEL TRABAJO

GENERAL:

- Redactar un manual para orientar al paciente crónico y/o su cuidador cuya enfermedad esté comprendida entre hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad, hipercolesterolemia y dolor lumbar crónico.

ESPECÍFICOS:

- Educar al enfermo y los cuidadores sobre la enfermedad.
- Incrementar la autonomía del enfermo, fomentando los auto-cuidados diarios
- Conseguir que el enfermo tenga un control de su enfermedad y reduzca sus complicaciones.
- Informar al enfermo dónde acudir en caso de presencia de complicaciones.

3.-METODOLOGÍA DE TRABAJO

Diseño:

El trabajo consiste en realizar un manual para el autocuidado de personas con patología crónica y/o sus cuidadores. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la literatura científica, utilizando operadores booleanos AND, OR y NOT para concretar más en bases de datos como Dialnet, PubMed y ScieLo. En la búsqueda se utilizaron palabras clave cuidados (care), crónico (chronic), pluripatológico (pluripathological) y autocuidado (self care). Los filtros aplicados durante este trabajo han sido: idioma (español/ inglés), y adulto. También se realizó una búsqueda en diversos Portales de Salud de los Sistemas Sanitarios de las Comunidades Autónomas Españolas, así como en Sedes Web de fundaciones relacionadas con el tema (OMS, ONU, Médicos sin fronteras...).

Se trata de un método de educación para la salud indirecto, visual y unidireccional. Permite al paciente consultarlo siempre que lo necesite sin necesidad de desplazarse a su Centro de Salud para consultar dudas. Para mejorar la eficacia sería conveniente combinarlo con un método directo, es decir, acompañarlo de otro método de educación para la salud proveniente de un profesional sanitario desde el Centro de Salud. El profesional podría utilizar esta herramienta como método de apoyo para la educación de automanejo de la enfermedad.

- **Población a la que va dirigido:**

Esta guía de cuidados va dirigida a todas aquellas personas que tengan criterios de inclusión en la cartera de servicios al crónico de atención primaria.

  - Personas ya diagnosticadas de HTA y personas de 15 años o más que hayan tenido un registro en la historia clínica de 3 tomas separadas de TA que igualen o estén por encima de los límites 140/90mmHg o del percentil 95 en menores de 19 años.
  - Personas diabéticas de 15 años o más, a excepción de las embarazadas
  - Personas que cumplan los criterios diagnósticos de EPOC.
  - Personas de 15 o más años de edad cuyo IMC sea superior a 30.

- Personas de 15 años o más que tengan un colesterol total igual o mayor a 200mgr o LDL colesterol igual a 130 mgr/dl en dos o más determinaciones, si sufren cardiopatía isquémica o equivalentes. En pacientes sin riesgo cardiovascular si el colesterol total supera 250mgr o LDL mayor a 160mg/dl en dos o más determinaciones.
- Personas mayores de 35 años con episodios de lumbalgia superiores a las 7 semanas de duración.

- **<u>Criterios de exclusión:</u>**
  - Personas que no cumplan los criterios diagnósticos de estas enfermedades.
  - Embarazadas que padezcan diabetes mellitus a raíz de su condición.
  - Analfabetos e invidentes

4.-ARGUMENTACIÓN

- **La cronicidad:**

Según la OMS las enfermedades crónicas son "enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes" (9).

Las enfermedades crónicas son afecciones de causas múltiples y complejas. Generalmente, tienen una aparición gradual y emergen a lo largo del ciclo de la vida. Se caracterizan por su larga duración y persistencia. A pesar de no supone una amenaza inminente para la vida, pueden comprometer la calidad de vida a través de limitaciones funcionales y discapacidad.

¿Cómo manejar la cronicidad?

Lo primordial es seguir unos hábitos de vida saludables: hacer ejercicio, seguir una dieta sana y evitar tabaco y alcohol. Los nuevos hábitos se deben incorporar de forma progresiva y no brusca, con el objetivo de mantenerlos a largo plazo.

Hay que tener en cuenta que estas medidas pueden reducir el número y dosis de los fármacos necesarios para el control de la enfermedad. Por otra parte, conocer la enfermedad garantizará un adecuado autocontrol de la misma.

- **Hipertensión:**

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad que consiste en el aumento de la presión arterial, siendo esta la presión que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales. Los valores de normalidad establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en individuos de edad adulta son por debajo de 140mmHg para la PAS (presión arterial sistólica) y 90 mmHG para la PAD (presión arterial diastólica) [10].

La presión arterial sistólica (PAS) o presión máxima es la fuerza con la que el corazón bombea sangre al resto del cuerpo. La presión arterial diastólica (PAD) o mínima es la resistencia que presentan los vasos sanguíneos al paso del líquido.

Se entiende por hipertensión la elevación crónica y mantenida de la presión sanguínea sistólica, diastólica o ambas por encima de estos números en adultos. Para establecer un diagnóstico las cifras deben haber sido elevadas al menos en 2 de 3 ocasiones distintas, medidas de la forma adecuada.

Los factores de riesgo para la aparición de esta enfermedad pueden ser hereditarios, edad, consumo de sal, sexo, raza, consumo de alcohol y otros (ruido ambiental, estrés, altitud, sedentarismo, dureza de las aguas de consumo, post-menopausia).

Es importante realizar unos buenos cuidados, ya que al ser la enfermedad asintomática no se es tan consciente del problema. A pesar de que los cuidados y el tratamiento sean efectivos para mantener la tensión en los márgenes adecuados, no significa que la enfermedad esté curada ni que se deban descuidar.

- **Recomendaciones para el autocuidado:**

Uno de los cuidados que más se asocia al control de la hipertensión arterial es seguir una dieta baja en sodio (sal). Se recomienda reducir la ingesta de sodio de 1 a 4g/ día. No se debe olvidar que las salsas, los caldos preparados, embutidos, alimentos enlatados, cubitos y consomés de paquete tienen altos contenidos en sal. Se pueden utilizar otros alimentos para condimentar como cebolla, ajo, apio, perejil, vinagre, limón, vainilla, nuez moscada... Se recomienda consumir una dieta rica en lácteos desnatados, frutas, verduras y pobre en grasas saturadas. Además, tener horarios regulares de comida y escoger las preparaciones al horno, a la plancha o hervidos favorecerá un buen control.

Mejorar la alimentación favorecerá un control del peso. El sobrepeso se considera uno de los factores de riesgo principales de la hipertensión. Cada pérdida de 5 kg de exceso de peso puede reducir la tensión arterial sistólica entre 2 y 10 puntos [(11)].

- Realizar actividad física regular e isotónica ayuda a bajar de peso, mejora la capacidad funcional y reduce el riesgo cardiovascular. El ejercicio debe adaptarse a las necesidades de la persona, integrándose con sus actividades cotidianas y que resulte placentero [11].
- El consumo excesivo de alcohol eleva la tensión y reduce la acción de los fármacos hipotensores. También es conveniente abandonar el hábito tabáquico.
- Se debe reducir del estrés y utilizar técnicas de relajación. Además, es importante descansar de 6 a 8 horas diarias.
- Desde atención primaria y el paciente desde su domicilio deberán realizar un control de la tensión y seguimiento del tratamiento. Hay que tener en cuenta que sus cifras oscilan dependiendo de la situación y las condiciones ambientales.

Además, existe una variabilidad en el patrón de actividad diaria, ya que sigue los ritmos circadianos: durante el sueño profundo (sobre las 3 y 4h de la madrugada aproximadamente) se produce un descenso importante, mientras que entre las 5 y las 7h de la mañana aumenta hasta alcanzar los valores normales. Durante el día depende de la actividad o la situación del individuo.

Metodología para la AMPA (Automedida de la presión arterial en domicilio) [12]:

- Debe estar sentado o en decúbito, cómodo y tan relajado como sea posible. El brazo debe estar desnudo, semiflexionado, ligeramente separado del cuerpo y con la palma de la mano flexionada hacia arriba y reposando en una superficie plana y dura.

- El manguito debe tener el tamaño apropiado. La bolsa inflable del manguito debe rodear el brazo y cubrir las dos terceras partes de su longitud. Los tubos deben estar libres de compresiones, dobleces u obstrucciones.
- El paciente no debe haber ingerido alimentos o bebidas alcohólicas recientemente, ni tener sensación de hambre o sed. Además, se debe evitar el calor, frío y ruido.
- No debe haber hecho ejercicio 30 minutos antes de la toma.
- No debe haber fumado 15min antes de la toma.
- No debe haber tomado café u otros excitantes.
- Hay que evitar situaciones de temor, ansiedad y angustia.

- Siempre debe tomarse en el mismo brazo. En caso de mediciones repetitivas se esperarán cinco minutos entre ambas y se alternará la medición en ambos brazos.
- La hipertensión supone una mayor resistencia para el corazón, que responde aumentando su masa muscular (hipertrofia ventricular izquierda). Esto puede disminuir el riego sanguíneo y producir angina de pecho o infarto de miocardio. La insuficiencia cardíaca se produce cuando el corazón no es capaz de bombear al cuerpo suficiente sangre. Cuando ocurre se produce disnea, sensación de cansancio e hinchazón de tobillos, pies, piernas, abdomen y venas del cuello [13].

- Otras complicaciones derivadas de la HTA pueden ser infartos cerebrales, encefalopatía hipertensiva, nefropatía, síndrome metabólico, lesiones oculares (por afectación de vasos sanguíneos, causando cambios en la visión o ceguera) y problemas con la memoria o la comprensión.

- **Diabetetes Mellitus:**

Para entender la diabetes, es importante entender el proceso por el cual el alimento se transforma en energía. Cuando se digiere el alimento, la glucosa entra en el torrente sanguíneo. Mientras, el páncreas produce insulina. La función de la insulina es transportar la glucosa del torrente sanguíneo hasta el músculo, la grasa y las células hepáticas para producir energía o almacenarse. Por tanto, la diabetes es una enfermedad crónica en la que el cuerpo no puede regular adecuadamente la cantidad de glucosa (azúcar) en sangre [14].

Hay dos tipos de diabetes:

- Tipo 1. Es más frecuente en niños y adolescentes, pero puede ocurrir a cualquier edad. El cuerpo no produce o produce poca insulina. Se necesitan inyecciones diarias de insulina.

- Tipo 2. Es la más común. El cuerpo es resistente a la insulina, es decir, no la utiliza con la eficacia que debería. Suele estar relacionada con la edad y la obesidad. No tienen porqué necesitar dosis diarias de insulina.

Los factores de riesgo son: obesidad, genética, mala alimentación, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco, hipertensión e hipercolesterolemia

No se recomienda la glucemia capilar como método diagnóstico, sino la glucemia en sangre venosa y con el sujeto en ayunas. También existe una prueba llamada Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG) que consiste en administrar glucosa oral en ayunas y comprobar su comportamiento en sangre a lo largo de cierto tiempo [9].

Recomendaciones para el autocuidado:

- La dieta es la medida terapéutica esencial, ya que la enfermedad depende del nivel de glucosa en sangre. Después de cada ingesta siempre se produce un aumento de la glucemia, dependiendo de la cantidad y del alimento. Muchos diabéticos pueden manejar la diabetes en base a la dieta, sin precisar medicación. Se recomienda realizar 5-6 comidas al día, horarios y cantidad de hidratos de carbono constante y regular. Si además padece obesidad es altamente recomendable seguir una dieta baja en calorías.
- Es esencial llevar una alimentación equilibrada. Generalmente, se recomienda seguir una dieta mediterránea, aunque si no se adapta a las necesidades del paciente otras opciones son la disminución de la proporción de hidratos de carbono y el aumento de proteínas.

- Respecto a los hidratos de carbono; los de absorción lenta (complejos) supondrán el 55-60% del aporte calórico total. No se deben tomar alimentos que tengan hidratos de carbono de absorción rápida (simples), ya que pueden provocar una descompensación inmediata.
- Deben reducirse las grasas saturadas (animales) y aumentarse las insaturadas (vegetales) para evitar el riesgo cardiovascular [15].
- Suele ir asociada a HTA. También se recomienda limitar la ingesta de alcohol a un máximo de dos unidades/día en hombres y una/día en mujeres.

- Junto con la dieta se debe realizar ejercicio físico de intensidad y duración progresiva por lo menos 30 minutos durante 5 días a la semana, o de intensidad alta 20 minutos durante 3 días a la semana. Es importante que sea regular porque si el ejercicio es excesivo se puede producir una hipoglucemia. Para ello se recomienda [16]:
- Programar el ejercicio para que no coincida en horas de máximo efecto insulínico.
- Consumir hidratos de carbono antes del ejercicio, ya que se va a aumentar el consumo de glucosa por los músculos.
- Reducir la dosis de insulina antes del ejercicio si va a ser intenso.

- Controlar la glucemia antes y después de realizar el ejercicio.
- No inyectar insulina en la región muscular que se va a someter al esfuerzo.
- Si existe una descompensación y la glucemia capilar es muy alta no se recomienda realizar ejercicio.
- Si por lo contrario se encuentra en una situación de hipoglucemia se recomienda tomar hidratos de carbono de absorción rápida, como un zumo.
- Otro de los aspectos que debemos tener en cuenta es una higiene adecuada.

- Sobre todo la higiene bucal y el cuidado de los pies. Se han relacionado la diabetes y los problemas de salud bucal, por lo que se recomienda realizarse chequeos regularmente y cuidarse los dientes y encías.
- Debido a la enfermedad se produce una disminución de la sensibilidad y del riego sanguíneo, por lo que pequeñas heridas o erosiones pueden pasar inadvertidas, como es el caso de los pies. Si esto va a más puede dar lugar a una úlcera del pie diabético que puede crear una infección importante. Se recomienda (17):

- Lavar los pies diariamente con agua templada y jabón.
- Secar adecuadamente los pies, teniendo en cuenta las zonas interdigitales.
- Cortar las uñas adecuadamente utilizando tijeras de punta roma (nunca afilada o cortauñas), de forma recta y evitando cortar los lados.
- Visitar con frecuencia al podólogo.
- Usar zapatos anchos, cómodos y poco descubiertos.
- Emplear calcetines suaves, absorbentes y transpirables, preferiblemente de algodón.

- Las medias deben llegar hasta la cintura. No utilizar ligas.
- No andar nunca descalzo.
- No utilizar fuentes de calor externas para calentarse los pies.
- Limpiar con mucho cuidado cualquier lesión, taparla y consultar al equipo de salud. No utilizar desinfectantes coloreados (aumentan la sequedad e impiden la observación).
- Revisar periódicamente el estado de los pies.

- La absorción y necesidad de glucosa depende de la situación en la que se encuentre el organismo. Por ello, el paciente diabético puede sufrir descompensaciones en situaciones especiales como las siguientes:
- Fiebre: El aumento de las hormonas que se produce en el proceso de la fiebre tiene un efecto contrario a la insulina, por lo que las necesidades de insulina aumentarán [18].
- Diarrea, vómitos e inapetencia: Se presenta una dificultad para retener los nutrientes, lo que conlleva a una disminución de la glucemia. Probablemente se precisará una reducción del aporte de insulina y alimentos que contengan alto contenido en azúcar. Existen soluciones orales que se venden en las farmacias [18].

- Intervenciones quirúrgicas: el ayuno puede dar lugar a una hipoglucemia. Se ha demostrado que la hiperglucemia aumenta el riesgo de infección ante una operación [19].
- Viajes: Es importante asegurarse si el destino tiene acuerdos de asistencia sanitaria con España. Se debe llevar un informe del médico y todo el material se debe llevar en el equipaje de mano, siempre con el paciente, para evitar pérdidas o deterioros. Es recomendable llevar el doble del material que se vaya a necesitar. Si se tiene que comprar insulina en el extranjero hay que fijarse en la concentración de la misma. Durante todo el viaje se tienen que respetar los horarios, controles y cuidados para evitar descompensaciones [20].

Una persona diabética es más propensa a adquirir una infección. Las vacunas que deben recibir son la antineumocócica, antigripal y hepatitis B.

El autocontrol de la glucemia se realiza mediante una prueba de glucosa capilar que permite conocer los valores puntuales. Se realiza mediante unos dispositivos electrónicos que analizan una tira sobre la que se ha depositado una gota de sangre. En general, los rangos ideales son los siguientes, aunque pueden variar en función de la edad u otros problemas asociados.

Para realizar la glucemia capilar las manos deben estar limpias [21]. Se elige la zona del dedo, preferentemente lateral, manteniendo la mano hacia abajo y masajeando la yema del dedo. Después, se punciona la zona elegida y se deshecha con un algodón la primera gota. La segunda gota de sangre se pone en la tira reactiva hasta el llenado completo y se espera al resultado. Finalmente, se anota la cifra de glucemia.

El tratamiento de la diabetes es una combinación de dieta, ejercicio y medicación. Los fármacos pueden ser hipoglucemiantes orales o insulina La insulina se inyecta en tejido subcutáneo con jeringas tradicionales que están graduadas, plumas que tienen en su interior un cartucho con insulina o jeringas precargadas. La insulina puede ser de acción rápida (se administra antes de las comidas), intermedia o lenta (para cubrir las necesidades basales del organismo). Para inyectarla deben seguirse los siguientes pasos:

- Examinar la zona donde se va a inyectar. No debe tener bultos, hematomas, heridas o fisuras. El punto de inyección se debe ir rotando, es decir, cada día se debe pinchar en un lugar diferente.

- Realizar un correcto lavado de manos y limpiar la zona. No es necesario desinfectarla si hay una correcta higiene. No se recomienda utilizar alcohol, ya que puede inactivar la insulina.
- Pellizcar la piel suavemente con los dedos pulgar e índice. Insertar la aguja entera en un ángulo de 45º.
- Apretar el émbolo e inyectar toda la insulina.
- Soltar el pellizco, contar hasta 10 y retirar la aguja. No frotar la piel después.
- Un control adecuado de la enfermedad garantiza la prevención de complicaciones. La diabetes mellitus a largo plazo afecta a vasos sanguíneos pequeños (microangiopatía), grandes (macroangiopatía) y a los nervios (neuropatía). Esto puede derivar en lesiones oculares (retinopatía), renales (nefropatía) y pie diabético.

Por otra parte, las descompensaciones agudas se pueden deber a errores en el tratamiento, abandono personal, factores externos como infecciones, cambios emocionales... Estas pueden ser:

- Hipoglucemia: Glucemia por debajo de los límites normales. Se puede deber a un exceso de medicación (insulina o hipoglucemiantes), aporte de hidratos de carbono insuficiente en las comidas, retraso en las comidas o un excesivo ejercicio físico. Se caracteriza por palidez, sudor frío, irritabilidad, temblor, taquicardia, palpitaciones, ansiedad, falta de concentración, mareo, dolor de cabeza, alteración de la visión, de la conducta, de la marcha, lapsus de conciencia, convulsiones o coma. Se deben tomar hidratos de carbono de absorción rápida y, una vez que se normalicen los niveles de glucemia, se deben tomar hidratos de carbono de absorción lenta. Si hay alteración del nivel de conciencia se debe administrar glucagón intramuscular o subcutáneo y llamar al 112 o acudir al hospital más cercano [22].

- Hiperglucemia: Glucemia por encima de los límites normales. Se puede deber a que el tratamiento sea insuficiente, ingesta excesiva de hidratos de carbono, falta de ejercicio, estrés emocional, enfermedades e interacciones entre fármacos. Los síntomas son polidipsia (mucha sed), poliuria (aumento de la necesidad de orinar), cansancio e infecciones cutáneas. Se trata ajustando el tratamiento, hidratándose y reduciendo la ingesta de hidratos de carbono [22].
- Cetoacidosis: Cuando hay un déficit de insulina y la glucosa (azúcar) no puede pasar a la sangre o bien hay directamente un déficit de glucosa, el cuerpo utiliza lípidos (grasas) para conseguir energía.

En consecuencia, los productos que se generan son cetonas que si se acumulan dan lugar a una cetosis. La persona sentirá inapetencia, dolor de estómago, náuseas, boca seca, decaimiento y dificultad de la respiración. Ante dicha situación se administrará insulina y dependiendo de la glucosa se tomarán hidratos de carbono de absorción rápida (si hay hipoglucemia) o no. Además, se debe guardar reposo y realizar un control. Si la situación va a peor se produce una cetoacidosis, con una reducción del pH en sangre y se requiere tratamiento hospitalario [22].

- Coma hiperosmolar: Se produce una deshidratación por hiperglucemia grave. Es una situación de alto riesgo vital que requiere tratamiento hospitalario [22].

- **Obesidad**

La obesidad [23] se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo, que puede ser perjudicial para la salud.

Se diagnostica mediante el índice de masa corporal (IMC), un indicador que establece la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros. Se considera obesidad tener un resultado mayor o igual a 30.

Los factores de riesgo que pueden dar lugar a la obesidad son la edad, el sexo, factores costitucionales y culturales, factores psicológicos, cambios biográficos, ingesta calórica y hábitos alimentarios y actividad física. También puede ser secundaria a hipotiroidismo, enfermedad de Cushing y lesiones hipotalámicas.

- **Recomendaciones para el autocuidado:**
- La obesidad está primordialmente relacionada con la mala alimentación. Se debe limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares. Por otra parte, se debe aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos. Se recomienda ingerir fibra para evitar el estreñimiento.
- Lo más recomendable es realizar entre 4 y 5 comidas al día, en pequeñas cantidades, con horarios regulares y no picar entre ellas. El desayuno que sea completo y la cena ligera.
- Otras medidas que mejorarán su condición son cocinar a la plancha, al vapor o al horno. También comer despacio, masticar correctamente y no realizar otra actividad mientras se come.
- Se aconseja controlar la influencia que tienen las emociones en la ingesta alimentaria.

- La hidratación es fundamental si queremos conseguir hábitos saludables. Se recomienda beber agua entre comidas y poca en las comidas, ya que dificulta la digestión. El agua facilita la actividad del riñón.
- Realizar una actividad física periódica y moderada reduce el riesgo cardiovascular, de padecer diabetes mellitus, mejora los problemas motrices y los de salud mental.
- La obesidad aumenta el riesgo de padecer diabetes, enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, trastornos del aparato locomotor y cáncer.
- Las complicaciones más frecuentes que genera son problemas psicosociales, cardiovasculares, respiratorios, músculo esqueléticos, metabólicos, genitourinarios y gastrointestinales [23].

- **Hipercolesterolemia:**

Se trata de niveles altos de colesterol en sangre. La hipercolesterolemia también se llama trastorno lipídico o hiperlipidemia [24]. El colesterol se produce por vía exógena por la ingesta de alimentos como lácteos y otros de origen animal, o por vía endógena por su síntesis en el hígado. El colesterol es una grasa útil para el organismo, pero que en exceso obstruye las arterias y puede dar lugar a enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y otros problemas. La hipercolesterolemia no tiene síntomas físicos hasta que se manifiestan sus consecuencias. Los factores de riesgo para la aparición son la edad, el sexo y la genética. Pero sobretodo una dieta inadecuada con abuso de grasas animales y alcohol que lleva al organismo a consumir otro tipo de nutrientes antes que el colesterol, haciendo que no se degrade y se acumule en las arterias. Además, enfermedades hepáticas, endocrinas y renales [24].

- **Recomendaciones para el autocuidado:**
- Se debe realizar una alimentación equilibrada siguiendo la dieta mediterránea. Un hábito alimenticio saludable corresponde a la realización de 5 comidas diarias.
- Se debe evitar el consumo de grasa. Se debe disminuir el consumo de carnes rojas, huevos (máximo 2-3 por semana), leche entera y derivados (helados, nata, mantequilla, yogur entero, queso graso...). Totalmente desaconsejado el consumo de bollería, fritos, precocinados, alcohol y tabaco. La sal se debe usar con moderación.
- Se debe potenciar el consumo de frutas, verduras y legumbres. Consumir preferentemente aceite de oliva y comer pescados blancos y azules (sardina, trucha, caballa, salmón...).
- La realización de actividad física fortalece el cuerpo, el corazón y ayuda a reducir el peso [24].

- **EPOC**

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no es una sola enfermedad, sino diversas dolencias pulmonares (bronquitis crónica y enfisema pulmonar) que limitan el flujo de aire en los pulmones [25]. La causa más común es la inhalación de sustancias como el tabaco o contaminación de forma prolongada. Es una enfermedad que cursa con tos, fatiga, recurrentes infecciones respiratorias, disnea, sibilancias... Para diagnosticarla se realiza una espirometría. Es una prueba que comprueba la función pulmonar.

Recomendaciones para el autocuidado

- Realizar una dieta equilibrada, evitando la obesidad. Aumentar el consumo de calcio si se están tomando corticoides. Se recomienda beber bastante agua para reducir las secreciones.

- Se recomienda realizar fisioterapia respiratoria que le permite aprender a respirar mejor. Además, debe dejar de fumar y evitar ambientes contaminados (ventilar bien la vivienda).
- Debe aprender a relajarse ya que la sensación de falta de aire puede generarle ansiedad.
- También, es recomendable vacunarse de la gripe cada año.
- Es fundamental realizar un uso correcto de inhaladores: primero debe agitar el inhalador mientras espira (sopla). A continuación, se lo coloca en la boca e inspira mientras lo dispara. Debe aguantar la respiración durante 10 segundos y al finalizar debe enjuagarse la boca.
- Es importante saber reconocer los síntomas de alarma de la enfermedad como el aumento de la dificultad respiratoria, el empeoramiento de la tos, cambios en el color y consistencia del moco, fiebre, dolor en el pecho, hinchazón de piernas, somnolencia excesiva...

- **LUMBALGIA CRÓNICA:**

El dolor lumbar es el quinto motivo más común de las visitas al médico, que afecta a casi el 60-80% de las personas durante su vida. Las personas que sufren una algia lumbar baja más de 3 meses se considera crónica, y puede ser atribuida a más del 80% de todos los costes de atención médica [26]. Casi un tercio de las personas que buscan tratamiento para el dolor lumbar han sufrido dolor persistente moderado durante 1 año después de un episodio agudo. Se estima que siete millones de adultos en los Estados Unidos tienen limitaciones en la actividad como resultado del dolor lumbar crónico.

El desafío para los médicos es reconocer a los pacientes en los cuales la lumbalgia puede estar relacionada con condiciones subyacentes patológicas.

Otras condiciones posibles que se podrían atribuir al dolor lumbar que no están relacionados con la terapia física son: aneurisma abdominal, apendicitis, embarazo ectópico, endometriosis, neoplasias, quistes ováricos, enfermedad inflamatoria pélvica, prostatitis, litiasis renal, infecciones del tracto urinario. En el caso de que estas condiciones estuviesen presentes se requiere atención inmediata.

La investigación ha demostrado que la historia clínica del paciente y la evaluación biopsicosocial son cruciales para establecer el dolor crónico lumbar. La historia clínica del paciente y su formulario de autoevaluación nos ayuda a descartar patologías graves como la cola de caballo, espondilosis anquilosante, compromiso del nervio y el cáncer.

Recomendaciones para el autocuidado [27]:

- Estabilización de la columna lumbar: utilización de fajas o corsés y tonificación de la musculatura abdominal y espinal (ejercicios isométricos).
- Medidas de higiene postural: mobiliario ergonómico en el puesto de trabajo, evitar flexionar la columna hacia delante y mantener los pesos pegados al cuerpo.
- Conseguir un peso adecuado.
- Antiinflamatorios tanto no esteroideos como los corticoesteroides, los análgesicos y los relajantes musculares pueden ser útiles en los periodos de reagudización del dolor (bajo prescripción facultativa)

5.-CONCLUSIONES

El incremento de enfermedades crónicas conlleva a tomar medidas para afrontar la situación actual. Desde el punto de vista de la enfermería, la prevención terciaria toma un papel esencial para ralentizar la progresión de la enfermedad y, por tanto, evitar la aparición o el empeoramiento de las complicaciones. Mediante la educación para la salud se pretende proporcionar conocimientos a los pacientes para fomentar el autocuidado.

Es importante que como profesionales de la salud garanticemos conciencia de la enfermedad a los pacientes crónicos para que adopten las recomendaciones en sus hábitos diarios.

De esta manera se podrá realizar una gestión mucho más inteligente de la que se está llevando hasta ahora, abordando desde sus inicios los problemas que van a apareciendo en los pacientes crónicos evitando muchas complicaciones que suponen un trastorno importante para el paciente, su familia y un incremento descomunal del gasto sanitario.

6.- BIBLOGRAFÍA

1. Dunkan K, Maceiras L. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Salud Pública. 2001
2. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud. Madrid: Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad; 2012.
3. Estrategia de atención al paciente crónico en castilla y leon. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad; 2013.
4. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. 64ª Asamblea mundial de la salud. Organización Mundial de la Salud, Secretaría; 2011. Report No.: A64/21.
5. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2014. Disponible en: http://www.who.int/un-collaboration/health/unga-ncds/es/.

6.- Europea U. Salud pública. Comisión Europea. [Online].; 2014. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/programme/policy_es.

7.- Modrego Aznar MF. Cuidados visibles e invisibles de enfermería en la población con patologías crónicas. Enfermería Comunitaria (rev. digital). 2013; 9(1).

8.- Montes Santiago J, Casariego Vales E, Toro Santos JL, Mosquera E. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. Dialnet. 2012; 73(Extra 1).

9.- Organización Mundial de la Salud. [Online]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.

10.- Blasco R. Enfermería Comunitaria III. Atención primaria. 2nd ed. López C, editor. Barcelona: Masson; 2003.

11.-Prosane. [Online].; 2011-2015. Disponible en: http://www.prosane.com.gt/web/hipertension/recomendaciones_pacientes_hipertensos.

12.-Rioja Salud. [Online].; 2015. Disponible en: http://www.prosane.com.gt/web/hipertension/recomendaciones_pacientes_hipertensos.

13.-Fundación Española del Corazón. [Online]. Disponible en: http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html.

14.-Ministerio de Sanidad ssel. MSSSI. [Online]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/diabetes/diabetes.htm.

15.-Osakidetza. [Online].; 2012. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ckpadb04/es/contenidos/informacion/osapa_diab/es_adultos/enferm.html.

16.-Fundación Española del Corazón. [Online]. Disponible en: http://www.fundaciondelcorazon.com/ejercicio/para-enfermos/980-diabetes-y-ejercicio.html.

17.-Renales. MedlinePlus. [Online]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/diabeticfoot.html.

18.-Colino E. Fundación para la Diabetes. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/infantil/192/fiebre-y-enfermedad-ninos.

19.-Nazar C, Herrera C, González A. Manejo preoperatorio de pacientes con Diabetes Mellitus. Revista chilena de cirugía. 2013 Agosto; 65(4).

20.-Fundación para la Diabetes. [Online]. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/14/15-consejos-para-viajar-con-diabetes.

21.-éu SJd. Diabetes cidi. [Online].; 2016. Disponible en: https://www.diabetes-cidi.org/es/diabetes-tipo-1/debut/como-inyectar-insulina.

22.-ACV Etd. Guía práctica de las complicaciones agudas de la diabetes. 2016. 5ª edición.

23.-Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. [Online].; 2016. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/.

24.-MedlinePlus. Niveles altos de colesterol en sangre. [Online].; 2015.Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000403.htm.

25.-MedlinePlus. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. [Online].; 2015. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000091.htm.

26-Clínica universidad de navarra. [Online]. Disponible en : https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/dolor-lumbar-cronico

27.-Muriel Villoria,C. Abordajes terapéuticos en dolor lumbar crónico. Cátedra Extraordinaria del Dolor, "FUNDACIÓN GRÜNENTHAL"Universidad de Salamanca.2001

TEMA 56. LUMBALGIA EN EL EMBARAZO

BÁRBARA DELGADO MONFRINO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CAUSAS
3. SÍNTOMAS
4. TRATAMIENTO
5. PREVENCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La mujer durante el embarazo experimenta muchos cambios que pueden afectar a numerosas estructuras físicas a nivel estructural y muscular. El aumento de una sobrecarga en los cuerpos vertebrales de la columna favorece la aparición de lumbalgia en el embarazo. Se estima que en algún momento de la gestación más de la mitad de las embarazadas lo sufran, aunque es más frecuente que aparezca hacia el séptimo mes de embarazo. De hecho es una de las causas por las que muchas mujeres reciben la baja médica durante este periodo.

Cuando la futura mamá empieza a sufrir lumbalgia y dolor de espalda, es importante que acuda al fisioterapeuta especializado en el embarazo para llevar a cabo el tratamiento adecuado. Los estiramientos, el fortalecimiento muscular y la terapia manual son los métodos más utilizados por los especialistas para relajar la musculatura de la espalda. De hecho, será el fisioterapeuta el encargado de enseñar a la embarazada cómo adoptar una buena postura y le hará un programa y un control de la higiene postural durante la gestación y el posparto.

1. CAUSAS

Las causas de lumbalgia y ciática en el embarazo son múltiples, pero podemos enumerar las principales:

- El crecimiento del útero dentro del abdomen desplaza los órganos internos hacia arriba y atrás, de esta manera se puede comprimir plexos nerviosos, como el ciático.

- El bebé gana cada vez más peso y la madre también, esto sobrecarga el esqueleto materno y se nota especialmente en la columna vertebral, ya que aumenta la lordosis lumbar (la curva en la parte baja de la espalda).

- La posición del útero y el bebé hacen que la madre cambie su centro de gravedad para mantener el equilibrio. Así la madre separa más los pies y curva más la espalda en su porción final (a esto se llama lordosis lumbar).

- Los ligamentos de todo el esqueleto materno son más elásticos al final del embarazo gracias a varias hormonas (la relaxina entre ellas). Esto es necesario para que llegado el momento del parto la pelvis tenga cierta movilidad, pero antes provoca una inestabilidad en las articulaciones que tienen que compensar los músculos vecinos, provocando contracturas en diferentes niveles.

3.SÍNTOMAS

La mujer suele referir un dolor continuo, localizado en la zona lumbar que puede irradiarse hacia el glúteo (un lado o ambos) o los muslos, y lo más normal que aumente de intensidad según avance el día. Algunas mujeres sienten que el dolor es bastante agudo al despertar por la mañana si se ha tenido una mala postura para dormir.

Si el dolor va acompañado de debilidad muscular, hormigueo o entumecimiento, es importante descartar una posible hernia discal. En tal caso es necesario acudir al médico, para un correcto diagnóstico, y valorar las diferentes opciones de tratamiento.

4. TRATAMIENTO

- Masaje por parte de un fisioterapeuta que conozca la peculiaridad de la mujer embarazada. La terapia manual es muy efectiva.
- Calor local, ya sea húmedo o seco (manta eléctrica, agua, bolsas de semillas…).
- Paracetamol 1 gr cada 8 horas.
- Cinturón pélvico, puesto de manera correcta.
- Estiramientos: tumbada en posición supina y con las plantas de los pies apoyadas en el suelo y acompañados de una correcta respiración diafragmática:

1. Flexionar una pierna hasta abrazarla con las manos durante el momento de la espiración. Durante la inspiración, se vuelve a la posición de partida. Se alterna una pierna y la otra.
2. Flexionar ambas piernas hasta permanecer encogida, abrazándolas durante el momento de la espiración. Aprovechar el retorno a la posición de partida para inspirar de nuevo.
3. Elevar los glúteos hasta quedar alineados pierna-cadera-espalda baja. La elevación se hace a la vez que se expulsa el aire. La vuelta a la posición de partida se hará durante la inspiración.
4. Estiramiento piramidal. Sentada con una pierna recta y la otra flexionada. La flexionada se pasa por encima de la recta, colocando el pie en la parte exterior de la rodilla estirada. A continuación, se debe flexionar el brazo opuesto situando el codo en la parte exterior del muslo, empujando la rodilla.

5.PREVENCIÓN

- Para prevenir dolores lumbares se pueden tomar una serie de medidas de higiene postural:
- Caminar con zapatos de tacón bajo facilita una buena postura. Sin embargo, los zapatos planos y los de tacón alto la perjudican.
- A la hora de dormir, es importante 'calzar' la tripa. Colocar las almohadas necesarias entre las piernas, sujetando la tripa…
- Realizar ejercicio para tonificar la espalda y el cuerpo en general, como el pilates o el yoga. Siempre en centros donde los docentes sean fisioterapeutas o matronas.
- No permanezcas mucho tiempo sentada o de pie.
- Evita coger objetos pesados.
- Al recoger cosas, mejor si doblas las rodillas. Evita flexionar la espalda.

BIBLIOGRAFÍA

- Natalben. Disponible en: https://www.natalben.com/sintomas-embarazo/signos-durante-el-embarazo-lumbago

- Mi bebe y yo. Disponible en: https://www.mibebeyyo.com/enfermedades/enfermedades-en-el-embarazo/lumbalgia-embarazo-consejos-experta

- Eres mamá.[30 de Octubre de 2017] Disponible en: https://eresmama.com/lumbago-en-el-embarazo-prevencion-sintomas/

TEMA 57. SEGURIDAD DEL METILFENIDATO EN EL TRATAMIENTO DEL TDAH

MARÍA JOSEFA GARCÍA MANZANARES

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN, MATERIAL Y MÉTODO Y OBJETIVOS**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSIONES**

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una alteración del neurodesarollo frecuente en la población infantil.

Es un trastorno heterogéneo en cuanto a sus síntomas y causas, pero la tríada sintomática característica es déficit de atención, hiperactividad e impulsividad.

El tratamiento del TDAH requiere la realización de un plan completo e individualizado para cada paciente, que incluye tres partes: psicoeducación y entrenamiento en manejo conductual, apoyo académico y medicación.

El metilfenidato es el fármaco de primera elección y el más utilizado en el tratamiento del TDAH.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizo una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, LILACS, Scielo, CINAHL y dialnet, de las que se revisaron 57 artículos, de los cuales, 7 fueron seleccionados.

Para ello se utilizaron las siguientes palabras clave: metilfenidato, TDAH infancia y su traducción al inglés.

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad del MTF en niños

Relación riesgo/beneficio: ¿justifica su uso en la infancia?

RESULTADOS

Existen efectos secundarios leves como pérdida de apetito, insomnio de conciliación, pérdida de peso y dolor abdominal.

En cuanto al retraso del crecimiento, los estudios publicados son heterogéneos, ya que existen estudios que afirman déficit de la velocidad de crecimiento en niños entre 9-14 años con TDAH no tratados, mientras otros estudios muestran una disminución 0,96 cm/año en pacientes tratados con MTF frente a pacientes con placebo .

El riesgo de muerte súbita en pacientes tratados con monoterapia es muy bajo.

No existe evidencia respecto a la asociación entre tics y MTF.

Como efectos infrecuentes se encuentran alteración del estado de animo y síntomas de tipo psicótico. Se recomienda seguimiento del peso, la presión arterial y la frecuencia cardiaca un mes después del inicio del tratamiento, y posteriormente cada 3 meses, y de la talla cada 6 meses. Respecto a la seguridad cardiovascular, no existe evidencia de que el uso de fármacos para el TDAH este asociado a un incremento del riesgo de presentar episodios cardiovasculares graves, por lo que no es necesario realizar sistemáticamente un electrocardiograma cuando se inicie el tratamiento con MTF. Aunque existe una posible inducción de arritmias cardiacas por MTF en niños con TDAH. A pesar de esto, el beneficio del tratamiento es mayor al riesgo.

CONCLUSIONES

La eficacia del MTF en el tratamiento del TDAH está ampliamente demostrada, observándose tasas de eficacia y seguridad muy elevadas. Es eficaz para síntomas centrales como hiperactividad, impulsividad y déficit de atención, con mejoría del rendimiento académico, adaptación familiar y social, imagen personal y control de impulsos. Los efectos secundarios son raros, leves y transitorios, por este motivo está justificado su uso en la infancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Mayoralas, D. M., Fernández-Perrone, A. L., & Fernández-Jaén, A. Actualización en el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Acta Pediatr Esp, 2012 [citado 10 enero 2016]. 70(6), 239-246. Disponible en http://www.neurologia.com/pdf/web/54s03/bhs03s041.pdf

2. Navas, G., Caso, A. M. D., & Blanco, J. Efectos secundarios del metilfenidato sobre los perfiles Neuropsicológicos en niños con TDAH. International Journal of Developmental and Educational Psychology.2012. [citado 11 enero 2016]. Disponible en http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/2759/0214-9877_2012_1_3_67.pdf?sequence=1

3. Lora Espinosa, A., & Díaz Aguilar, M. J. Abordaje del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad desde la visión del pediatra de cabecera. Pediatría Atención Primaria, 2011. [citado 08 enero 2016] 13, 115-126. Disponible en http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13s20/seminario05.pdf

4. Soutullo, C., & Álvarez-Gómez, M. J. Bases para la elección del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Revista de neurología, 2013 [citado 10 enero 2016]. 56. Disponible en http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/04/base-tratamiento-farmacologico-TDA.pdf

TEMA 58. EXTRACCIÓN TAPÓN DE CERUMEN POR IRRIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

JOSE ANTONIO LÓPEZ REINA

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- OTOSCOPIA
- MATERIAL
- PROCEDIMIENTO
- TÉCNICA
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN

El cerumen es un conjunto de productos de descamación, secreciones sebáceas y secreciones de las glándulas ceruminosas que se encuentran en el tercio externo del conducto auditivo externo, cuando la cera se acumula en gran cantidad, bloquea el conducto auditivo y produce pérdida de audición

La manifestación clínica más frecuente del tapón de cerumen es una sordera brusca o gradual, generalmente después de un baño, no dolorosa, con autofonía y sensación de plenitud en el oído. El tapón va creciendo lentamente hasta que obstruye por completo la luz del conducto auditivo externo y se produce la disminución de la audición.

OTOSCOPIA

Es la exploración del conducto auditivo externo, tímpano e indirectamente del oído medio.

Se recomienda:

- Utilizar espéculos ajustados al tamaño del conducto auditivo.
- Utilizar otoscopios de intensidad de luz constante, si es posible de pared o de batería recargable. La disminución progresiva de la intensidad de la luz del otoscopio (pilas desechables) dificulta la exploración.

OTOSCOPIA

La técnica a emplear dependerá de la edad del paciente:

• **Adultos**: Para introducir el otoscopio se traccionará el pabellón auricular hacia atrás y ligeramente hacia arriba.

• **Niños**: Para introducir el otoscopio se traccionará hacia atrás y ligeramente hacia abajo. La cabeza del niño debe mantenerse sujeta por un ayudante.

MATERIALES

- Otoscopio.
- Batea.
- Jeringa para lavados de oídos (Jenny).
- Paño desechable
- Agua tibia.
- Guantes

PROCEDIMIENTO

El médico de Atención Primaria, ante un paciente con tapón de cerumen en el conducto auditivo, tras la exploración debe descartar las posibles contraindicaciones a su extracción en Atención Primaria, que darían lugar a la derivación al Otorrinolaringólogo.

Contraindicaciones:

- Otitis media o externa activa, hasta que se resuelva.
- Sospecha de perforación timpánica.
- Historia de otitis media crónica o de supuraciones.
- Cirugía otológica previa.
- Lesiones recientes del tímpano y conducto auditivo externo.
- Historia previa de complicaciones con los intentos de extracción.

- El médico informará al paciente que deberá reblandecer el tapón instilando agua oxigenada al 3% (rebajada con agua hervida al 50%), o cualquier preparado disolvente del cerumen que el médico estime oportuno.

- Se recomendará la instilación de las gotas para reblandecer el cerumen. Deben utilizarse entre 5 y 7 días a dosis de 3-5 gotas, tres veces al día

- En enfermería será citado el paciente y se reforzará lo dicho anteriormente por el médico.

- Se le informará sobre la técnica y se le pedirá la orden médica

- A continuación, se citará al paciente en consulta de enfermería para proceder a realizar, de forma programada, la técnica de extracción mediante lavado de oído.

TÉCNICA

- Se realizará previa exploración otoscópica.
- Se cargará la jeringa otológica con agua templada.
- El paciente estará sentado con un paño desechable en el cuello, para evitar en lo posible que se moje con el agua. En el caso de niños pequeños éstos estarán sentados en las piernas de un familiar o ayudante, y si no colabora se le sujetará firmemente cuerpo, cabeza y brazos.
- Se sujeta el pabellón auricular con los dedos índice y pulgar, y al mismo tiempo se introduce la cánula ligeramente (entre 5 y 7 mm) sosteniendo la parte anterior de la jeringa con el dedo medio que estará perpendicular a la cabeza, de tal manera que la fuerza

que mueve el émbolo hacia delante, no pueda transmitirse al cuerpo de la jeringa y por consiguiente, la cánula no se introduzca más hacia el interior del conducto auditivo externo

- Se inyecta el agua con cierta energía, dirigiéndola hacia la zona de contacto entre la pared del conducto y el tapón, buscando aberturas que faciliten el que se vaya despegando. Se le pedirá al paciente que en caso de dolor lo avise.
- Si el tapón no sale después de tres intentos, se observará con el otoscopio, y si sigue fijado al conducto o tímpano se citará al paciente dos días más tarde indicándole que se instile otra vez gotas en el conducto auditivo externo.
- Una vez se crea que haya salido completamente el tapón, mediante otoscopia se verá el conducto y tímpano por si hubiera alguna anomalía, y de existir se derivará al Facultativo.

BIBLIOGRAFÍA

- Técnicas de enfermería. Ed McGraw-Hill – Interamericana. 1999. Colección Biblioteca de Enfermería. Tomo 7. Pág. 237 - 241.
- Enfermería Médico Quirúrgica. Ed McGraw-Hill – Interamericana. 1999. Colección Biblioteca de Enfermería. Tomo 10. Cap 38. Pág. 1184 – 1197..
- Protocolo de extracción de tapones de cerumen mediante lavado ótico en Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. [en línea]. [Consulta: 20 de Agosto de 2018] <file:///D:/Profiles/jlr58e/Downloads/protocolo_tapones%20(1).pdf>

TEMA 59. CEFALEAS

LAURA GRANJA FUENTES

INDICE

- Definición
- Síntomas
- Clasificación
- Diagnóstico
- Tratamiento

Definición

Se denomina **cefalea** al dolor continuo intracraneal, localizado o difuso. Es uno de los trastornos más frecuentes del sistema nervioso, al menos un 10% de la población lo sufren de manera continuada. Habitualmente es un trastorno transitorio y benigno, pero a veces puede ser un síntoma de una enfermedad grave.

Síntomas

Los síntomas más frecuentes son, aura visual, fotofobia (hipersensibilidad a la luz), fonofobia (hipersensibilidad al ruido), osmofobia (hipersensibilidad al olor), nauseas, vómitos, dolor pulsátil/sordo (como un latido), pero van a depender del tipo de cefalea.

Clasificación

Las cefaleas se pueden clasificar en:

- **Cefaleas primarias**: el dolor de cabeza es el único síntoma, es decir, no hay otro síntoma que indique que el dolor forma parte de otra enfermedad. A ellas pertenecen la gran mayoría de las cefaleas, entre las que destacan:
  - Migrañas o jaquecas, es una enfermedad crónica, de causa no conocidas que se manifiesta por crisis o ataques repetidos de cefaleas, suele durar entre 4 y 72 horas, el dolor es pulsátil, unilateral, va asociada a náuseas, fotofobia, fonofobia y empeora con la actividad física. Se cree que la migraña es un trastorno constitucional genético, e influyen en su aparición, factores como el sexo (es más frecuente en mujeres que en hombres), cambios hormonales, estrés, ansiedad, ingesta de alcohol y factores medioambientales.

- Cefalea de tensión, es la más frecuente, su incidencia es igual en hombres y mujeres, afecta a la cabeza a modo de banda o casco, es un dolor opresivo de intensidad leve a moderada, es raro que aparezcan nauseas o vómitos, y suele aparecer al final del día con el cansancio acumulado o en situaciones de estrés.
- Cefalea en racimos, es poco frecuente y más común en hombres que en mujeres. Es un dolor de gran intensidad y de inicio brusco, se localiza alrededor del ojo o la sien siempre del mismo lado, el dolor suele aparecer más o menos a la misma hora y es típico que despierte del sueño, se da en episodios diarios o casi diario durante semanas o meses.

- **Cefaleas secundarias**: el dolor de cabeza es un síntoma de otra enfermedad, como una infección, sinusitis, meningitis, un tumor o una hemorragia cerebral, las características del dolor ayudan a sospechar que existe una enfermedad de base. Estas a su vez se clasifican en:
  - Cefalea provocada por traumatismo craneal o cervical
  - Cefalea de origen vascular craneal y/o cervical
  - Cefalea de origen intracraneal no vascular
  - Cefalea provocada por la administración o supresión de una sustancia
  - Cefalea atribuida a infección
  - Cefalea o dolor facial atribuida a trastorno del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos para nasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o craneales.
  - Cefalea psicogénica

- **Neuralgias craneales:** es un trastorno sensitivo, es síntoma de una lesión que afecta a los nervios, y cuando estos pertenecen a la cabeza provocan cefalea. El dolor se caracteriza por ser paroxístico, de corta duración y se localiza a lo largo del recorrido del nervio. La causa puede ser una infección por herpes zoster o una anomalía en la estructura del nervio, aunque a veces no existe causa justificada. Las más comunes son la neuralgia del glosofaríngeo y la neuralgia del trigémino, este último es muy característico, los pacientes que le sufren lo describen como una descarga eléctrica, o como una cuchillada o desgarro, y se origina siempre en un mismo punto.

Diagnóstico

Para **diagnosticar** el tipo de cefalea, se realizará la historia clínica y una exploración física, siendo muy importante la exploración neurológica, así como la tensión arterial.

Es importante tener en cuenta una serie de características de este dolor que van a ayudar a realizar el diagnóstico como:

- Tipo de dolor, si es pulsátil, sordo, opresivo.
- Localización, cuando su origen está en tejidos superficiales es muy preciso, en cambio si es de origen intracraneal no.
- Intensidad, el paciente nos dirá, si le impide hacer vida normal, si lo despierta o dificulta el sueño.
- Duración, puede ser de días o meses, esto puede orientar si existe enfermedad de base o no.

En cuanto a pruebas complementarias, una radiografía simple descartará deformaciones óseas, anomalías congénitas y patología sinusal. El TAC o una resonancia magnética nos muestran la existencia de tumores, abscesos o hemorragias.

En caso de sospechar una causa inflamatoria o hemorrágica se realizará una punción lumbar.

Medidas terapéuticas

Como **medidas terapéuticas** a tomar, cabe destacar:

- La eliminación de los factores desencadenantes de la cefalea, (enfermedad de base, anomalías fisiológicas y estructurales).
- Evitar situaciones de estrés, tensión psíquica.
- Eliminar alimentos que provocan la cefalea como alcohol, queso, chocolate.
- Intentar llevar una vida saludable y ordenada.

Tratamiento

En el **tratamiento sintomático** de las cefaleas**,** los fármacos que más se utilizan son los antiinflamatorios no esteroideos, y dependiendo del tipo de cefalea se utilizarán otros como los triptanes, estos últimos son agonistas de los receptores de serotonina, inhiben la liberación de neuropéptidos y son mediadores de la vasoconstricción cerebral.

Los relajantes musculares y los antiinflamatorios no esteroideos se utilizan en la cefalea tensional, si además existe una ansiedad importante se puede administran un sedante y procurar un ambiente tranquilo.

Si es cefalea hipertensiva, se aliviará al disminuir la hipertensión.

Si aparece tras una punción lumbar se corregirá al mantener al paciente en decúbito supino.

En las cefaleas provocadas por tumores cerebrales, el uso de corticoides disminuye el edema y por tanto el dolor.

Cuando los pacientes sufren crisis frecuentes de jaquecas, se utilizan medidas profilácticas, con fármacos como, propanolol, barbitúricos, antiepiléptico y tranquilizantes suaves. El tratamiento debe mantenerse durante el tiempo que indique el facultativo, que suele ser de unos meses, si es necesario podría ser continuo, cuando se suspenda se hará de manera progresiva para evitar recidivas.

Bibliografía

- María de Lourdes Figuerola. Las cefaleas. Nuevos enfoques para un viejo problema. Ed. Médica Panamericana. 2014.
- Valentín Mateos marcos. Migrañas y otras cefaleas. Ed. Elsevier España. 2010.
- Dr. Salomón Sellam. Neurología II. Migrañas, cefaleas, vértigos… Ed. Berángel Edition. 2015.

EJEMPLO 3

Todo esto es de guía de ejemplo que debe ser suprimido. Escribir el contenido siempre en arial 24…

Ejemplo… **Lorem Ipsum** es simplemente el texto de relleno de las imprentas y archivos de texto. Lorem Ipsum ha sido el texto de relleno estándar de las industrias desde el año 1500, cuando un impresor (N. del T. persona que se dedica a la imprenta) desconocido usó una galería de textos y los mezcló de tal manera que logró hacer un libro de textos especimen. No sólo sobrevivió 500 años, sino que tambien ingresó como texto. Relleno en documentos electrónicos, quedando esencialmente igual al original.

BIBLIOGRAFÍA

Se realizará según estilo Vancouver

- **Libros:** Risgven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 20 ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
- **Articulo de revistas:** Díez Jiménez JA, Cienfuegos Márquez M, Suárez Fernández E. Ruidos adventicios respiratorios: factores de confusión. Med Clin (Barc). 1997; 109 (16): 632-634.
- **Página WEB :** Cancer-Pain.org [actualizado 16 May 2002; citado 9 jul 2002]. Disponible en: http://www.cancer-pain.org/
- **Bases de datos:** Who´s Certified [base de datos en Internet]. Evanston (IL): the American Board of Medical Specialists. C2000–[citado 8 Mar 2001]. Disponible en: http://www.abms.org/newsearch.asp

TEMA 60. SERVICIO RADIOLOGÍA

ESTHER MATEO CARRASCO
FRANCISCA FERNÁNDEZ ROMERA
ENCARNACIÓN MARTÍNEZ PÉREZ
ESTHER LUCIA AVILÉS LÓPEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **SERVICIO DE RADIOLOGÍA**
- **ORGANIZACIÓN**

INTRODUCCIÓN

La radiología tiene el fin de diagnosticar y el tratamiento utilizando las imágenes que se generan en el interior del cuerpo por medio de las radiaciones ionizantes o no ionizantes y otras fuentes (ultrasonidos y campos magnéticos).

El Servicio de Radiología se compone de un equipo de personal formado por distintas categorías.

SERVICIO DE RADIOLOGÍA

El servicio de radiología ocupa una gran superficie del hospital, su superficie está calculado por el tipo de centro sanitario y por su número de camas; se le dota con numerosos equipos que producen las imágenes diagnósticas.

Los procedimientos y técnicas que se realizan en este servicio son la radiología convencional, mamografías, fluoroscopia, exploraciones dentales, tomografía computerizada (TAC), angiografía, radiología intervencionista, ecografía y resonancia magnética.

Se encuentra cerca de ascensores y lo más próximo a Urgencias.

El Servicio de Radiología es una unión de trabajo, arriba del escalafón se encuentra el jefe del servicio, el servicio se compone de personal de distintas categorías:

- **Jefe de Servicio**, el responsable del servicio.
- **Jefe de Sección**, el responsable de alguna de las secciones en que está dividido el servicio (musculo esquelético, tórax, abdomen, etc).
- **Médico Adjunto**, trabaja elaborando informes de las imágenes obtenidas.
- **Médico Residente**, licenciados en medicina que están efectuando su residencia.
- **Supervisor**, comprueba que se realice bien el trabajo y los turnos de los trabajadores.

- **Diplomado en Enfermería**, realizan una asistencia sanitaria al paciente.
- **Técnico en Imagen para el Diagnóstico**, el técnico se encarga de la realización de las imágenes.
- **Auxiliar Enfermería**, realizan una asistencia complementaria.
- **Personal Administrativo,** grupo no sanitario, auxiliares administrativos que reciben al paciente a su llegada al servicio.
- **Celadores,** personal no sanitario, su trabajo es ayudar al resto del personal; traslado de pacientes, llevar los equipos portátiles y ayudan a colocar al paciente.

ORGANIZACIÓN

Los Servicios de Radiodiagnóstico atienden a pacientes que pueden venir de Urgencias, consultas externas y hospitalizados.
Los Servicios de Radiodiagnóstico se clasifican en **básico**(nivel 1), centros de salud u hospitales pequeños; **general**(nivel 2), centros sanitarios de tamaño mediano; **especializado**(nivel 3), son hospitales grandes.

Las zonas del servicio son la **recepción**, está a la entrada del servicio, en ella se encuentran los administrativos**; salas de espera**, donde los pacientes esperan a ser llamados; **vestuarios**, habitaciones contiguas a la sala de exploración y a la sala de espera, donde el paciente deja su ropa y objetos.

Sala de exploración; donde se encuentran las máquinas y hacen los estudios; **sala de control**, donde trabaja el técnico en su mesan de mandos, ordenadores y monitores; la pared y puertas se encuentran plomadas y hay una ventana para poder ver al paciente y también se encuentra plomada; **sala de revelado**, llamada también cuarto oscuro, donde se revelan las películas radiográficas, debe estar plomado y tiene que tener una lámpara de luz roja que no afecte al revelado; **sala de informes**, en ella se encuentran los negatoscopios, ordenadores y monitores donde el médico realiza los informes; **otras salas**, aseos, almacén de material, archivos, aula docencia, biblioteca y sala conferencias.

BIBLIOGRAFÍA

- Monográfico: Radiología Digital. Gestión del Servicio de Radiodiagnóstico. www.conganat.org
- CSN Instalaciones de Radiodiagnóstico. www.CSN.es

TEMA 61. EFICACIA DE LA MANIPULACIÓN OSTEOPATÍCA EN EPICONDILAGIA LATERAL EN ADULTOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA

RUBÉN VELASCO REDONDO

PABLO FELIPE ROMERO HERNANDEZ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN
MATERIAL Y MÉTODO
RESULTADOS Y DISCUSION
CONCLUSIONES
BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCION

Las lesiones tendinosas pueden ser clasificadas dependiendo el tiempo de evolución y de los tejidos comprometidos en este tipo de lesiones. Podemos encontrar lesiones agudas, que por norma general son lesiones traumáticas, bien definidas en el tiempo y lesiones crónicas causadas por un sobreuso continuado o un origen idiopático, de las cuales se desconoce con certeza la causa desencadenante.

El término epicondilitis o codo de tenista, ha sido usado de forma frecuente, para denominar a la patología que encontramos alrededor del epicóndilo y los tejidos musculotendinosos adyacentes al epicóndilo, sin embargo, el dolor aparecido es secundario a la inflamación y en muchas ocasiones no se aprecia una inflamación aparente en la zona.

Es por eso que en la actualidad se usa el sufijo –algia para evitar posibles confusiones en la terminología, refiriéndose así con el sufijo –algia, solamente al dolor que caracteriza a esta patología (2). La epicondilitis fue descrita por primera vez por Runge en 1873 siendo en la actualidad una de las lesiones por dolor en el codo más comunes. El término codo de tenista o tennis elbow, fue usado por primera vez por Major en 1883 dentro de su trabajo "Lawn-tennis elbow" (5).

Anatómicamente, el codo es un complejo articular formado por tres huesos principales: húmero, radio y cúbito. Las articulaciones que podemos encontrar en el codo son: articulación humero-radial (condílea), humero-cubital (troclear) y la radio-cubital (trocoide).

La epitróclea, es una prominencia ósea localizada por encima y hacia adentro de la tróclea pues ahí es donde se encuentran los músculos flexores del antebrazo que son: pronador cuadrado, pronador redondo, palmar mayor, palmar menor, flexor cubital y flexor profundo de los dedos, la mayoría de estos músculos cruzan la articulación y están relacionados con la fascia braquial.

El ligamento anular es el más importante del codo. Su importancia se debe a su participación en la pronación y supinación del antebrazo. Es una zona pequeña para tantas inserciones, lo que da lugar a múltiples patologías, como se puede observar en la Figura 1(3). Dentro de las epicondilalgias podemos encontrar, la epicondilalgia medial/interna o codo de golfista que afecta a la región epitroclear y representa entre el 10 y el 20% de todas las epicondilalgias y la epicondilalgia lateral/externa o codo de tenista que afecta a la región epicondilar y representa entre un 1 y un 3% de la población de los Estados Unidos.

Según la OMS, define la epicondilalgia lateral (EL) como: “una patología caracterizada por dolor en la cara externa del codo, sobre el epicondilo, prominencia ósea situada en la cara externa del cóndilo externo del humero, como resultado de una tensión mantenida o por sobreesfuerzos repetidos” (7).

La EL puede en un mayor porcentaje estar debida al entorno laboral, como pudiera ser el caso de los profesionales de la informática, trabajadores en líneas de montaje o trabajadores de la limpieza. La epicondilalgia lateral también puede estar debida a una patología derivada de un acto deportivo, ya sea por un mal gesto deportivo relacionado con la flexo-extensión o la prono-supinación del codo, por un sobreesfuerzo continuado en el tiempo o por un mal agarre con la raqueta, como puede ser en el caso del tenis. (6)

Fisiopatología y sintomatología

Entre la cintura escapular y la muñeca, encontramos la articulación del codo. El codo tiene varias funciones: función de apoyo, trabajo con fuerza, acelerador del movimiento y precisión del gesto. Se encuentra sobre todo sobrecargado mecánicamente en el gesto del lanzamiento, especialmente en el revés. Este gesto impone una contracción en varo muy breve, y por tanto, una hipersolicitación de los epicondíleos.

Al principio se creía que los síntomas de esta patologia podían ser debidos a una periostitis por microtraumas, también se pensó que la lesión se debiera a una inflamación de la bolsa serosa extraarticular. Incluso se pensó en un factor de compresión ya que los musculos que se insertan en el epicondilo están inervados por el nervio radial y que esto causaba una inflamación. (Souza de, 2008; Arbués, 2012).

La EL genera una serie de síntomas que cambian según el estadio, pero generalmente uno de los síntomas principales de la EL, es dolor en la parte externa del codo que puede llegar al antebrazo, dolor al dar un apretón de manos, movimiento de los dedos, la extension resistida de muñeca, al girar las manillas de las puertas o hacer el movimiento de desenroscar una bombilla. (9) Dentro del amplio abanico de tratamientos de la EL, el más común en los últimos tiempos, ha sido el tratamiento conservador con reposo relativo, termoterapia local y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), dejando a los pacientes con un bajo nivel funcional ya que necesitaban un descenso de actividad con el miembro superior afectado. Además del reposo se podía pautar medidas ortopédicas como la banda epicondilea que subsanaba el dolor de forma temporal pero no trataba, ya que solamente relajaba la tensión del tendón, pero no la patología que causaba esta tensión o inflamación.

Otro tipo de terapia es la terapia física, un concepto relativamente nuevo, sinónimo de otros conceptos como la terapia manual y las manipulaciones sobre tejidos blandos y óseos que intentan disminuir la disfunción articular.Un correcto tratamiento comienza con hábitos saludables. Dichos hábitos incluyen una correcta higiene postural en sus actividades diarias, una actividad física adecuada a cada paciente y evitar riesgos lesiónales como los provocados por actividades físicas de gran esfuerzo o repetición en el tiempo.

El tratamiento de la EL continúa siendo un reto debido a la falta de compresión de la fisiopatología del trastorno, no existe un consenso en cuanto a la patogénesis de la EL, aunque parece ser un problema multifactorial (6,10,11). Es por eso que creemos conveniente realizar la revisión sobre las terapias manipulativas, siendo estas las más recientes y con una eficacia menos demostrada que otras técnicas mencionadas anteriormente.

2. OBJETIVOS

1. Identificar la eficacia de la manipulación osteopatíca en epicondilagia lateral en adultos
2. Observar las modalidades de manipulaciones que se aplican en terapia manual para la epicondilalgia lateral en adultos, aplicadas en los estudios.
3. Conocer las variables que se evalúan y las herramientas utilizadas en terapia manual para la epicondilalgia lateral, en los estudios utilizados.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de la literatura existente según recomendaciones PRISMA, sobre las manipulaciones osteopaticas en la epicondilalgia lateral, realizada entre los meses de noviembre de 2017 y junio de 2018. Se usó la estrategia PICO para definir los criterios de búsqueda bibliográfica.

Con el uso de la estrategia PICO comprobamos que era necesario para nuestra revisión que el paciente fuese una persona adulta con epicondilalgia lateral, que en la intervención se realizara una manipulación osteopatica en alguno de los grupos experimentales (GE), que siempre tuviera alguno un GE y grupo control (GC) de comparación y que estuviera aleatorizado. No se definieron las variables para poder analizarlas. El periodo de búsquedas fue de Marzo a Septiembre de 2018.

3.2 FUENTES DOCUMENTALES

- Para llevar a cabo esta revisión sistemática, hemos consultado las siguientes bases de datos: Medline a través de la plataforma Pubmed, en LILACS e IBECS (BVS), en CINAHL a través de EBSCO, en Scielo, Web Of Science (WOS) y PEDro.

3.3 ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

- No consideramos necesario aplicar para nuestra búsqueda ningún límite automático ni filtro, porque se añadió en todas las búsquedas el truncamiento "random*"
- Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que usaron un tratamiento de manipulación osteopatica manual para el tratamiento de la epicondilalgia lateral. Además, valoramos que los tratamientos sean a adultos con epicondilalgia lateral de más de 6 meses de duración.

4. RESULTADOS Y DISCUSION

- El proceso de selección de artículos se obtuvo en una primera búsqueda en las bases de datos seleccionadas con un resultado de 337 artículos, que fueron localizados 26 en Pubmed. De los cuales se estudiaron 12 después de los criterios de inclusión.
- En todos los grupos experimentales (GE) se realizaron ejercicios de terapia manual. En uno de los articulos junto con la terapia manual se incluye la movilización de tejidos blandos, siendo este más atractivo para los participantes. En uno de los artículos (15) se usó una terapia manual de energía oscilante (OEM) y en el otro artículo que utilizo manipulación cervical (18).

CONCLUSIONES

- Hay un nivel alto de evidencia con un gran grado de recomendación para utilizar las técnicas de deslizamiento lateral (lateralglide) o técnicas neumusculares y la movilización de muñeca (manipulation of the wrist of management of lateral epicondylitis) para el tratamiento de la epicondilalgia unilateral crónica.
- La manipulación a nivel del codo demostró una mejor evidencia que la fisioterapia tradicional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smidt N, Assendelft WJJ, Van der Windt DAWM, Hay EM, Buchbinder
R, Bouter LM. Corticosteroid injections for tennis elbow (Protocol). The Cochrane Library 2007, Issue 4.
2. Wood WA, Stewart A, Bell-Jenje T. Lateral epicondilalgia: an overview. Phys Ther Rev. 2006;11:155-60.
3. Vicentino B, Paungmali A, Buratowski S, Wright A, Specifi c manipulative
therapy treatment for chronic lateral epicondylalgia
producer uniquely characteristic hypoalgesia. Manual Therapy. 2001;6:203-12
4. Drechsler WI, Knarr JF, Snyder-Mackler L. A Comparison of Two Treatment Regimens for Lateral Epicondylitis: A Randomized Trial of Clinical Interventions. Journal of Sport Rehabilitation. agosto de 1997;6(3):226-34.

5. Blanchette M-A, Normand MC. Augmented Soft Tissue Mobilization vs Natural History in the Treatment of Lateral Epicondylitis: A Pilot Study. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. febrero de 2011;34(2):123-30.

6. Rompe JD, Riedel C, Betz U, Fink C. Chronic lateral epicondylitis of the elbow: A prospective study of low-energy shockwave therapy and low-energy shockwave therapy plus manual therapy of the cervical spine. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.

8. Coombes BK, Connelly L, Bisset L, Vicenzino B. Economic evaluation favours physiotherapy but not corticosteroid injection as a first-line intervention for chronic lateral epicondylalgia: evidence from a randomised clinical trial. British Journal of Sports Medicine. noviembre de 2016;50(22):1400-5.

9. Fernández-Carnero J, Cleland JA, Arbizu RLT. Examination of Motor and Hypoalgesic Effects of Cervical vs Thoracic Spine Manipulation in Patients With Lateral Epicondylalgia: A Clinical Trial. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. septiembre de 2011;34(7):432-40.

10. Hypoalgesic and Sympathoexcitatory Effects of Mobilization With Movement for Lateral Epicondylalgia. Physical Therapy [Internet]. 1 de abril de 2003.

11. Fernández-Carnero J, Fernández-de-las-Peñas C, Cleland JA. Immediate Hypoalgesic and Motor Effects After a Single Cervical Spine Manipulation in Subjects With Lateral Epicondylalgia. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. noviembre de 2008;31(9):675-81.

12. Kim LJ, Choi H, Moon D. Improvement of Pain and Functional Activities in Patients with Lateral Epicondylitis of the Elbow by Mobilization with Movement: a Randomized, Placebo-Controlled Pilot Study. Journal of Physical Therapy Science. 2012;24(9):787-90.

13. Cleland JA, Flynn TW, Palmer JA. Incorporation of Manual Therapy Directed at the Cervicothoracic Spine in Patients with Lateral Epicondylalgia: A Pilot Clinical Trial. Journal of Manual & Manipulative Therapy. julio de 2005;13(3):143-51.
14. Manipulation of the Wrist for Management of Lateral Epicondylitis: A Randomized Pilot Study. Physical Therapy [Internet]. 1 de julio de 2003.
15. Hsu C-Y, Lee K-H, Huang H-C, Chang Z-Y, Chen H-Y, Yang T-H. Manipulation Therapy Relieved Pain More Rapidly Than Acupuncture among Lateral Epicondylalgia (Tennis Elbow) Patients: A Randomized Controlled Trial with 8-Week Follow-Up. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2016;2016:1-7.
16. Küçükşen S, Yilmaz H, Sallı A, Uğurlu H. Muscle Energy Technique Versus Corticosteroid Injection for Management of Chronic Lateral Epicondylitis: Randomized Controlled Trial With 1-Year Follow-up. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. noviembre de 2013;94(11):2068-74.

17. Paungmali A, O'Leary S, Souvlis T, Vicenzino B. Naloxone Fails to Antagonize Initial Hypoalgesic Effect of a Manual Therapy Treatment for Lateral Epicondylalgia. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. marzo de 2004;27(3):180-5.
18. Bisset LM, Coppieters MW, Vicenzino B. Sensorimotor Deficits Remain Despite Resolution of Symptoms Using Conservative Treatment in Patients With Tennis Elbow: A Randomized Controlled Trial. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. enero de 2009;90(1):1-8.
19. Vicenzino B, Paungmali A, Buratowski S, Wright A. Specific manipulative therapy treatment for chronic lateral epicondylalgia produces uniquely characteristic hypoalgesia. Manual Therapy. noviembre de 2001;6(4):205-12.
20. Nourbakhsh MR, Fearon FJ. The Effect of Oscillating-energy Manual Therapy on Lateral Epicondylitis: A Randomized, Placebo-control, Double-blinded Study. Journal of Hand Therapy. enero de 2008;21(1):4-14.

TEMA 62. CORDÓN UMBILICAL EN EL RECIÉN NACIDO Y SUS CUIDADOS

ISABEL MARTÍNEZ ROMERO

ÍNDICE

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

1.INTRODUCCIÓN

•El cordón umbilical es un conducto flexible que mide 50 cm aproximadamente de largo constituido por dos arterias y una vena que permite la unión entre la madre y el embrión durante el embarazo. A través de él se produce el intercambio de oxígeno, anhídrido carbónico y nutrientes entre madre e hijo imprescindibles para el desarrollo del embrión.

•Las recomendaciones acerca de cómo realizar el cuidado del cordón umbilical han ido cambiando con el paso de los años sin establecer un protocolo estandarizado más adecuado acerca del cuidado del mismo. Actualmente los métodos de cura más comunes son la cura en seco y la utilización de antiséptico.

2.OBJETIVOS

•Revisar la evidencia científica disponible sobre las diferentes técnicas de cura del cordón umbilical.

•Establecer el procedimiento más adecuado para la cura del cordón umbilical que permita su caída y evite las infecciones.

3. METODOLOGÍA

•Se realizó una revisión exhaustiva de literatura científica en las bases de datos: PubMed, Scielo, Medline, Cochrane y Cuiden utilizando como descriptores "Recién Nacido, Cordón umbilical, Cuidados" con el fin de identificar evidencia. La información recolectada se limitó a los últimos 10 años y el idioma utilizado fue el castellano e inglés.

4.RESULTADOS

•En los estudios y revisiones sistemáticas encontrados los métodos más usados para la cura del cordón umbilical son la clorhexidina, alcohol al 70% y la cura seca. En países en vías de desarrollo, se distingue la clorhexidina como el método más usado frente al alcohol. La clorhexidina disminuye la infección del cordón umbilical pero prolonga el tiempo de caída en 3 días aproximadamente. Sin embargo, en países desarrollados, donde las condiciones higiénicas son favorables, se recomienda la cura seca ya que se reduce el tiempo de caída con respecto a la clorhexidina.

•Esta cura seca consiste en dejar el cordón limpio y seco, al aire sin taparlo con gasas, ni ningún elemento que evite su secado, utilizando ropa holgada y no cubriendo la zona con el pañal.

5.CONCLUSIONES

•Tras el análisis de los diferentes estudios se puede observar que en los países desarrollados, la cura seca parece ser la técnica de elección para la cura del cordón umbilical ya que previene la infección y acelera la caída del mismo. En condiciones donde no estén asegurada la higiene se recomienda el uso de antiséptico como la clorhexidina. Se desaconseja el uso del alcohol. Sin embargo, queda patente la necesidad de más investigaciones y creación de protocolos de actuación para unificar criterios acerca de los cuidados del cordón umbilical.

6.BIBLIOGRAFÍA

- Cámara-Roca, L., Bru-Martin, C., Rodríguez-Rivero, A., Soler-Gaiton, M., & Usagre-Pernia, F. (2009). La cura en seco del cordón umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia. Matronas Prof, 10(3), 20-4.

- Díaz Gutiérrez, M.ª José. (2016). Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia científica. Ars Pharmaceutica (Internet), 57(1), 5-10. Visitado en 25 de SEPTIEMBRE de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942016000100001&lng=es&tlng=es

6.BIBLIOGRAFÍA

- Dra. María del Carmen Covasa, Dr. Ernesto Aldaa, Dra. María Sol Medinaa, Dra. Silvia Venturaa, Enf. Ornella Pezuttib, Lic. Ana Paris de Baezac, Bioq. Josefina Silleroc y Dra. María Eugenia Esandi Higiene del cordón umbilical con alcohol comparado con secado natural y baño antes de su caída, en recién nacidos de término: ensayo clínico controlado aleatorizado. Arch Argent Pediatr 2011.

- Romero Roy ME et al. Cuidados naturales en el cordón umbilical del recién nacido. Medicina Naturalista. 2010;4(2): 63-65.

TEMA 63. DETERIORO COGNITIVO

JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN
Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS
VICTORIA CANDEL GUILLAMÓN
MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 80 años de edad remitida por su psiquiatra de referencia para ingreso hospitalario por descompensación psicótica.

ANTECEDENTES/PSIQUIATRICOS:
HTA. Valorada por neurología hace 6 años con parasomnia, trastorno de conducta del sueño REM y encefalopatía vascular crónica (RMN: atrofia cortical e infartos lacunares subcorticales en hemisferio izquierdo). El año pasado sospecha de DTA incipiente. No tiene historia de hábitos tóxicos. En seguimiento en CSM desde entonces por presentar un trastorno delirante con sospecha etiológica de psicoorganicidad por la edad de instauración, las características clínicas y los resultados de neuroimagen. Consultó inicialmente por presentar caídas nocturnas de la cama, con recuerdo vívido de pesadillas al despertarse tras la caída. en los meses siguientes, mejorando paralelamente su estado de ánimo y resolviéndose la parasomnia.

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

Tratamiento actual: Sertralina 50 mg l/2-0-0, Deprax 100 mg 0-0-1/2, Seroquel 25 mg 0-0-2.

ENFERMEDAD ACTUAL:
Acude sola, sin cita en CSM. Viene angustiada, manifestando ideas delirantes de perjuicio con marcada resonancia afectiva. Es trasladada desde CSM por 112 al hospital para ingreso por cuadro psicótico en paciente con deterioro cognitivo. Piensa que su familia quiere matarla para quedarse con su casa y que le está envenenando. Ha presentado alucinaciones nocturnas.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLOGICA

Desorientada en situación y tiempo, colaboradora y abordable en la entrevista, no así con los familiares con quienes se muestra hostil por la clínica delirante. Presenta ansiedad psíquica secundaria, minimizando sintomatología actual. Según informe refiere ideas delirantes de perjuicio con marcada resonancia afectiva. Destaca el deterioro cognitivo en cuanto a praxias y memoria.

EVOLUCION

Durante su ingreso se introduce tratamiento con rivastigmnina siendo bien tolerado por la paciente, se añade tratamiento con risperidona que a dosis bajas es bien tolerado, no así a dosis más altas presentando excesiva somnolencia y sialorrea. La conducta es adecuada en planta, por las noches puntualmente se muestra más desorientada y con dificultad para mantener el sueño. Alimentación bien, aseo bien con supervisión, deambula sin dificultad. Al alta se aconseja supervisión continuada de la paciente de la que se ocupa la familia, gestionándole acompañamiento continuado hasta ver evolución y necesidad de recurso residencial. Durante su ingreso se añade tratamiento con antibiótico por proceso infeccioso respiratorio.

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL: Deterioro cognitivo.

SECUNDARIO: Infección respiratoria.

TRATAMIENTO

- Adiro: 100mg en la comida.
- Atorvastatina: 80 mg en la cena.
- Deprax 100mg: Medio en la comida.
- Risperdal solución: 0,5cc en la cena
- Lorazepam 1mg si insomnio.
- Rivastigmina 1'5 mg en la comida y en la cena.
- Revisiones en el centro de salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Cancino, Margarita, & Rehbein, Lucio. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. Terapia psicológica, 34(3), 183-189. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000300002
- Casanova Sotolongo, Pedro, Casanova Carrillo, Pedro, & Casanova Carrillo, Carlos. (2004). Deterioro cognitivo en la tercera edad. Revista Cubana de Medicina General Integral, 20(5-6) Recuperado en 25 de septiembre de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500012&lng=es&tlng=es.
- Custodio, Nilton, Herrera, Eder, Lira, David, Montesinos, Rosa, Linares, Julio, & Bendezú, Liliana. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. Anales de la Facultad de Medicina, 73(4), 321-330. Recuperado en 25 de septiembre de 2018, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&tlng=es.
- Varela Pinedo, Luis, Chávez Jimeno, Helver, Galvez Cano, Miguel, & Mendez Silva, Francisco. (2005). Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. Revista Medica Herediana, 16(3), 165-171. Recuperado en 25 de septiembre de 2018, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2005000300002&lng=es&tlng=es.

TEMA 64. DIABETES GESTACIONAL Y EMBARAZO

MIRIAM MORALES ITURRIAGA

ÍNDICE

- QUE ES LA DIABETES GESTACIONAL?
- FACTORES DE RIESGO
- SÍNTOMAS
- PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO
- CONSECUENCIAS DE LA DIABETES EN EL BEBÉ
- BIBLIOGRAFÍA

QUE ES LA DIABETES GESTACIONAL?

Es la presencia de altos valores de glucosa en sangre que empieza o se diagnostica durante el embarazo. Puede causar problemas tanto para la gestante como para el feto. Se estima que entre el 2% y el 10% de las mujeres embarazadas desarrollan diabetes gestacional. Las causas se pueden encontrar en que las hormonas del embarazo pueden bloquear la función de la insulina y de esta manera incrementar los valores de azúcar en sangre.

FACTORES DE RIESGO

Se han descrito varios factores de riesgo:

-Obesidad de la embarazada.
-Antecedentes familiares de diabetes mellitus.
-Tener más de 25 años al quedar embarazada.
-Los grupos étnicos con mayor riesgo son: latina, afroamericana o asiáticas.
-Padecer hipertensión arterial.
-Aumento de peso excesivo durante el embarazo.
-Presentar síndrome de ovario poliquístico.

SÍNTOMAS

A menudo no se presentan síntomas o estos son muy leves. Los síntomas que se han descrito son los siguientes:

-Visión borrosa
-Aumento de sensación de sed.
-Infecciones frecuentes, sobretodo las del tracto urinario
-Fatiga
-Incremento de la micción.

PRUEBAS Y DIAGNÓSTICO

En la mayoría de los casos, la diabetes gestacional aparece en la mitad del embarazo. Forma parte del screening la prueba de tolerancia a la glucosa. Esta se realiza entre la semana 24 y 28 de gestación para detectar lo antes posible la patología. En mujeres con factores de riesgo se puede realizar antes de lo estimado.

CONSECUENCIAS DE LA DIABETES EN EL BEBÉ

- Neonatos grandes (macrosomía).
- Hipoglicemia neonatal. El bebé en desarrollo recibe la glucosa a través de la placenta de la madre que, en el momento del alumbramiento, se suspende. Al producir él sus propios depósitos de insulina, estos son mayores.
- Lesiones en el momento del parto. Debido al gran tamaño del bebé. Entre los problemas más comunes están la fractura de clavícula o la parálisis en los nervios del hombro o del brazo.
- Mayor riesgo de sufrir diabetes en le futuro.
- Retraso en el desarrolo de los pulmones. Lo puede provocar el exceso de glucosa.
- Mayor riesgo de hipocalcemia.
- Aumento del riesgo de muerte

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros: Efeadue L. Diabetes gestacional y embarazo. Primera ed .España. Createspace Independent Pub; 2017.**
- **García Izquierdo O, Lorente Fernández M, Cribado precoz de diabetes gestacional. Primera ed .España. Createspace Independent Pub; 2017.**
- **Página WEB : Medline plus, National Institute of diabetes and digestive and kidney diseases.**

TEMA 65. DISNEA COMO PRESENTACIÓN DE UN TUMOR KRUKEMBERG

ROCÍO PALOMO RODRÍGUEZ
RAFAEL SERRANO NOGALES
BELÉN PALOMO RODRÍGUEZ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN
CASO CLÍNICO
DISCUSIÓN
CONCLUSIÓN

INTRODUCCIÓN

El cáncer ocupa unas de las primeras causas mundiales de morbi-mortalidad, de ahí la importancia de buenos planes de salud, que promuevan su detección precoz. Tener presente su clínica tanto típica como atípica, deber ser primordial en cada consulta.

CASO CLÍNICO

Mujer de 55 años, fumadora y bebedora que acude al servicio de Urgencias por presentar dolor costal izquierdo de meses de evolución, y acentuado en los últimos días. Refiere disnea a medianos esfuerzos. No tos, ni fiebre. Niega antecedentes de traumatismo torácico o exposición a Tuberculosis.

A exploración, se aprecia auscultación cardiopulmonar con hipoventilación en campo pulmonar izquierdo. Resto sin hallazgos.

En analíticas, presenta hemograma con tres series normales. Coagulación normal. Velocidad de sedimentación globular ligeramente alterada. Bioquímica sin hallazgo de interés, incluido proteína C reactiva.

Tras realización de radiografía de tórax, se observa imagen de aumento de densidad en campo pulmonar izquierdo, compatible como primera posibilidad, con derrame pleural.

Dada la situación, se cursa en ingreso para estudio.

En planta, se realiza TAC torácico confirmándose derrame pleural izquierdo de cuantía moderada, que se introduce por la cisura, con nodulación concéntrica de la pleura costal, mediastínica y diagfragmática sugestivo de implantes pleurales con infiltración de los arcos costales terero y cuarto de costillas izquierdas y grasa paravertebral a nivel de cuerpo vertebral D10. Además, presencia de adenopatías en cadena mamaria interna y ángulo cardiofrénico izquierdos, a nivel subcarinal de 1,1 cm, ventana aortopulmonar e hiliares izquierdas. Dada las imágenes, podría tratarse de metástasis secundarias a tumor primario.

Se realiza fibrobroncoscopia sin lesiones evidentes de malignidad e incluso negatividad en la citología del cepillado bronquial. Posteriormente, en estudio de extensión, mediante TAC abdomino pélvico muestra masa ovárica izquierda, polilobulada con áreas anecoicas de tabiques finos y de unos 1200x130x110 mm. Así como tumoración gástrica de difícil evaluación. En nueva analítica se aprecian marcadores tumorales como CA 125, CA 15.3 y CA 19.9 elevados.

Se realiza histerectomía total con doble anexectomía y se toma muestra de líquido pleural .

El análisis anatomopatológico confirma carcinoma de células en anillo de sello. La biopsia endoscópica mostraba el origen gástrico como tumor primario.

Estábamos por tanto, ante un tumor Krukemberg.

Se inicia tratamiento quimioterápico paliativo que suspende tras leucopenia y extrema fragilidad de la paciente, siendo derivada a la unidad de Cuidados Paliativos.

DISCUSIÓN

El cáncer de ovario metastásico presenta una incidencia de un 5%, siendo su origen principal el tracto genital femenino, gastrointestinal o mama (1). Krukemberg, y posteriormente Schlaggenhoffer, describía dicho tumor como un adenocarcinoma de características peculiares ("células en anillo de sello") y metastásico (2).

Se trata de un tumor raro, pero de gran mortalidad.

Su origen, se encuentra en estómago (hasta un 70 % de los casos (1)) y principalmente, en píloro (3). Son pocos los casos en el que al diagnóstico del tumor ovárico es conocida la presencia de tumor gástrico (20-30 %) (1).

Es frecuente en edades medias, probablemente relacionado con la mayor incidencia de tumor gástrico difuso y la vascularidad ovárica que facilita su diseminación (1). El 80 % suele ser bilateral (2).

La clínica se basa fundamentalmente en la afectación ovárica, con dolor y distensión abdominal (2). Se puede acompañar de síndrome constitucional, siendo infrecuente la presentación de este caso: disnea por derrame pleural. La situación de hiperestrogenismo puede desencadenar un sangrado anormal, y virilización por hiperandrogenismo, más frecuente en gestantes (2).

La ascitis se presenta en más de la mitad de los casos. El diagnóstico: ecografía vaginal con doppler, analítica de sangre con marcadores tumorales, estudio de extensión mediante TAC tóraco-abdómino-pélvico y endoscopias digestivas en busca del primario.

En cuanto a los marcadores tumorales, se destaca CA 125 (valor más alterado en la paciente descrita) con una sensibilidad que se relaciona tanto con el estadio (I 50%, II 70%, III y IV 90%), como con el tipo histológico, presentado máxima sensibilidad en carcinomas serosos (4).

El CA 19.9, y CA 15.3 también ha de valorarse. Recientemente, han realizado estudio sobre un nuevo marcador tumoral HE4 (Human epidymis protein 4), (4) que se relaciona con el tipo histológico pero, actualmente, no se utiliza en la práctica clínica. Valoran el pronóstico y evolución del tratamiento.

El pronóstico es malo, presentando la mayor mortalidad en menos de 2 años, y una vida media de 14 meses (2).

En cuanto al tratamiento, no existe clara estrategia definida. Si la metástasis está limitada a ovario, la cirugía puede mejorar el pronóstico (5). La quimioterapia y radioterapia no demuestran cambios significativos (5).

CONCLUSIÓN

El tumor de Krukenberg primario es infrecuente, y pese a que el concepto de tumor de Krukenberg, en la actualidad, ha sido utilizado para referirse a todos los tumores metastásicos del ovario, se recogen bajo este nombre a los que tienen un origen digestivo.

A pesar de ello, su pronóstico es malo con raras supervivencias más allá del año.

Algunos autores recomiendan realizar estudio digestivo, fundamentalmente fibroscopia digestiva, a toda mujer diagnosticada de carcinoma ovárico bilateral. Igualmente, parece razonable descartar lesiones ováricas a toda paciente con diagnóstico de cáncer de estómago.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monge Vísquez M. “Artículo de revisión: Tumor de Krukenberg.” Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2011; LXVIII (597): 177-182

2. Krukenberg F. Uber das fibrosarcoma ovarii mucocellulare carcinomatodes. Arch Gynaek. 1896; (50): 287-289

3. Feldman M, Friedman V, Brandt LJ, Sleisenger and Fordtran’s Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. Vol 1. 8th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders; 2006: 767-769.

4. Llort, G et al. Ginecología oncológica. Barcelona: Grupo Menarini; 2011. 315-320.

5. Al-Agha OM, Nicastri AD. An Indepth Look at Krukenberg Tumor: An Overview. Archives of Pathology and Laboratory Medicine. 2006; 130: 1725-1730.

TEMA 66. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN LA CISTITIS

AROA VILLASEÑOR DE LA FUENTE

ESPERANZA MARIA PÉREZ SÁEZ

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN
2.- CONCLUSIÓN
3.- BIBLIOGRAFÍA

1.- INTRODUCCIÓN

En la selección de una pauta antibiótica se deben considerar no sólo aspectos de resistencias bacterianas tanto del país como del propio paciente, sino conceptos tales como la complejidad de la pauta posológica (una única dosis diaria facilitará el cumplimiento), el coste, los efectos secundarios directos del fármaco y los efectos secundarios colaterales ecológicos sobre la "sociedad"; en este sentido, las resistencias a un determinado antibiótico en un país o región se correlacionan con su consumo (tanto en los seres humanos como en los animales) y además, determinados antibióticos seleccionan resistencias cruzadas. Es conocido que las quinolonas favorecen las infecciones por SARM (Staphylococcus aureus resistente a la meticilina), las producidas por enterobacterias productoras de BLEE y las

causadas por Clostridium difficile, por lo que su uso debería reservarse para el tratamiento de las infecciones urinarias complicadas o de otras infecciones de mayor gravedad. En la misma línea estaría la utilización de cefalosporinas de tercera generación (como cefixima) para el tratamiento de una cistitis, ya que su consumo también se correlaciona con un incremento de las infecciones por enterobacterias productoras de BLEE y por Clostridium difficile.

Las distintas guías de tratamiento de las infecciones del tracto urinario recomiendan que la terapia empírica se base en los patrones de susceptibilidad de los principales uropatógenos involucrados (1,2). El patrón de resistencia de las cepas de E. coli que causan infecciones urinarias no complicadas puede variar ampliamente entre regiones geográficas de un mismo país o de países distintos, por lo que es inadecuado dar recomendaciones generalizadas.

Las distintas guías de tratamiento de las infecciones del tracto urinario recomiendan que la terapia empírica se base en los patrones de susceptibilidad de los principales uropatógenos involucrados. El patrón de resistencia de las cepas de E. coli que causan infecciones urinarias no complicadas puede variar entre regiones geográficas de un mismo país o de países distintos, por lo que es inadecuado dar recomendaciones generalizadas.

Además, en España las tasas de resistencias son en ocasiones superiores a las de otros países nórdicos de la comunidad europea (1,3). También debe tenerse en cuenta que en muchos estudios realizados a partir de los datos de laboratorios de Microbiología, las tasas de resistencias están sobreestimadas, ya que en la cistitis no complicada no es necesaria la práctica rutinaria de urocultivo y por lo tanto en dichos estudios se incluye un

porcentaje superior de pacientes con infecciones recurrentes, fracasos previos y/o resistencias (2).

Se ha utilizado una amplia variedad de tratamientos antimicrobianos que comprenden distintos fármacos, dosis, pautas y duraciones para tratar estos tipos de infecciones. Sólo unos pocos de estos tratamientos se han comparado de forma directa en estudios adecuadamente diseñados.

Clásicamente, las pautas de tratamiento han ido disminuyendo su duración, pasando de regímenes de cobertura antibiótica de 7 días a 3 días y posteriormente a un día. Lo que se ha pretendido con la disminución de los días de tratamiento es mejorar el cumplimiento, reducir costes y disminuir la frecuencia de las reacciones adversas. Sin embargo, cuando se evalúan las ventajas potenciales de sus costes se debe considerar el gasto

adicional potencial que puede representar el fallo del tratamiento o la aparición de recurrencias. Aunque no se ha verificado en ensayos clínicos controlados, la cistitis causada por S. saprophyticus puede responder mejor a duraciones más prolongadas del tratamiento, por ejemplo 7 días 4.

En mujeres premenopáusicas con cistitis, las pautas de 3 días con fluoroquinolonas o cotrimoxazol han demostrado ser igual de efectivas que las pautas clásicas de 7 días, siendo preferibles debido a su mejor cumplimiento, sus costes más reducidos y una frecuencia más baja de reacciones adversas. Sin embargo, la administración de 3 días de amoxicilina-clavulánico o de otros β-lactámicos de vida media corta tiene una eficacia inferior, igual que sucede con nitrofurantoína, que requiere una administración de 5 días 5.

Por otro lado, la utilización de pautas de 24 horas de duración con cotrimoxazol, fluoroquinolonas y β-lactámicos ha demostrado ser menos efectiva que el mismo antibiótico utilizado de forma más prolongada (IaA). Fosfomicina trometamol en una única dosis diaria de 3 g tiene una eficacia similar a las pautas de 3-7 días con cotrimoxazol o quinolonas o nitrofurantoina, según un reciente metaanálisis6 .

Los aspectos psicológicos de la dosis única (los síntomas pueden no desaparecer en 2 o 3 días y la paciente puede tener dudas durante este tiempo sobre la "insuficiencia" del tratamiento que ha recibido) pueden contrarrestarse con una correcta información sobre la eliminación y los efectos prolongados del fármaco.

En las mujeres posmenopáusicas, clásicamente se recomendaba un tratamiento prolongado (7-10 días) para tratar la cistitis. Sin embargo, en un estudio7 hecho en mujeres de más 65 años afectas de cistitis, una pauta de 3 días con 250 mg de ciprofloxacino tuvo una eficacia similar a 7 días de tratamiento con el mismo antibiótico. Un metaanálisis reciente que incluía 15 estudios concluyó que en mujeres posmenopáusicas las pautas ultracortas (un día) fueron menos eficaces que 3-7 días de tratamiento, pero que las pautas de 3 días con cotrimoxazol o fluoroquinolonas o 5 días con un β-lactámico eran igual de eficaces que las pautas largas de 7-10 días (Ia), con un coste inferior. Sin embargo, en un estudio no doble ciego se comparó fosfomicina trometamol a dosis de 3 g con 5 días de ácido pipemídico y los autores sugieren que este fármaco, por su vida media prolongada, podría ser una opción razonable (nivel IV).

En los casos en los que es necesario cubrir una semana de tratamiento, a administración de una segunda dosis de fosfomicina trometamol a las 72 horas permite obtener niveles activos de antibiótico en orina durante un periodo de entre 5 y 7 días(8) y en un estudio reciente ha demostrado una eficacia similar a las quinolonas (9).

2.- CONCLUSIÓN

En la actualidad existe suficiente experiencia para recomendar una pauta corta para el tratamiento de la cistitis en mujeres posmenopáusicas si no se sospecha que existen complicaciones: recidiva reciente, clínica de más de 7 días de evolución, sospecha de pielonefritis asintomática (febrícula o deterioro del estado general) o presencia de anomalía urológica subyacente. Aunque no disponemos de estudios adecuados en pacientes diabéticas, algunos expertos desaconsejan la pauta corta si la paciente es diabética (nivel IV).

3.- BIBLIOGRAFÍA

-Cistitis no complicada en la mujer Guía Multidisciplinar - Actualización 2017

1 Andreu A. Planells I; Grupo Cooperativo Español para el Estudio de la Sensibilidad Antimicrobiana de los Patógenos Urinarios. Etiología de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad y resistencia de Escherichia coli a los antimicrobianos de primera línea. Estudio nacional multicéntrico. Med Clin (Barc). 2008;130(13):481-6

2 Miller LG, Tang AW. Treatment of uncomplicated urinary tract infections in an era of increasing antimicrobial resistance. Mayo Clin Proc. 2004;79(8):1048-53; quiz 1053-4

3 Naber KG, Wullt B, Wagenlehner FM. Antibiotic treatment of uncomplicated urinary tract infection in premenopausal women. Int J Antimicrob Agents. 2011 Dec; 38 Suppl: 21-35.

4. Naber KG. Short-term therapy of acute uncomplicated cystitis. Curr Opin Urol. 1999;9(1):57-64.
5. Nicolle LE. Short-term therapy for urinary tract infections: success and failure. Int J Antimicrob Agents. 2008 Feb; 31 Suppl 1: S40-5.
6. Falagas ME, Vouloumanou EK, Togias AG, Karadima M, Kapaskelis AM, Rafailidis PI, et al. Fosfomycin versus other antibiotics for the treatment of cystitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Antimicrob Chemotherap. 2010;65(9):1862-77.
7. Vogel T, Verreault R, Gourdeau M, Morin M, Grenier-Gosselin L, Rochette L. Optimal duration of antibiotic therapy for uncomplicated urinary tract infections in older women: a double-blind randomized controlled trial. CMAJ. 2004;170(4):469-73.

.

8. Sádaba-Díaz de Rada B, Azanza-Perea JR, García-Quetglas E, Honorato-Pérez J. Fosfomicina trometamol. Dosis múltiples como pauta larga en el tratamiento de las infecciones urinarias bajas. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2006;24(9):546-50
9. Palou J, Angulo JC, Ramón de Fata F, García-Tello A, González-Enguita C, Boada A, et al; en representación de los investigadores del ensayo clínico MONE-14. Estudio comparativo aleatorizado para la evaluación de un nuevo esquema terapéutico de fosfomicina trometamol en mujeres postmenopáusicas con infección no complicada del tracto urinario inferior. Actas Urol Esp. 2013;37(3):147-55.

TEMA 67. EL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

GEMA MARTÍNEZ TORRES
PATRICIA MARTÍNEZ TORRES
GEMA MARÍA DELGADO PEÑUELA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN
1. LA REGULACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO
2. ¿CÓMO HEMOS LLEGADO HASTA AQUÍ?: LA EVOLUCIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA ERA DE LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL
3. ¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD ACTUALMENTE? EL SERVICIO DE ADMINISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

ÍNDICE

4. EL EQUIPO DIRECTIVO DEL CENTRO DE SALUD: EL RESPONSABLE DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO COMO EL TERCER ESTAMENTO
5. LA SATURACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD: PROPUESTAS DE MEJORA CON EL PERSONAL ADMINISTRATIVO COMO PROTAGONISTA DEL CAMBIO
6. REIVINDICACIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO: RECONOCIMIENTO Y PROFESIONALIZACIÓN ACADÉMICA. NUESTRO FUTURO
CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo es un análisis y una reflexión sobre la naturaleza y funciones del personal administrativo en los centros de salud, con una breve referencia a su configuración histórica y deteniéndonos en su configuración actual. Asimismo, tratamos nuestras perspectivas de futuro y los retos a los que nos enfrentamos en el ámbito sanitario, en el marco de un mundo digital, profesionalizado y profesionalizador.

A la revisión bibliográfica y revisión sistemática de las fuentes expertas que abordan esta temática, hemos aportado de forma diferenciada nuestras reflexiones, planteamientos y propuestas personales realizadas por nosotras las autoras en base a nuestros conocimientos y experiencias.

1. LA REGULACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO

Lo primero que hemos de preguntarnos es, en nuestra opinión: "¿qué dice la ley sobre nuestras funciones? ¿Dónde están reguladas nuestras funciones?"

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal estatutario de los servicios de salud tiene por objeto establecer las bases reguladoras de la relación funcionarial especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud. Esta ley, cuya última revisión data del 16 de octubre de 2015, en su Disposición Transitoria Sexta, mantiene vigentes, en tanto cada servicio de salud proceda a su regulación, las disposiciones relativas a las categorías profesionales, entre otras, del personal administrativo, contenidas en la Orden de 5 de julio de 1971 y

LA REGULACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO

las disposiciones que lo modifican, complementan y desarrollan, que en lo que nos afecta se concreta en la Orden de 28 de mayo de 1984, por la que se modifican determinados artículos del Estatuto de Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulando la función administrativa en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Establecido este marco normativo, concluimos que la regulación de las categorías y funciones del personal administrativo sanitario están reguladas en la Orden 28 de mayo de 1984. Esta Orden, en su artículo primero, dándole nueva redacción al apartado 3 del artículo 12 de la Orden de 5 de julio de 1971, dispone que:

LA REGULACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO

"Para el desarrollo de la función administrativa se establecen grupos administrativos dentro de las Instituciones Sanitarias dependientes del Instituto Nacional de la Salud.

1. El personal se integrará en los grupos administrativos siguientes:

a) Grupo Técnico.

b) Grupo de Gestión.

c) Grupo Administrativo.

d) Grupo Auxiliar Administrativo.

2. Las funciones específicas asignadas a cada uno de los grupos administrativos enumerados en el apartado anterior serán:

a) Grupo Técnico. -El Grupo Técnico realizará las funciones

LA REGULACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO

de dirección, ejecución y estudio de carácter administrativo y económico de nivel superior que le sean encomendadas por la Dirección del Centro.

b) Grupo de Gestión. -Sus funciones serán las de apoyo a los puestos de trabajo desempeñados por el personal técnico y de ejecución de aquellas funciones que le sean delegadas.

c) Grupo Administración. -Las de carácter administrativo-sanitario, normalmente consideradas de trámite y colaboración no asignadas a los Grupos Técnico y de Gestión.

d) Grupo Auxiliar. -Las de apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas-asistenciales propias de la Institución, así como las de Secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática."

LA REGULACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO

Así pues, esta es la única regulación con que contamos en cuanto a nuestras categorías y funciones. Y data de 1984, 34 años distan de la fecha actual, en los que no pocos cambios, tanto sociales como profesionales han acontecido. Una regulación que queda corta y está, si no obsoleta, anticuada, para normar nuestra profesión. La reflexión sobre este hecho la ampliamos en el siguiente apartado: *¿Cómo hemos llegado hasta aquí? La evolución del personal administrativo en la era de la transformación digital.*

2. ¿CÓMO HEMOS LLEGADO HASTA AQUÍ?: LA EVOLUCIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA ERA DE LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL

Como hemos visto en el apartado anterior, la regulación de las funciones del personal administrativo sanitario data, en definitiva, de 1984. Pero es evidente que, desde entonces hasta nuestros días, más de treinta años después, se han sucedido no pocos y no menos importantes cambios.

Las dos últimas décadas han supuesto una auténtica revolución en los sistemas de prestación de servicios, actualmente aún en proceso hacia la transformación digital de ciudadanos, empresas y administraciones y organismos públicos. Son muchas voces expertas las que hablan de las grandes repercusiones de las tecnologías de la información y

¿CÓMO HEMOS LLEGADO HASTA AQUÍ?: LA EVOLUCIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA ERA DE LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL

la comunicación en todo el proceso asistencial y muy especialmente en el área de gestión y servicios y las labores llevadas a cabo por el personal administrativo: la tarjeta sanitaria, la receta electrónica, los sistemas informáticos para cita previa, elección de médico, etc.

En los Equipos de Atención Primaria, el personal administrativo y su gestión a través de los sistemas informáticos se ha convertido en una pieza clave para desburocratizar las consultas médicas[1] y las consultas de enfermería y, poco a poco, va consiguiendo su reconocimiento como un estamento más integrante del equipo directivo de Atención Primaria, tradicionalmente integrado por los responsables de Medicina y Enfermería.

¿CÓMO HEMOS LLEGADO HASTA AQUÍ?: LA EVOLUCIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA ERA DE LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL

No obstante, el personal administrativo sigue actualmente padeciendo, *in facto*, una falta de reconocimiento generalizado, tanto por el personal sanitario cuanto por el público en general.

De una parte, su carácter de personal no sanitario establece una diferencia muy marcada con el resto del personal, sanitario, de hecho y de derecho, situación diferente según la Comunidad Autónoma en que nos encontremos. Sí es común a todas ellas que, el personal administrativo, así como el sanitario, demandan la especialización y profesionalización de aquél en el ámbito sanitario. Hablamos del personal administrativo sanitario.

¿CÓMO HEMOS LLEGADO HASTA AQUÍ?: LA EVOLUCIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA ERA DE LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL

De otra parte, pacientes y usuarios tienen su primer contacto en el centro de salud con el personal administrativo, son encargados de los servicios de información y atención al usuario y suelen ser culpabilizados por las dificultades burocráticas de los procesos asistenciales (listas de espera, peticiones no pertinentes, retrasos en servicios sanitarios demandados, etc.).

En definitiva, la situación actual del personal administrativo en los centros de salud se caracteriza por las siguientes notas:

- Personal profesionalizado de hecho, pero no de derecho, en el ámbito sanitario. Considerado como personal no sanitario (personal de gestión y servicios).

¿CÓMO HEMOS LLEGADO HASTA AQUÍ?: LA EVOLUCIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA ERA DE LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL

- Fundamental para el buen funcionamiento y gestión de los centros de salud, como responsable del servicio de admisión y como secretariado de la Dirección del centro de salud.

Y este es el punto en que el personal administrativo de las instituciones sanitarias se encuentra actualmente.

3. ¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD ACTUALMENTE? EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD

El personal administrativo, en los centros de salud, desarrolla su actividad fundamentalmente en dos áreas diferenciadas: el servicio de admisión y atención al usuario y la secretaría de la Dirección del centro de salud:

- **Funciones del personal administrativo en el servicio de admisión y atención al usuario en el centro de salud**

En este servicio, las funciones principales giran en torno a un eje fundamental: la asistencia sanitaria, desde una doble

¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD ACTUALMENTE? EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD

perspectiva: la gestión de las agendas del equipo sanitario del propio centro de salud (médicas/os y enfermería, principalmente) y la atención al usuario respecto de información de carácter sanitario (derechos, servicios sanitarios, etc.), trámites administrativos sanitarios y gestión de quejas y reclamaciones.

Las gestiones y trámites más habituales que realiza el personal administrativo en el servicio de admisión del centro de salud son las siguientes:

- Gestión de las agendas del personal sanitario y asistencial del centro de salud a través de la asignación de citas. El

¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD ACTUALMENTE? EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD

personal administrativo gestiona la agenda sanitaria y asistencial del equipo del centro de salud. Además de dar citas, consiste en reorganizar las agendas ante urgencias, bajas del personal, periodo de vacaciones, etc. Es una labor que, a nivel interno, tiene repercusiones en la gestión de los Recursos Humanos del centro, puesto que esta gestión de citas afecta directamente a las jornadas y horarios del equipo sanitario y asistencial.

- Gestión de la documentación generada con la asistencia sanitaria.
- Registro de entrada y salida de documentación y archivo de expedientes.

.

¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD ACTUALMENTE? EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD

- Información a los usuarios: derechos y obligaciones de los usuarios, horarios del centro de salud, consultas y trámites administrativos sanitarios.
- Cita previa, *in* situ en la recepción, a través de teléfono y aplicaciones informáticas.
- Citas para las consultas de especialistas. Generalmente, es la primera cita, una vez el médico de atención primaria ha prescrito la derivación del paciente a la consulta especializada. Tras esta primera cita, serán el centro de especialidades y el hospital de referencia los que gestionen las citas de atención especializada.

¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD ACTUALMENTE? EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD

- Citas para pruebas diagnósticas solicitadas por el médico de Atención Primaria (radiología, citologías, etc.).
- Solicitudes de asistencia sanitaria en domicilio, directamente en mostrador o por teléfono, también es posible que existan aplicaciones informáticas al afecto.
- Solicitud de la tarjeta sanitaria.
- Solicitudes de cambio de médico general y pediatra.
- Solicitudes para pacientes desplazados temporalmente.
- Solicitudes del derecho a la asistencia sanitaria a personas sin recursos.
- Solicitudes de asistencia sanitaria a usuarios de Estados miembros de la Unión Europea parte del Acuerdo sobre el

¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD ACTUALMENTE? EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD

Espacio Económico Europeo.

- Visado de medicamentos.
- Solicitudes de reintegros de gastos por orto-prótesis y por transporte sanitario.
- Reclamaciones, quejas y sugerencias.

Etc.

A la vista está que son amplias y de distinta índole todas estas gestiones. El personal administrativo, lejos de limitarse a “dar citas”, realiza una labor de coordinación tanto con el equipo sanitario, en algunos casos, como con otros organismos de las administraciones públicas: Tesorería

¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD ACTUALMENTE? EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD

General de la Seguridad Social, Instituto General de la Seguridad Social, servicios públicos asistenciales (Servicios Sociales, centros de continuidad…), incluso con juzgados en caso de lesiones, protocolos relativos a la violencia de género, etc.

¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD ACTUALMENTE? EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD

- **Funciones del personal administrativo en la Dirección del centro de salud**

Las funciones del personal administrativo en la Dirección del centro de salud suponen prestar el apoyo a la dirección del centro, y se refieren fundamentalmente a la administración de los servicios de personal, a los servicios económicos y a los servicios generales.

Estas funciones son, en líneas generales, las siguientes:

- Gestión del personal: configuración de agendas, control del personal, vacaciones, permisos y licencias, tramitación de sustituciones. Etc.

¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD ACTUALMENTE? EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD

- Llevanza de la agenda del Equipo directivo
- Gestión de las comunicaciones del centro de salud (correspondencia general, comunicaciones con el distrito sanitario, etc.)
- Registro y archivo de la documentación del centro
- Secretaría en las reuniones de equipo, comisiones, grupos de mejora… Elaborando y custodiando las actas de las mismas.
- Gestión de las bases de datos de usuarios, profesionales, etc. del centro.

¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD ACTUALMENTE? EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD

- Administración de los servicios del centro de salud: limpieza, mantenimiento, lavandería…
- Gestión de pedidos de compras y aprovisionamientos
- Tareas relativas a la gestión del presupuesto del centro de salud
- Elaboración de estadísticas
- Control interno de la calidad asistencial

Etc.

En resumidas cuentas: se trata de todas las tareas administrativas anejas a la Dirección del centro de salud. El personal administrativo actúa en estas funciones con autonomía, al tiempo que bajo las directrices de la Equipo Directivo del centro de salud.

5. EL EQUIPO DIRECTIVO DEL CENTRO DE SALUD: EL RESPONSABLE DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO COMO TERCER ESTAMENTO

El equipo directivo de cada centro de salud ha estado tradicionalmente formado por un coordinador médico y un responsable de enfermería. Actualmente, aunque su composición es diferente según la comunidad autónoma en que nos encontremos, este equipo directivo se ha ampliado con un responsable del área de Administración. En algunas comunidades autónomas, no llega a formar parte del equipo directivo *stricto sensu*, si bien participa en la toma de decisiones. En otras comunidades autónomas, como es el caso de Andalucía, el responsable de admisión, junto con los responsables de médicos y de enfermería, conforman el equipo directivo.

EL EQUIPO DIRECTIVO DEL CENTRO DE SALUD: EL RESPONSABLE DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO COMO TERCER ESTAMENTO

Si bien la presencia del responsable de admisión obedece a una necesidad obvia de tener en cuenta a uno de los tres grupos de profesionales que sostienen la gestión y el funcionamiento del centro de salud, en nuestra opinión, actualmente hay dos cuestiones que actúan a modo de acicate y que hacen que esta presencia sea tan necesaria como oportuna: de un lado, la implantación del sistema de trabajo por procesos y, de otro, la gestión de los sistemas de calidad asistencial.

La gestión por procesos es la base de la gestión de calidad. En general, y en el ámbito sanitario en particular, la gestión por procesos es una herramienta orientada a lograr los objetivos de calidad total, y *"procura asegurar de forma*

rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios, y en el proceso asistencial en sí mismo"[2].

La gestión por procesos y la implementación de los sistemas de calidad atañe a todos los profesionales, sanitarios y no sanitarios, que prestan sus servicios en el ámbito sanitario. Pero es el personal de gestión y administración el que está especialmente formado -o debería estarlo- y entrenado en el diseño, implementación y gestión a nivel orgánico de estas dos cuestiones, en la medida en que se apartan de la pura prestación de la asistencia sanitaria (correspondiente a los profesionales sanitarios) pero que, al

EL EQUIPO DIRECTIVO DEL CENTRO DE SALUD: EL RESPONSABLE DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO COMO TERCER ESTAMENTO

tiempo, como es una constante en su labor, suponen una gestión cualificada de la misma y del funcionamiento del propio centro sanitario.

6. LA SATURACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD: PROPUESTAS DE MEJORA CON EL PERSONAL ADMINISTRATIVO COMO PROTAGONISTA DEL CAMBIO

En esta búsqueda y revisión bibliográfica acerca del papel del personal administrativo en los centros de salud hemos encontrado un elemento común: la importancia del personal administrativo para el buen funcionamiento del centro de salud, con miras a desburocratizar las consultas médicas y enfermeras y a gestionar las grandes cargas de trabajo a las que, como norma general, se debe hacer frente en los centros de salud.

Querríamos señalar como una importante propuesta la realizada por el Dr. Lorenzo Arribas[3], Médico de Familia en el Centro de Salud de La Chana, en el Distrito Sanitario Granada, quien apuesta por el pleno funcionamiento de

unidades de atención familiar (UAF), modelo que según señala está inspirado en el sistema de gestión desarrollado en núcleos rurales y pequeños consultorios.

Como señala el Dr. Arribas, en el modelo tradicional, cada usuario tiene asignado un médico de referencia, es su médico de familia. Vinculado al médico, una enfermera/o. Pues bien, el modelo que propone es la incorporación de un administrativo a este equipo médica/o-enfermero/a, a modo de secretaría personalizada de estos. De modo que la UAF vendría compuesta por médico/a-enfermero/a-administrativo/a de referencia para cada paciente. Configura la UAF tanto por una referencia funcional como física, de modo que el usuario

localiza en un espacio concreto a su UAF: médico, enfermero y administrativo se ubican en despachos contiguos, de modo que el paciente puede identificarlos y localizarlos fácilmente, al tiempo que estos pueden comunicarse fácilmente entre sí, formando un auténtico equipo de trabajo. Los miembros de la UAF comparten espacio, pacientes asignados y horarios de trabajo y trabajan en acto único, y resuelven todas las cuestiones de su población de referencia.

En consecuencia, las tareas del área de recepción (servicio de admisión e información) quedan muy reducidas, limitadas prácticamente a un servicio de información general a los usuarios. Asimismo, se encargaría de tareas residuales

imposible de desagregar en las UAF, recibiría las urgencias y, en caso de necesidad, prestaría apoyo a las UAF o lo recibiría de estas.

El personal administrativo vinculado a la Dirección del centro de salud vendría a realizar las gestiones que habitualmente desempeña y que fundamentalmente son las relacionadas con el funcionamiento del centro de salud: gestión del personal, gestión económico-presupuestaria, compras y proveedores externos, etc.

Según afirma el Dr. Arribas, la implantación de este sistema de gestión en su centro de salud desde 2004, basado en las UAF (esto es, en la incorporación del administrativo al equipo médico-enfermero), ha supuesto la eliminación de las

LA SATURACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD: PROPUESTAS DE MEJORA CON EL PERSONAL ADMINISTRATIVO COMO PROTAGONISTA DEL CAMBIO

colas y aglomeraciones, y ha repercutido en la mayor satisfacción de pacientes y usuarios de sus servicios, que reciben una atención mucho más personalizada y un acceso al centro sin saturaciones.

En nuestra opinión, es una propuesta interesante que ha logrado un resultado exitoso y que podría servir de modelo en muchos otros centros de salud.

7. REIVINDICACIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO: RECONOCIMIENTO Y PROFESIONALIZACIÓN ACADÉMICA. NUESTRO FUTURO

En una visión global del personal administrativo de las instituciones sanitarias en general, y de los centros de salud en particular, no podemos dejar de lado las reivindicaciones que parte de este sector de profesionales manifiesta repetidamente. Se trata de asociaciones y proyectos de base asociativa, cuyos objetivos comunes son el reconocimiento de la profesión del administrativo sanitario, de un lado, y, de otro, establecer un punto de encuentro, un foro, en el que estos profesionales puedan comunicarse, formarse y darse a conocer ante las instituciones públicas y la sociedad.

REIVINDICACIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO: RECONOCIMIENTO Y PROFESIONALIZACIÓN ACADÉMICA. NUESTRO FUTURO

Entre estas entidades podemos citar la Asociación de Administrativos de Salud, la Asociación Andaluza de Administrativos de la Salud, el Proyecto MyRAS (Motivación y Reconocimiento de los Administrativos de la Salud)…

Por su importancia y trascendencia, vamos a centrarnos en dos de ellas que, además, consideramos, coincidiendo con otros autores, que están muy relacionadas: hablamos de las reivindicaciones sobre su reconocimiento y sobre su profesionalización. ¿Por qué están relacionadas? En las siguientes líneas pasamos a analizar esta cuestión.

De un lado, la profesionalización del administrativo sanitario. Los títulos exigidos para el acceso son, para el administrativo, el título de Bachiller, un título de Formación Profesional de grado superior o un título equivalente (algunas

REIVINDICACIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO: RECONOCIMIENTO Y PROFESIONALIZACIÓN ACADÉMICA. NUESTRO FUTURO

instituciones exigen un grado superior en la familia de Administración y Gestión y otras, en cambio, cualquier título equivalente al Bachiller) y, para el auxiliar administrativo, el título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria, un título de Formación Profesional (cualquiera) de grado medio o una titulación equivalente. Mas, sin embargo, para realizar su trabajo, requiere de competencias, compuesta por conocimientos, habilidades y actitudes, especializadas en materia sanitaria y asistencial. Estas capacidades suelen estar recogidas en los mapas de competencias que elaboran las instituciones sanitarias, generalmente ligados a sus planes de calidad. Para la adquisición de estas competencias, además de la experiencia profesional, se cuenta con planes de formación continua y cursos especializados, pero no forman parte de ningún currículo formativo reglado, de momento.

REIVINDICACIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO: RECONOCIMIENTO Y PROFESIONALIZACIÓN ACADÉMICA. NUESTRO FUTURO

Las capacidades que suelen recoger los mencionados mapas de competencias son las siguientes:

- Conocimientos sobre:
  - Derechos y deberes de los usuarios
  - Organización y legislación sanitaria
  - Gestión económica
  - Legislación y procedimientos administrativos: acto administrativo, recursos administrativos, procedimientos administrativos de la organización…
  - Habilidades de atención, presencial, telefónica y telemática
  - Informática y manejo de herramientas de trabajo (fax, fotocopiadora, impresora, etc.)

REIVINDICACIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO: RECONOCIMIENTO Y PROFESIONALIZACIÓN ACADÉMICA. NUESTRO FUTURO

- Tecnologías de la información y la comunicación (correo electrónico, aplicaciones…)
- Herramienta ofimáticas
- Prevención de Riesgos Laborales (formación básica)
- Ergonomía e higiene postural
- Normativa de protección de datos personales
- Calidad (conocimientos básicos)
- Técnicas de trabajo en equipo
- Metodología de Gestión por procesos
- Metodologías de investigación (nivel básico)
- Inglés (nivel básico)
- Igualdad de género y de oportunidades entre hombres y mujeres

REIVINDICACIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO: RECONOCIMIENTO Y PROFESIONALIZACIÓN ACADÉMICA. NUESTRO FUTURO

- Habilidades:
  - Adecuada utilización de los recursos disponibles
  - Capacidad de trabajo en equipo
  - Comunicación oral y escrita
  - Capacidad de planificación y organización
  - Orientación al cliente, habilidades de atención
  - Capacidad de análisis y síntesis
  - Capacidad de interpretación y adaptación de normas
  - Capacidad de promover y adaptarse al cambio
  - Gestión eficaz del tiempo
  - Capacidad para asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre
  - Capacidad de promover y adaptarse al cambio

REIVINDICACIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO: RECONOCIMIENTO Y PROFESIONALIZACIÓN ACADÉMICA. NUESTRO FUTURO

- Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)
- Capacidad de dar apoyo
- Afrontamiento del estrés

- Actitudes:
  - Actitud de aprendizaje y mejora continua
  - Orientación a resultados
  - Resolutiva/o
  - Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad
  - Honestidad, sinceridad, sentido de la justicia

REIVINDICACIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO: RECONOCIMIENTO Y PROFESIONALIZACIÓN ACADÉMICA. NUESTRO FUTURO

- Sensatez
- Discreción
- Autocontrol, autoestima, autoimagen
- Amabilidad
- Colaborador, cooperador
- Eficiencia
- Espíritu de superación
- Orientación al usuario y al cliente, interno y externo, y respeto a los derechos de los pacientes
- Positividad
- Generación de valor añadido a su trabajo
- Flexibilidad, adaptación al cambio, accesibilidad
- Proactividad

REIVINDICACIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO: RECONOCIMIENTO Y PROFESIONALIZACIÓN ACADÉMICA. NUESTRO FUTURO

- Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades
- Visión de futuro
- Juicio crítico
- Dialogante, negociador

Y todo esto entronca con la otra cara de la moneda: su falta de reconocimiento. El administrativo sanitario, como hemos podido observar, es un administrativo especializado en el ámbito sanitario y es una pieza clave para el buen funcionamiento de la organización sanitaria y para la calidad de la asistencia sanitaria. Pero nuestro colectivo se siente poco reconocido, y así lo respaldan muchos de los profesionales sanitarios con los que trabajan mano a mano. El administrativo tiene que hablar un lenguaje sanitario para

ejercer su función de atención en información al usuario, para gestionar toda la documentación derivada de la asistencia sanitaria y, en general, para desarrollar todas sus funciones en términos de eficiencia y calidad. Sin embargo, el administrativo sanitario no tiene la consideración de personal sanitario, a pesar de sus funciones especializadas, y como personal no sanitario es considerado por el resto del equipo de trabajo y por el público en general. Por todo esto, muchos ven al Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitaria, como indicábamos líneas arriba de este capítulo, como la figura que materializa la profesionalización y, con ello, el reconocimiento del administrativo sanitario.

La cuestión está en el aire. En nuestra opinión,

REIVINDICACIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO: RECONOCIMIENTO Y PROFESIONALIZACIÓN ACADÉMICA. NUESTRO FUTURO

conforme a la tendencia a la especialización soberana en nuestros tiempos, debida a la complejidad de los procesos, del personal administrativo se disgregará un cuerpo especializado en materia sanitaria, y quedará el administrativo, como lo conocemos hoy día, reducido al personal que se dedica a tareas puramente administrativas sin relación con la asistencia sanitaria (gestión económica-administrativa, gestión de personal, etc.). Este administrativo, puramente gestor administrativo, no habría de contar con ninguna cualificación especial en materia sanitaria.

De otro lado tendríamos a ese cuerpo especializado en materia sanitaria, el personal administrativo relacionado con el proceso asistencial. Este personal, en nuestra opinión, sí

debe contar con una cualificación específica. En este sentido, el Sistema Nacional de Cualificaciones Profesionales contempla la cualificación Documentación Sanitaria, codificada como SAN626_3, de carácter sanitario y nivel 3 EQF, regulada en el Real Decreto 887/2011, de 24 de junio, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, mediante el establecimiento de tres cualificaciones profesionales correspondientes a la Familia Profesional de Sanidad. Esta cualificación está asociada al Grado superior en Administración y Documentación Sanitaria; sin embargo, no está asociada a ningún certificado de profesionalidad ni, por ende, regulada la formación orientada a obtener tal certificado de

profesionalidad, como sí ocurre con gran número de cualificaciones profesionales. Por si fuera poco, son muy pocas Comunidades Autónomas las que ofertan su reconocimiento a través del proceso de evaluación y acreditación de competencias profesionales. En nuestra opinión, debería trabajarse en este sentido. No entendemos necesario que la cualificación sanitaria del personal administrativo pueda y deba venir exclusivamente de la titulación en Técnico Superior en Administración y Documentación Sanitaria, sino que debe ampliarse con el instrumento del certificado de profesionalidad, empleando sus dos vías: el reconocimiento a través de procesos de evaluación y acreditación de competencias profesionales (de

REIVINDICACIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO: RECONOCIMIENTO Y PROFESIONALIZACIÓN ACADÉMICA. NUESTRO FUTURO

este modo, el personal administrativo de las instituciones sanitarias podría obtener la certificación de su especialidad lograda a través de su experiencia profesional), de un lado, y formación dirigida a la obtención del Certificado de Profesionalidad en Documentación Sanitaria, con la que el personal administrativo podría especializarse a través de la formación en el ámbito sanitario.

CONCLUSIONES

El personal administrativo del ámbito sanitario, gestor de las prestaciones asistenciales, se ha transformado enormemente en los últimos años. En los centros de salud, sometidos por regla general a grandes cargas de trabajo, se ha convertido en una pieza clave para el buen funcionamiento del mismo. Empoderado y consciente de su importancia, el personal administrativo sanitario reivindica su reconocimiento y su profesionalización.

Las autoras, en el presente trabajo, han pretendido mostrar esta realidad y hacer llegar estas pretensiones que, además, suscriben, aportando una visión global del personal administrativo y reflexionando sobre su importante papel en los centros de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Pais, Antonio. La labor del personal administrativo: la mejor herramienta para desburocratizar las consultas de AP. El Médico Interactivo: Diario electrónico de la Sanidad [Internet]. 2011 [citado 30 jun 2018]. Disponible en: http://elmedicointeractivo.com/labor-personal-administrativo-mejor-herramienta-desburocratizar-consultas-ap-20110824124935083221/
- Tras el mostrador [Blog Internet]. Madrid; 2017 [actualizado 11 Feb 2017; citado 30 jun 2018]. Disponible en: http://administrativosanitario.blogspot.com/2017/02/funciones-administrativo-sanitario.html

BIBLIOGRAFÍA

- Área Integrada de Salud de Talavera de la Reina [Internet]. Toledo; 2012 [citado 30 jun 2018]. Guía de Información al usuario de los centros de salud. Disponible en: http://www.areasaludtalavera.es/content/guía-de-información-al-usuario-de-los-centro-de-salud-2
- Rojas Bruno, Isabel Mª. El administrativo en la dirección del Centro de Salud. Actualidad Médica. 2014; 99: (793): 173-174. Disponible en: https://www.actualidadmedica.es/archivo/2014/793/cd03.html
- [2] Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema. Sevilla: Consejería de Salud; 2001. [2001, citado 30 jun 2018]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Documents/Publicaciones%20Ciencia%20Sanitaria%20Jul.18/Material%20AP/libro_completo.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- [3]Arribas Mir, Lorenzo. La organización del centro de salud. ¿Cómo trabajar mejor? Granada: Foro Gestión Clínica 2.0. Nuevas perspectivas para una nueva década. Área de Gestión de la Práctica Asistencial. EASP; 2009. [actualizado 13 oct 2009, citado 30 jun 2018]. Disponible en: http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-3.-La-organizacion-del-centro-de-salud.-Como-trabajar-mejor-_Arribas-L._.pdf
- Hospital Universitario Virgen de las Nieves [Internet]. Granada [actualizado 23 abr 2015; citado 30 jun 2018]. Disponible en: https://www.hvn.es/recursos_humanos/desarrollo_profesional/map_compe_archiv/14.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir [Internet]. Jaén [actualizado 25 may 2017; citado 30 jun 2018]. Disponible en: http://www.laboratoriojrisistemas.eu/ephag2018/MapasCompetencias/MapaAdmPdf16Kb.pdf
- Instituto Nacional de Cualificaciones. (s.f.). *INCUAL*. Obtenido de http://incual.mecd.es/inicio

TEMA 68. LA PROTECCIÓN DE DATOS DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

GEMA MARÍA DELGADO PEÑUELA
GEMA MARTÍNEZ TORRES
PATRICIA MARTÍNEZ TORRES

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN.**
- **FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN ATENCION PRIMARIA**
- **ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE.**
- **MODELO CORPORATIVO DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE ATENCIÓN AL PACIENTE.**
- **ADMISIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
- **BIBLIOGRAFIA.**

INTRODUCCIÓN

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias a través de medios aceptables para ellos.

Se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud.

FUNCIONES PERSONAL ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Varía según el tamaño del hospital.

Funciones:
- Cita previa
- TIS / asignación de médico
- Tramitación de analíticas, radiografías, derivaciones, recetas a Inspección
- Elaboración de estadística
- Participar en las comisiones.

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE.

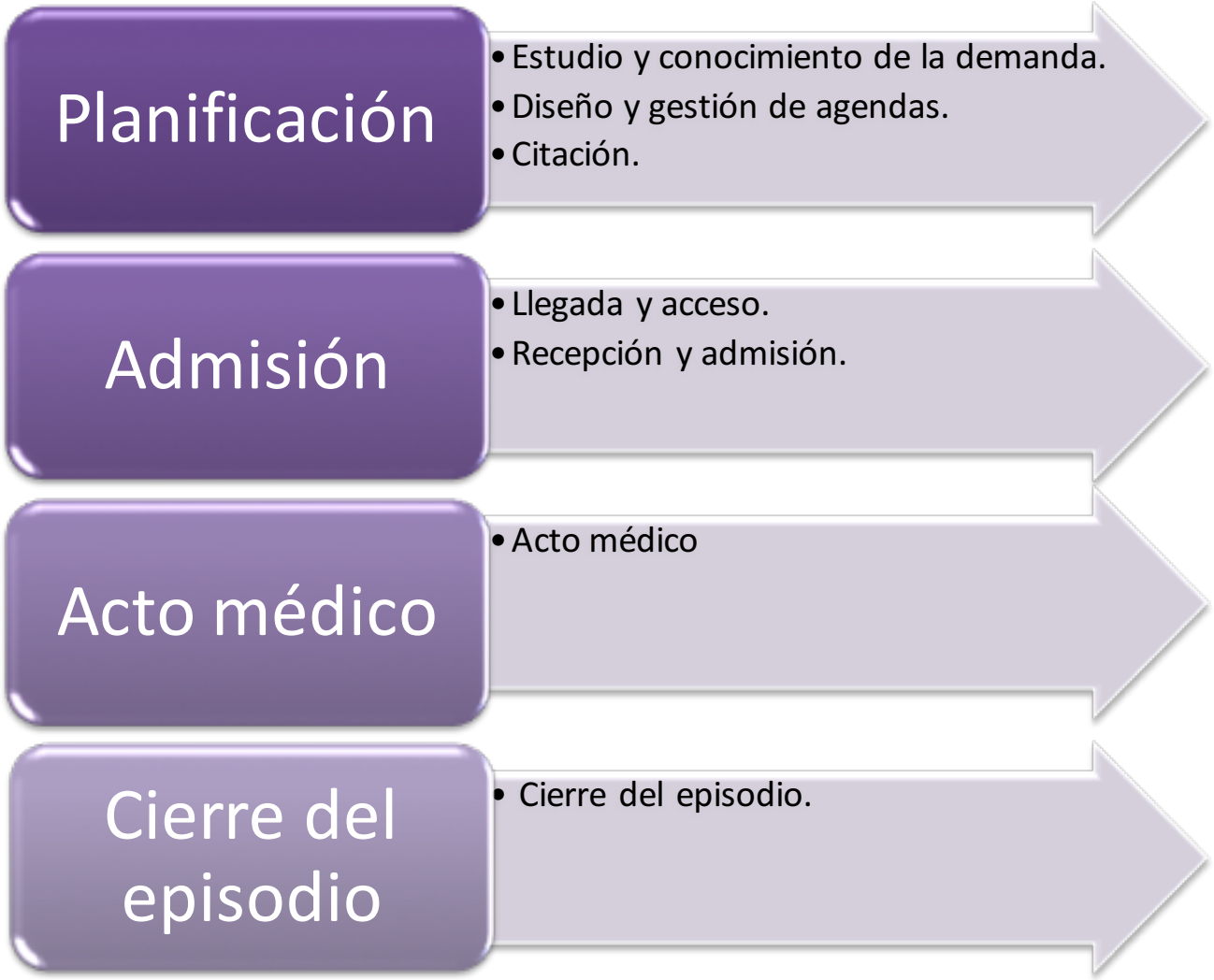
Las etapas del proceso de atención al paciente en el servicio de atención al paciente son:

- Planificación.
- Admisión.
- Acto médico y pruebas.
- Cierre del episodio.

A efectos de establecimiento, el proceso de atención en el área de atención primaria de un hospital se estructura en cuatro etapas principales: una primera etapa administrativa y de gestión (planificación); una segunda etapa que incluye la llegada, recepción y admisión del paciente; una tercera etapa, acto médico, en la que se desarrolla el proceso puramente asistencial; y una etapa final administrativa, que abarca el cierre del episodio, la prescripción y citación de nuevas consultas o pruebas.

Existe además una etapa transversal de informatización de todo el proceso, mediante los correspondientes aplicativos de gestión de pacientes e historia clínica electrónica de forma que la actividad en el área de atención primaria esté completamente informatizada.

Las cuatro etapas se desagregan, a su vez, en las siguientes sub-etapas:



MODELO CORPORATIVO DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE ATENCIÓN AL PACIENTE

Se caracteriza por:

- Centrar las actuaciones en el paciente y sus acompañantes:
  - Atención accesible y rápida.
  - Trato excelente e información adecuada, comprensible, adaptada a las características del paciente y a cada etapa del proceso de atención.
  - Flexibilidad ante las necesidades de los cambios solicitados por el paciente.

- Implicar a los profesionales.
  - Como agentes fundamentales del proceso de atención.
  - Fomentando el trabajo en equipo y la colaboración multidisciplinar.
- Realizar una práctica clínica adecuada, resolutiva y segura.
  - Atención adecuada realizada según los principios de la medicina basada en la evidencia, mediante una aproximación diagnóstica y un manejo terapéutico adecuado.
  - Atención segura y de calidad.
  - Actuación clínica resolutiva, efectiva y eficiente, que aporta valor.

- Coordinación efectiva con todas aquellas instancias que se precise en virtud de las necesidades de los pacientes.
  - Otros servicios del propio hospital.
  - Servicio de atención al paciente.
  - Servicio de admisión.
  - Centros médicos dependientes del propio hospital.

ADMISIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

El personal administrativo es el que se encarga de la admisión del paciente en este servicio hasta que comienza el acto clínico.

- **LLEGADA Y ACCESO**:

➢ Infraestructura:

✓ El acceso al área estará convenientemente señalizado desde el exterior.

✓ La señalización interior será visible y suficiente para llegar al área sin necesidad de apoyo adicional, existiendo un directorio con la relación de consultas.

➢ Personal:

✓ El profesional asignado para este fin, que será el personal administrativo, se encontrará situado en las entradas o puntos de atención, facilitará a los pacientes la información necesaria para localizar la consulta o especialidad correspondiente.

- **RECEPCIÓN Y REGISTRO.**

➢ Infraestructura:

- La admisión estará concebida para que sea visible desde el acceso al área.

- A efectos de mantener la privacidad del paciente que está siendo atendido se dispondrá de los elementos de diseño necesarios.

- El espacio estará adecuadamente dimensionado para acoger la cola que se pueda formar sin obstaculizar las circulaciones.

- El área estará bien comunicada con la sala de espera.

➢ Personal:

- La atención estará a cargo del personal administrativo, cuya actitud y comportamiento ha de ser adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

- Moreno Domene, P., Joaquin, E.L., & Moreno Ruiz, J.A.: Indicadores de getión hospitalaria; 2010.
- Mónica Robles-García, T.D. –S. –D. –M. En busca de la excelencia: el perfil del paciente “supersatisfecho”. Calidad Asistencial; 2004.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188

TEMA 69. ENCEFALITIS JAPONESA

MARÍA ESTHER ORTEGA MARTÍN
MARÍA NAVAS GARCÍA
EVA CHECA PADILLA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- EPIDEMIOLOGÍA
- MANIFESTACIONES CLÍNICAS
- DIAGNÓSTICO
- TRATAMIENTO
- TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO
- CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

La **encefalitis vírica** es la inflamación del tejido parenquimatoso cerebral que se produce como resultado de una infección viral. [1,2]

Entre ellas se encuentra la **encefalitis japonesa**, la cual es transmitida por mosquitos causada por el virus de la encefalitis japonesa B[3], que se propaga a través de las picaduras de mosquito *Culex spp.* infectados. [6,7]

7 El virus de la encefalitis japonesa se transmite en un ciclo enzoótico en el que participan mosquitos, cerdos y aves. Los seres humanos son huéspedes de este virus, pero no lo transmiten de forma directa a otras personas. [6]

La incidencia anual de la enfermedad es muy variable según los países y los años, llegando a ser de 1 hasta 10 por cada 100.000 habitantes. Según estudios recientes cada año se producen unos 68.000 nuevos casos de encefalitis japonesa, de los cuales entre un 20% al 30% terminan en defunciones. Siendo la incidencia en países no endémicos es menor de 1 por cada millón de viajeros.[3]

Los niños y los jóvenes son el colectivo más susceptible de sufrir este virus. [7,2]

En la incidencia de las encefalitis se puede observar un pico en los menores de 1 año. [1] En áreas endémicas la encefalitis japonesa afecta a menores de 15 años de edad. [3]

EPIDEMIOLOGÍA

Tras haber erradicado la poliomielitis ahora la encefalitis japonesa es la primera causa de infección y discapacidad neurológica infantil viral de Asia. [5,4]

Estos mosquitos existen en áreas templadas, tropicales y subtropicales, intensificándose en las estaciones más húmedas. [6,7] Aunque la encefalitis japonesa ya se ha extendido más allá de sus límites geográficos originales, es decir del Sudeste de Asia[5]

Esta tipo de encefalitis ocurre en Asia y Australia, encontrándose riesgo de transmisión en 24 países de las regiones de la OMS de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. [6,7]

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los signos y síntomas aparecen tras un periodo de incubación medio de 5-15 días. [4]

La mayoría de las infecciones son subclínicas o cursan con fiebre transitoria y síntomas gastrointestinales. [2,3,5]
Pero aproximadamente en 250 infecciones aparece fiebre elevada, cefalea, rigidez nucal, desorientación, coma, ataques, parálisis espástica, coma y defunción. [3,7] También se ha hipertensión intracraneal, edemas cerebrales y signos cardiovasculares residuales entre otros. [7]

La inflamación cerebral, de la médula y las meninges puede ocurrir y llevar problemas mentales o neurológicos. [2,3]

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico debe de realizarse dentro de un contexto epidemiológico, por ejemplo, considerando el regreso de un viaje de las regiones endémicas o el hecho de residir en ellas. Para confirmar la infección y descartas otras causas es necesario realizar una prueba serológica o de líquido cefalorraquídeo. [3,8]

La vigilancia de casos de encefalitis aguda se da en países que controlan el contagio mediante vacunación. [3]

DIAGNÓSTICO

La **encefalitis vírica** es la inflamación del tejido parenquimatoso cerebral que se produce como resultado de una infección viral. [1,2]

Entre ellas se encuentra la **encefalitis japonesa**, la cual es transmitida por mosquitos causada por el virus de la encefalitis japonesa B[3], que se propaga a través de las picaduras de mosquito *Culex spp.* infectados. [6,7] El virus de la encefalitis japonesa se transmite en un ciclo enzoótico en el que participan mosquitos, cerdos y aves. Los seres humanos son huéspedes de este virus, pero no lo transmiten de forma directa a otras personas. [6]

TRATAMIENTO

El tratamiento más efectivo es la vacunación. La vacunación está indicada en viajes de verano que acuden a zonas rurales de Asia, cuyo riesgo es de 5 por cada 20 viajeros, si el viaje se prolonga más de 3 semanas. La vacuna se aplica con una diferencia de 28 días, con dos dosis intramusculares, y la segunda se administra una semana antes del viaje. [4]

Existen numerosos estudios que apoyan el uso de la vacunación ante este virus como prevención o han estudiado sus efectos. [8–11]

El tratamiento de la encefalitis japonesa consiste en cuidados de apoyo con[5]:

- Control de la presión intracraneal
- Mantenimiento de la perfusión cerebral adecuada
- Control de las crisis
- Prevención de las complicaciones secundarias

Es importante que el tratamiento de la fisioterapia en los casos de encefalitis tenga un inicio precoz, sobre todo en la fisioterapia pediátrica, sobre todo en pacientes comatosos.

Además hay que realizar un tratamiento de las posibles secuelas físicas como la parálisis cerebral para mejorar la calidad de vida del paciente. [1]

CONCLUSIONES

- La encefalitis japonesa es la causa más importante de enfecalitis viral en Asia debido a su severidad y frecuencia.
- La incidencia es más elevada en jóvenes y niños.
- No existe un tratamiento antiviral específico para la encefalitis japonesa, solo paliativo y preventivo.
- Se recomienda la vacunación a turistas de áreas rurales de Asia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Téllez de Meneses M, Vila MT, Barbero Aguirre P, Montoya JF. Encefalitis virales en la infancia. Medicina (B Aires). 2013;73 Suppl 1:83-92.
2. Biblioteca virtual en salud. Encefalitis Japonesa [Internet]. DeCS Server - List Terms. [citado 29 de agosto de 2018]. Disponible en: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/
3. World Health Organization. Immunization, Vaccines and Biologicals. Geneva; 2016.
4. Kuhn JH, Peters CJ, Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, et al. Infecciones por virus transmitidos por artrópodos y roedores. En: Harrison Principios de Medicina Interna. 19.ª ed. 2016.

BIBLIOGRAFÍA

5. Susan L Hills, MTHMarc Fischer, Tom Solomon. Japanese encephalitis. Martin S Hirsch, editor. UpToDate. 2018;
6. Schiøler KL, Samuel M, Wai KL. Vaccines for preventing Japanese encephalitis. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3).
7. Warwick Pexman JH, Barber PA, Hill MD, Sevick RJ, Demchuk AM, Hudon ME, et al. Use of the Alberta Stroke Program Early CT Score (ASPECTS) for Assessing CT Scans in Patients with Acute Stroke. AJNR Am J Neuroradiol. 2001;22(8):1534-42.
8. Iro MA, Martin NG, Absoud M, Pollard AJ. Intravenous immunoglobulin for the treatment of childhood encephalitis. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(10).

BIBLIOGRAFÍA

9. Dubischar KL, Kadlecek V, Sablan B, Borja-Tabora CF, Gatchalian S, Eder-Lingelbach S, et al. Safety of the Inactivated Japanese Encephalitis Virus Vaccine IXIARO in Children. Pediatr Infect Dis J. 2017;36(9):889-97.

10. Hoke CH, Nisalak A, Sangawhipa N, Jatanasen S, Laorakapongse T, Innis BL, et al. Protection against Japanese Encephalitis by Inactivated Vaccines. N Engl J Med. 1988;319(10):608-14.

11. Lyons A, Kanesa-thasan N, Kuschner RA, Eckels KH, Putnak R, Sun W, et al. A Phase 2 study of a purified, inactivated virus vaccine to prevent Japanese encephalitis. Vaccine. 2007;25(17):3445-53.

TEMA 70. ENDOMETRIOSIS

MARIA TERESA ROMERO SÁNCHEZ
ESTHER NUÑEZ DE ARENAS ARANDA
ANA MARÍA PARRA CRUZ

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- MANIFESTACIONES
- CLÍNICA
- EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA
- DIAGNÓTICO
- TRATAMIENTO
- PRONÓSTICO
- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DEFINICIÓN

Existen muchas definiciones de endometriosis[1]:

Novak la define, como “circunstancia en que el tejido semejante al endometrio, más o menos exactamente, se encuentra aberrante en varias localizaciones” [1] .

Algunos autores, entre ellos Meyer, exigían algunas particularidades que no siempre se encuentran, como las glándulas endometriales rodeadas de estroma típico, pues en algunas formas antiguas se aprecia la escasez o la falta de estroma, como en algunas formas ováricas[1].

Y, en cambio, Goodall ha hecho notar en otros casos que llama endometriosis de estroma a la falta de glándulas[1].

Es una afección casi exclusiva del género humano, ya que sólo en algunas monas se ha logrado provocar[1].

La mayoría de los autores está de acuerdo en que se trata de una neoformación histológicamente benigna, con todo y que su estroma posee capacidad histolítica y que se encuentre en el interior de vasos sanguíneos y linfáticos, provocando injertos en el peritoneo[1].

DEFINICIÓN

Los sitios en que puede aparecer la endometriosis son[1]:

El útero, donde recibe el nombre de endometriosis interna o adenomiosis; los ovarios; los ligamentos uterosacros; ligamentos redondos; tabique rectovaginal; peritoneo pélvico que recubre el útero; las trompas de Falopio; el recto y colon sigmoides y la vejiga; el peritoneo que recubre el intestino delgado y el mesenterio; la región umbilical; cicatrices de laparatomías; en el interior de sacos herniarios; en el apéndice; la vagina; vulva; cuello uterino; muñones tubáricos y conducto inguinal[1].

Los sitios raros donde se ha descrito son[1]:

En la cara interna de los muslos y la región del codo; antebrazo; pulmón; pleura y ganglios linfático-intrapélvicos[1].

MANIFESTACIONES

Hay autores que dividen este capítulo en dos, y así se refieren a endometriosis cuando se trata de hallazgos histológicos, sin síntomas ni evolución, y a endometriomas, a los focos que producen manifestaciones clínicas con carácter evolutivo, y que sufren agudizaciones de manera periódica, coincidiendo con el ciclo menstrual[1].

Este carácter cíclico debe hacernos pensar en endometriosis y revisar las manifestaciones clínicas no genitales, que sufren agudización sincrónica en el ciclo menstrual, por la posibilidad de tratarse de focos de endometriosis lejana[1].

Se sabe, además, que muchas de éstas presentan excreción de un líquido hemático, oscuro, espeso, que recuerda por su aspecto a la brea[1].

En la endometriosis uterina, frecuentemente se encuentran menometrorragias, que frecuentemente afectan la forma difusa, encontrándose el útero aumentado de volumen y de color pálido[1].

Otras veces se encuentran formas pelvianas, infiltrativas, difusas, que engloban materialmente los órganos pélvicos. Todas estas localizaciones traen consigo dismenorrea, que se caracteriza por ser tardía y progresiva[1].

MANIFESTACIONES

En la localización ovárica, frecuentemente se interviene con diagnóstico de quiste del ovario y es el anatomopatólogo el que reporta el hallazgo de la endometriosis[1].

Entre los antecedentes encontramos datos de dismenorreas, menorragias o intervenciones parciales en el ovario[1].

Entre las manifestaciones actuales encontramos dismenorrea, que frecuentemente es secundaria y en sus apariciones, tardía, en relación con el ciclo menstrual, y además frecuentemente se asocia con un síndrome hormonal de hiperestrinismo. Las manifestaciones anatómicas se encuentran en pleno periodo sexual de la mujer y tenemos como más frecuentes, las localizaciones en el útero, que casi siempre se localizan en los bordes del mismo dándole consistencia blanda, como el órgano con cierta frecuencia se encuentra aumentado de tamaño se confunde con un fibroma. Quizá la forma más frecuente es la localización ovárica[1].

CLÍNICA

- Algias: Se localizan en las fosas iliacas, irradiando a regiones sacrolumbares, sufren exacerbaciones periódicas, confundiéndose con la dismenorrea[1].
- Trastornos menstruales: Hay tendencia a las menorragias, llegando en ocasiones a las menometrorragias. En general se puede decir que se trata de un síndrome hipermenorreico debido a un hiperestrinismo acentuado y crónico[1].
- Dismenorrea: Es la manifestación más importante, frecuentemente es secundaria y progresivamente más tardía e intensa. Así, vemos que en un principio era premenstrual, luego pasa a ser durante los primeros días de la menstruación y posteriormente será en los últimos días de ésta[1].
- Esterilidad: La mayoría de los autores coincide en hacer notar que en los cuadros clínicos de endometriomas se encuentra esterilidad con una gran frecuencia, sobre todo en las localizaciones uterina, tubárica y ovárica, y citan cifras que van de 30 a 84%[1].

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

La endometriosis es considerada la causa más frecuente de dolor pélvico e infertilidad en la mujer. Afecta del 6 al 10 % de las mujeres en edad reproductiva, del 50 al 60 % de las adolescentes con dolor pélvico y, es responsable de hasta el 50 % de los casos de infertilidad[2].

La endometriosis del tracto urinario ocurre en 1 a 2 % de los casos, siendo más frecuentes las localizaciones en vejiga y uréteres aunque se han descrito casos en el riñón y en la uretra[2].

La endometriosis se presenta raramente en el periodo posmenopáusico, posiblemente debido a su relación con el incremento de los estrógenos circulantes, por aumento de su producción por los ovarios o las glándulas suprarrenales; por tal motivo se deben descartar tumores de dichos órganos cuando aparece en esta etapa de la vida[2].

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

Los factores de riesgo para el desarrollo de la endometriosis incluyen la obstrucción al flujo menstrual (p. ej: anomalías müllerianas), la exposición a los efectos del dietilestilbestrol durante la vida intrauterina, el contacto prolongado a los estrógenos endógenos (p. ej: debido a la menarquia precoz, menopausia tardía, o por obesidad), períodos menstruales de corta duración, bajo peso al nacer, y por la ingestión de productos que interfieren con el sistema endocrino[2].

La etiología no está del todo clara. Se plantea que hasta un 50 % de los casos tienen antecedentes de cesáreas[2].

Actualmente existen 3 teorías más que tratan de explicar su origen[2]:

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

- Teoría embrionaria: fue propuesta por Von Recklinghausen, quien postuló que el tejido ectópico endometrial se desarrolla a partir de remanentes embriológicos de los conductos de Wolf y,
por Cullen y Kossman quienes plantearon el posible origen a partir de restos del conducto de Müller[2].
- Teoría metaplásica: propuesta por Iwanoff, desarrollada por Meyer y, sugerida por Dreyfus y Kretschmer. Se basa en la idea de que el epitelio endometrial y la serosa peritoneal se originan embriológicamente, del mesotelio celómico y, como resultado de esto, cualquier célula del mismo origen estimulada por factores desconocidos (probablemente hormonal o inflamatorio) pudiera ser transformada en células endometriales, inclusive en el epitelio vesical[2].
- Teoría migratoria: también conocida como de la implantación por menstruación retrógrada, descrita por Cullen. En 1922 Jacobson indujo endometriosis en animales, después de implantar tejido endometrial en la cavidad peritoneal y en la vejiga. La menstruación retrógrada de tejido endometrial a través de las trompas de Falopio, pudieran alcanzar cualquier parte del tracto reproductor femenino, así como de la pared vesical e implantarse en estos sitios[2].

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

La difusión de células endometriales se puede producir también por embolización linfática y hematógena, y pudiera explicar la existencia de focos distantes de la pelvis; también pudiera justificar la invasión por contigüidad o la extensión directa a través del intersticio desde la pared uterina. Este mecanismo de difusión de tejido endometrial hacia otros territorios, puede explicar la diseminación durante la histerosalpingografía o la cirugía del aparato reproductor femenino, particularmente durante la cesárea, donde la vejiga es habitualmente el único órgano afectado[2].

DIAGNÓSTICO

- DIAGNÓSTICO CLÍNICO

La endometriosis se considera una enfermedad exclusiva de la edad reproductiva, por lo tanto, las manifestaciones clínicas se hacen aparentes en esta etapa de la vida, debido a que las lesiones son estimuladas por las hormonas producidas durante el ciclo menstrual. Los síntomas son intensos en el periodo premenstrual y durante la menstruación se convierte en dolor incapacitante, para, posteriormente, a medida que cesa la menstruación, el dolor comienza a disminuir, y se hace poco aparente después del término menstrual. Por lo tanto, el dolor pélvico es el síntoma más frecuente, pero, además, pueden estar incluidos: el dolor de espalda, la dispareunia, el dolor a la defecación, dolor al cambio de posición y, en casos extremos, dolor a la micción. En la mayoría de las mujeres en quienes se ha diagnosticado endometriosis, han tenido previamente el diagnóstico de síndrome de vejiga irritable[3].

DIAGNÓSTICO

- DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Hay pocas maniobras exploratorias que nos ayudan a diagnosticar de forma certera la endometriosis. Sin embargo, ante la ausencia de signos concluyentes, se debe buscar la existencia de nódulos en la parte posterior de la vagina, presencia de dolor al movimiento uterino, útero en retroversión y fijo, así como dolor de masa anexial, provocado por endometriomas[3].

Se ha determinado la utilidad de los signos clínicos y de los síntomas en el diagnostico de la endometriosis en mujeres que presentan infertilidad, por lo tanto, los síntomas de dolor uterosacro tienen una elevada proporción de posibilidad diagnóstica-positiva. La asociación de endometriosis con infertilidad es debida a las adherencias que se forman en la cavidad peritoneal, lo cual distorsiona la anatomía pélvica y causa bloqueo físico en la ovulación, por el mecanismo de barrera que las adherencias ejercen; sin embargo, los trastornos anatómicos no son la única causa de la infertilidad, ya que se ha descrito que la endometriosis causa baja reserva ovárica y de la calidad del óvulo[3].

DIAGNÓSTICO

- DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO

El método ideal para el diagnóstico de la endometriosis es la visualización directa de la lesión endometrial ectópica (vía laparoscopia), acompañado de confirmación histológica con la presencia de al menos dos características patognomónicas de este tipo de lesión (conocidas como macrófagos cargados de hemosiderina): epitelio endometrial y glándulas o estroma del endometrio. El diagnóstico basado únicamente en la inspección visual requiere de un cirujano con experiencia para identificar muchas de las lesiones con apariencia endometrial, ya que es relativamente baja la correlación entre el diagnóstico visual y la confirmación histológica, debido a que muchas veces se ha encontrado lesión endometrial microscópica en muestra de tejido peritoneal con apariencia normal. Además, se debe tener presente el diagnóstico diferencial para cada caso, antes de iniciar la fase intervencionista del diagnóstico, ya que son muchos los padecimientos que pueden originar síntomas similares y, en consecuencia, la forma de tratarlos es diferente[3].

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Dos estudios han sido considerados para el diagnóstico de la endometriosis: el primero, es el antígeno-125 en suero (CA-125); y, el segundo, es la imagen por resonancia magnética (RM); aunque ninguno de ellos ha demostrado especificidad diagnóstica[3].

El uso de la resonancia magnética tiene más agudeza diagnóstica para el quiste endometriósico; aunque existe un mayor interés en los marcadores séricos, ninguno de éstos se considera ideal para la práctica clínica[3].

La elevación de la concentración del CA-125, por arriba de 35UI/ml, es el más comúnmente utilizada para el diagnóstico o monitorización de cáncer de ovario; sin embargo, debido a la alta especificidad, puede ser de utilidad como marcador para el seguimiento de la respuesta al tratamiento de la endometriosis. Además, hay estudios que demuestran la utilidad del CA-125 para identificar pacientes con infertilidad asociada a endometriosis severa, lo cual podría ser de utilidad para decidir el tratamiento quirúrgico temprano[3].

Otro marcador para el diagnóstico de endometriosis, es el antígeno 19-9 en suero (CA 19-9), aunque se considera de menor sensibilidad, pero es de utilidad para determinar la severidad de la enfermedad[3].

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Por otro lado, ha surgido un gran interés para identificar otros marcadores, entre los que se encuentran, la interleucina-6, con un punto de corte de 2 pg/ ml, al cual se le atribuye mayor sensibilidad y especificad que al CA-125; otro de estos marcadores, es el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-α) en el líquido peritoneal, con un valor diagnóstico importante, ya que se reporta sensibilidad y especificad de 1 y 0.89, respectivamente; aunque desafortunadamente, esta prueba requiere de un procedimiento invasivo para obtener el liquido peritoneal[3].

El ultrasonido transvaginal ha sido de mayor uso en el diagnóstico de lesiones retroperitoneales y uterosacras, pero no tiene la exactitud para identificar lesiones peritoneales o endometriomas pequeños[3].

La tomografía computarizada no ha sido estudiada en forma adecuada, por lo tanto, no se ha considerado como una modalidad imagenológica diagnóstica[3].

TRATAMIENTO

Los tratamientos farmacológicos de la endometriosis son hormonales convencionales (estrógenos-progestágenos, progestágenos, agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas [GnRH], danazol), hormonales innovadores (antiaromatasas, moduladores selectivos de los receptores de progesterona) o no hormonales (antiinflamatorios, inhibidores de las metaloproteasas o de la angiogénesis, estatinas y plantas medicinales chinas). De ellos, sólo los estrógenos-progestágenos, los micro y macroprogestágenos, los agonistas de la GnRH y el danazol han demostrado su eficacia si se administraban durante el período adecuado. Dado que no existen ensayos terapéuticos sobre cada una de las clases, no es posible dar prioridad a una molécula sobre a las demás. Los (estrógenos)-progestágenos, que se toleran mejor que el danazol y los agonistas de la GnRH prescritos sin tratamiento hormonal sustitutivo, deben ser la opción prioritaria como primera elección[4].

TRATAMIENTO

En la endometriosis superficial no tratada o después de su tratamiento quirúrgico, está indicado un tratamiento con estrógenos-progestágenos en modo continuo en lugar de secuencial o por macroprogestágenos. Si fracasa el tratamiento con (estrógenos)-progestágenos por vía oral, en caso de mala observancia o de contraindicaciones, se puede plantear la colocación de un dispositivo intrauterino con levonorgestrel, la inyección de agonistas de la GnRH o un tratamiento con danazol (sobre todo por vía vaginal) [4].

En la endometriosis profunda, se propone un tratamiento médico preoperatorio si no se desea un embarazo de inmediato. Los agonistas de la GnRH se pueden utilizar de entrada, pero no han demostrado ser más eficaces que los (estrógenos)-progestágenos. Después de la cirugía de una endometriosis profunda o de un endometrioma, los estrógenos-progestágenos o los macroprogestágenos permiten disminuir el riesgo de recidiva[4].

TRATAMIENTO

Todos estos tratamientos son anticonceptivos y deben continuarse si no se desea un embarazo, a excepción de los agonistas de la GnRH, cuya prescripción (sin tratamiento hormonal sustitutivo) se limita a 6 meses. Si se desea tener un embarazo, los antiinflamatorios no esteroideos son los únicos fármacos indicados en el tratamiento del dolor asociado a la endometriosis[4].

PRONÓSTICO

La historia natural de la endometriosis describe que la enfermedad puede estabilizarse o tener regresión por sí sola, ya que en 25 % de las pacientes puede haber resolución de la enfermedad[5].

Con base en la experiencia en la atención de este padecimiento, se ha observado que la endometriosis puede recurrir después del tratamiento quirúrgico independientemente que las pacientes jóvenes sean tratadas con reemplazo estrogénico[5].

Además, las mujeres posmenopáusicas con antecedentes de endometriosis pueden presentar nuevamente este padecimiento durante el uso de la terapia hormonal, por lo tanto, en ambos casos se debe tener cuidado en la administración de estrógenos cuando estén indicados[5].

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contreras J, Velázquez T, et al. Endometriosis. Ginecología y obstetricia de México. 2012; 80(12): 795-802.

2.Rodríguez Collar T L. Diagnóstico y tratamiento de la endometriosis vesical. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2011 Mar [citado 2018 Sep 11] ; 40(1): 48-55. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000100007&lng=es.

3. Hernández-Valencia M. Diagnóstico de la endometriosis. Perinatol Reprod Hum. 2009; 23(1): 25-29.

4. Azoulay C, Bardy C, Lasserre M, Brun J L, et al. Tratamientos farmacológicos de la endometriosis (a excepción de la adenomiosis). EMC - Ginecología-Obstetricia. 2018; 54(1): 1-15.

5. López A A C. En Ginecología y Obstetricia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015; 61(2): 169-178.

TEMA 71. ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA

VANESSA PATRICIA GÓMEZ TOCÓN

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN
2. FISIOPATOLOGÍA
3. DIAGNÓSTICO
4. PREVENCIÓN
5. TRATAMIENTO

DEFINICION

Se denomina enfermedad de membrana hialina (EMH) pertenece al grupo de distrés respiratorios del recién nacido y se caracteriza por un déficit en la producción de surfactante, lo que no permite el reclutamiento de la unidad alveolar y el intercambio gaseoso.

Se presenta típicamente en menores de 35 semanas y su incidencia aumenta inversamente con la edad gestacional.

Su incidencia se estima alrededor de un 5-10% de los recién nacidos pretermino. La incidencia aumenta significativamente a menor edad gestacional.

FISIOPATOLOGÍA

La enfermedad se produce por falta de surfactante pulmonar, sustancia que tiene como función reducir las fuerzas de tensión superficial de los alveolos y así mantener la estabilidad y volumen de los pulmones en la espiración.
El alveolo con insuficiente cantidad de surfactante, es inestable y tiende al colapso. Estos pacientes desarrollan atelectasias generalizadas, disminución de la distensibilidad pulmonar, shunt intrapulmonar, alteración ventilación - perfusión, hipertensión pulmonar, lo que lleva a hipoxemia y acidosis.
También se produce la fatiga de los músculos respiratorios.
La hipoxemia y acidosis aumentan la resistencia vascular pulmonar, lo que agrava más el cuadro.

DIAGNÓSTICO

- Dificultad respiratoria progresiva que aparece de forma precoz, normalmente desde el nacimiento o en las primeras seis horas de vida.
- Presencia de quejido respiratorio generalmente audible, aleteo nasal, retracción, polipnea y requerimientos de la FiO2 que van en rápido aumento.
- El diámetro anteroposterior del tórax esta disminuido.
- En los casos graves, la respiración puede hacerse paradójica, es decir, en la inspiración se hunde el tórax y sobresale el abdomen.
- Existe edema y la diuresis esta disminuida.

- El estudio de madurez pulmonar fetal en liquido amniótico es de valor para predecir el riesgo de que un prematuro conciba la enfermedad. La madurez pulmonar se produce sobre las 34 semanas de gestación.
- La radiografía de tórax es esencial para el diagnostico. La imagen radiológica característica, muestra un aumento de la densidad pulmonar homogénea, descrita como en vidrio esmerilado sobre la cual contrastan imágenes de broncograma aéreo.
- Dentro de los diagnósticos diferenciales, hay que considerar: taquipnea transitoria, neumonía, cardiopatía cianótica, escape aéreo etc.

PREVENCIÓN

Es de manejo eminentemente perinatal. Pero en la prevención prenatal tendremos en cuenta:

- Derivación de embarazos de riesgo a centros especializados.
- Prevención y manejo del trabajo de parto prematuro.
- Determinación de madurez pulmonar fetal según caso.
- Aceleración de la madurez pulmonar fetal según caso.

En embarazos complicados en que el parto antes de las 34 semanas de gestación es probable, se recomienda el corticoide prenatal, al menos que exista evidencia que pueden tener efecto adverso o el parto sea inminente.

El tratamiento consistente en un curso de 2 dosis de 12 mg de betametasona IM 24h aparte o 4 dosis de 6 mg de dexametasona IM 12h aparte.

Los beneficios óptimos comienzan 24h después de iniciar la terapia y hasta 7 días después.

TRATAMIENTO

Requieren medidas terapéuticas básicas:

- Calor: proporcionado por incubadora o cuna radiante.
- Hidratación: aporte inicial de volumen 60-80 ml/k/día.
- Nutrición
- Antibióticos: Ampicilina/gentamicina o cefotaxima si existe el riesgo de neumonía /sepsis.
- Oxigenoterapia: saturación 90-94%, monitorización.
- Ventilación mecánica según necesidad.
- Terapia con instilación de surfactante exógeno por vía endotraqueal es el avance terapéutico mas significativo de la última década. Hay surfactantes naturales y artificiales. Los primeros extraídos de extractos de líquido amniótico de animales y los segundos son sintetizados incluyendo fundamentalmente los fosfolípidos del surfactante pero no sus proteínas

BIBLIOGRAFÍA

- Bernstein D., Shelov S.P., Pedroza Soberanis C. Pediatria para Estudiantes de Medicina . 1 ed. Ovid Technologies; 2012.
- Voyer L. Pediatría. 3 ed. Journal; 2011.
- Benito J. Tratado de urgencias en pediatría. 2 ed. Ergon; 2011.
- VV.AA. Manual de diagnostico y terapéutica en pediatría. 6 ed. Panamericana; 2018.

TEMA 72. ADMINISTRACIÓN INTRACOCLEAR DE FARMACOS EN EL TRATAMIETO DE LA HIPOACUSIA INFANTIL

CRISTINA MARTÍN VILLARES
MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GIMENO
MARIA GIL MARTIN

ÍNDICE

- Introducción
- Objetivo
- Modelo Farmacocinético de la Cóclea
- Vías de acceso al Espacio Perilinfático de la Cóclea
  - Vía Intratimpánica
  - Vía Ventana Oval y Estapedotomía
  - Vía Ventana Redonda: Implante Coclear
  - Vía **coclesotomía quirúrgica** duante el Implante Coclear

INTRODUCCION

- Los avances tecnológicos recientes abren la posibilidad a los investigadores y a los clínicos de tratar farmacologicamente la patología del oído interno administrando dosis muy bajas del fármaco, evitando los problemas asociados a las altas dosis de los tratamientos sistémicos

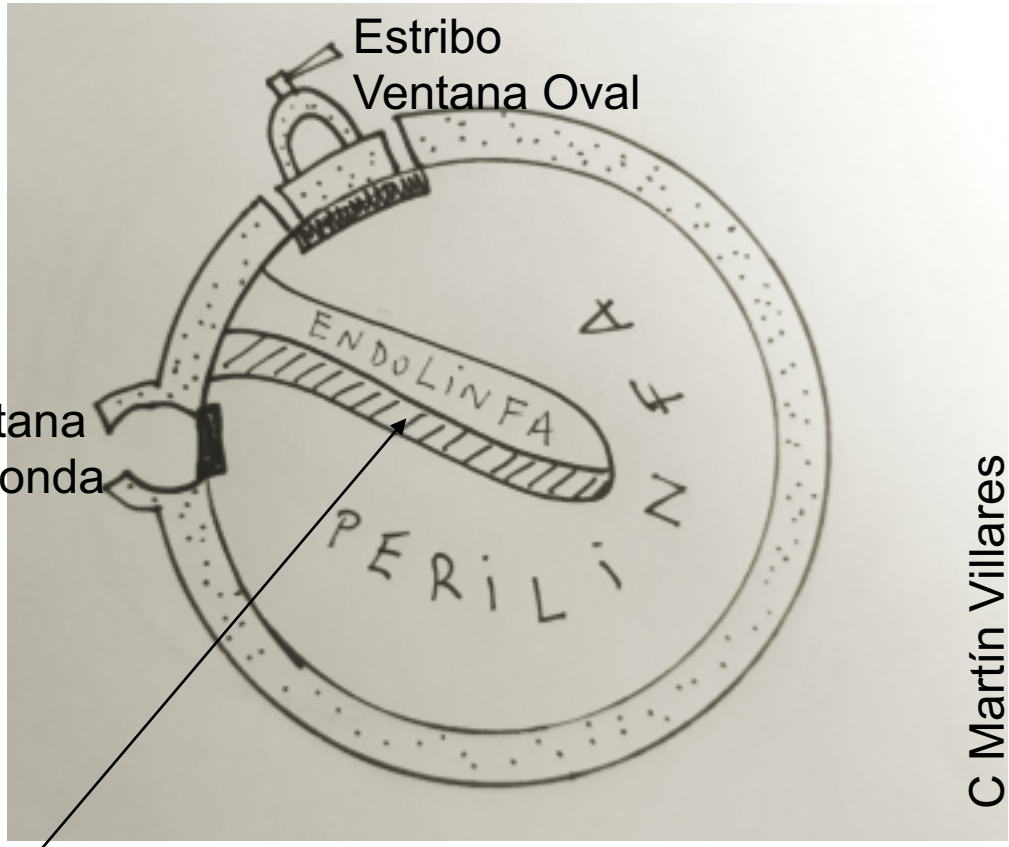
- Una aproximación racional a la administración de fármacos a la cóclea requiere amplio conocimiento de la farmacocinética de la cóclea

Este trabajo tiene como **objetivo** describir las vías utilizadas actualmente en Clínica Humana para administrar fármacos a la cóclea, como punto de partida a futuros estudios farmacocinéticos sobre tratamientos farmacológicos por vía intracoclear

Modelo Farmacocinético de la Cóclea

- El oído interno está formado por varios compartimentos líquidos:
  - Perilinfa
  - Endolinfa
  - Cortilinfa

- El fármaco debe llegar a la cortilinfa desde la perilinfa

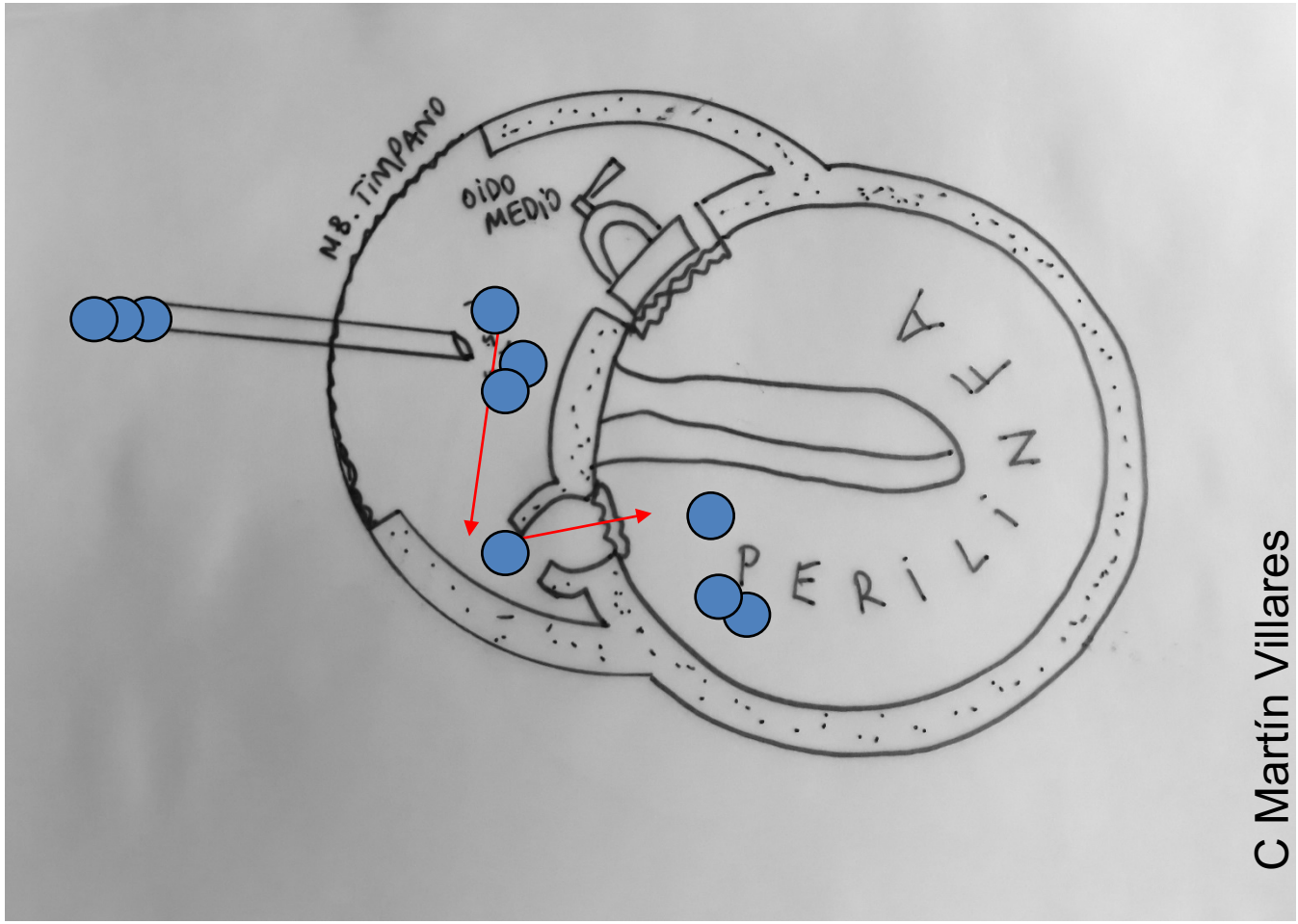


Vias de acceso al Espacio Perilinfático

Se consigue la administración efectiva del fármaco por tres rutas, dos fisiológicas y una microquirúrgica por fresado de la cóclea:

1. por inyección directa sobre la membrana de la ***ventana redonda***, la mas fisiológica
2. por inyección sobre la ***platina del estribo***, huesecillo plano que protege la ***ventana oval***, tras realizar una pequeña platinotomía
3. Por ***cocleostomía quirúrgica*** tras microfresado del hueso que cubre la rampa timpánica de la cóclea

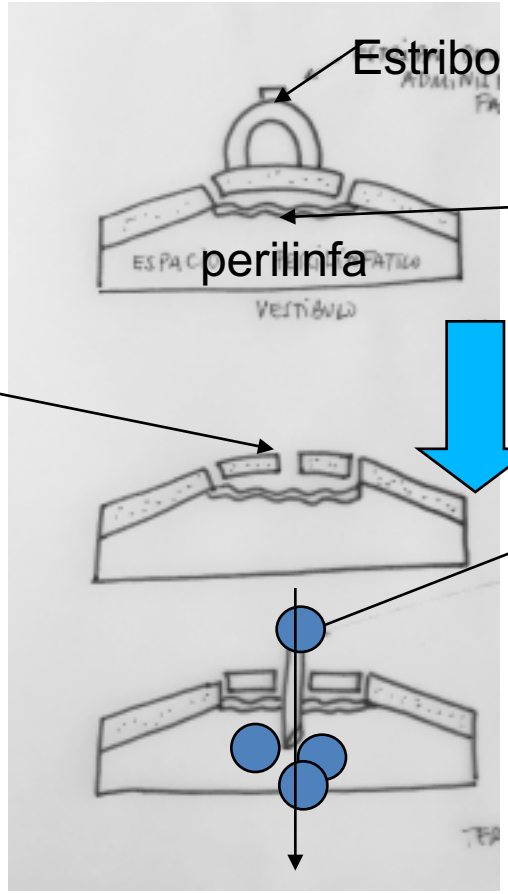
1. La punción de la MEMBRANA TIMPANICA para la administración de Fármacos a la Cóclea:
<u>VIA INTRATIMPANICA</u>



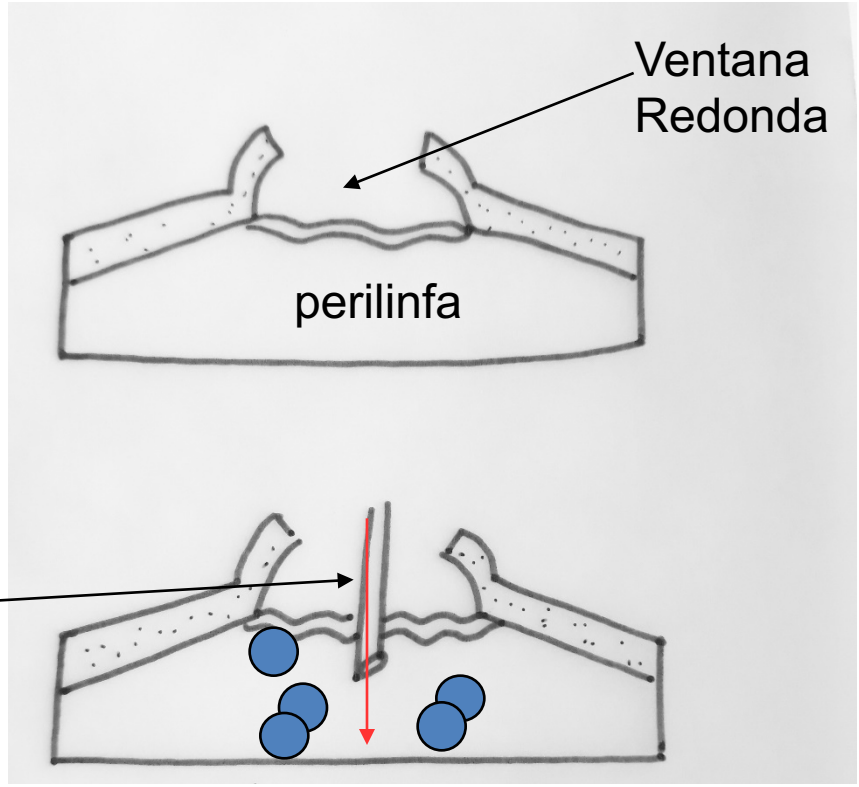
C Martín Villares

2. La VENTANA OVAL como vía para administración de fármacos a la cóclea:

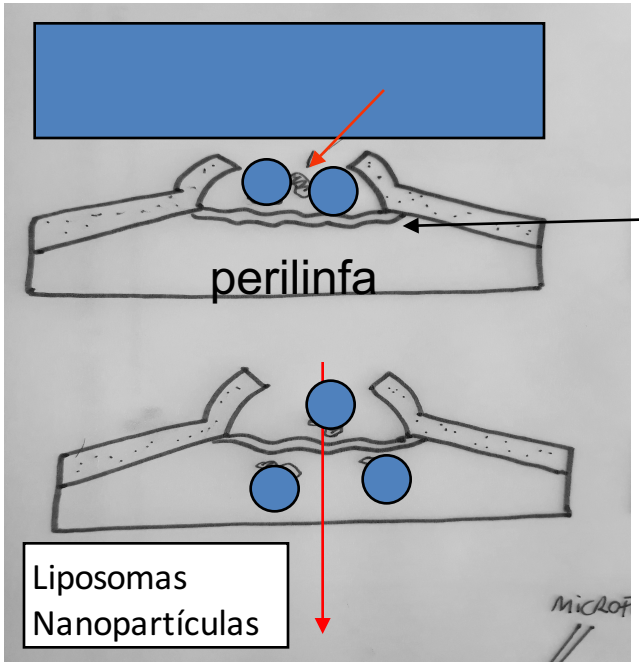
ESTAPEDECTOMIA / ESTAPEDOTOMIA



4. La VENTANA REDONDA como vía para la administración Intracoclear: IMPLANTE COCLEAR



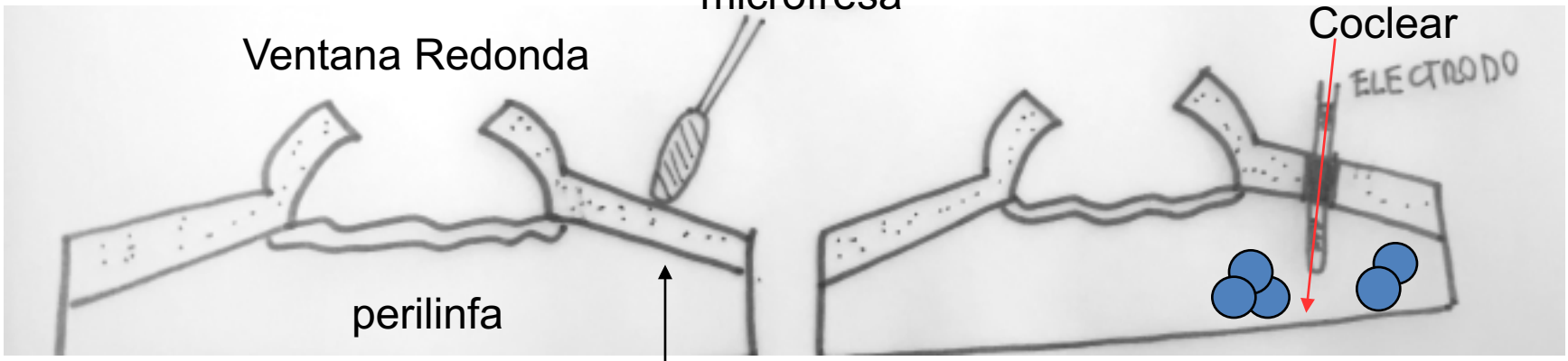
3. La VENTANA REDONDA como vía para la **administración TRANSCOCLEAR** del fármaco a la cóclea



Ventana Redonda

5. La COCLEOSTOMIA QUIRURGICA como vía para la administración de fármacos:

IMPLANTE COCLEAR por cocleostomía



TEMA 73. GAMMAGRAFÍA ESCROTAL O TESTICULAR

MARIA DEL MAR VERGARA BLANCO
NATALIA PEREZ MARTINEZ
TERESA SANCHEZ MIRANDA
JOSE MARIA MARTINEZ MARTINEZ

ÍNDICE

1- PARA QUE SIRVE LA GAMMAGRAFIA ESCROTAL
2- CAUSAS DEL DOLOR ESCROTAL AGUDO
3- NECESIDAD DE PRONTITUD DEL DIAGNOSTICO
4- TECNICA DE ADQUISICION DE LA IMAGEN
5- PREPARACION DEL PACIENTE
6- RADIOFARMACO
7- POSICION (PROYECCION) EL PACIENTE
8- INSTRUMENTACION
9- TIEMPO DE ESPERA
10- TIEMPO DE ADQUISICION
11- IMAGEN NORMAL

1.- El escroto que tiene mucha vascularización puede ser estudiado por la medicina nuclear de forma clara y eficaz, se justifica en el diagnostico diferencial del dolor escrotal agudo.

2.- Cuando hay un escroto doloroso las causas pueden ser dos:

a) Una infección que puede ser tratada con antibióticos

b) La torsión del cordón espermático, cuya estructura reúne:

- Epidídimo
- Vasos sanguíneos y linfáticos.
- Nervios.

La torsión de este cordón da lugar al estrangulamiento de todo lo anterior con riesgo de necrosis testicular.

3.- La necesidad de prontitud en caso de torsión o estrangulamiento, viene dada porque el tratamiento quirúrgico debe realizarse antes de 6 horas, porque el retroceso en la instauración del flujo da lugar a la necrosis testicular.

4.-La técnica de adquisición que se utiliza para diferenciar la torsión testicular de una epididimitis es la exploración isotópica que consiste en una angiogammagrafía seguida de adquisición estática.

5.- El paciente no precisa ni requiere ninguna preparación especial.

6.- Radiofármaco.:

Los mas utilizados son el 99m-tc-pertecnectado y el 99mtc-DTPA. La dosis en adultos es de 15 a 20mCi y en niños 250 nCi/Kg de peso, con un mínimo de 2mCi .

7.- La posición del paciente:

En decúbito supino. Se coloca el pene sobre el abdomen con esparadrapo para evitar interferencias. Una pequeña banda plomada entre testículos y muslos.

- 8.- Instrumentación:

  -Colimador LEAP niños se puede usar pinhole.

  -Ventana: 20% o inferior, centrada en 140ke.V.

  -Matriz: 64x64 para estudio dinámico y 256x256 para las imágenes estáticas.
- 9.- No es necesario esperar, se empieza inmediatamente después de inyectar el fármaco.
- 10.- En el tiempo de adquisición , se capta la llegada del fármaco a los testículos unos 2 segundos durante el primer minuto. Después se obtienen imágenes estáticas acumulando 500Kc para cada una.

11.- En la imagen normal se capta el trazador de una manera homogénea en ambos testículos.

Epididimitis: se ve un aumento del flujo en el testículo afecto.

Torsión testicular: no se ve ningún flujo en el testículo afecto.

En este tipo de prueba los falsos negativos son muy bajos, ya que la prueba tiene una sensibilidad elevada de hasta un 94%.

BIBLIOGRAFÍA

•https://www.uninet.edu/tratado/c070501.html

•httpbooks.google.es/books?id=ajTH4wJkGiwC&pg=PA514&lpg=PA514&dq=GAMMAGRAF%C3%8DA+ESCROTAL+O+TESTICULAR&source=bl&ots=AZs5tkyXv2&sig=VCmtK_HKuIPGoPdl50JPhR5UpiE&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiysrPdndHdAhUSTBoKHWqGDjo4FBDoATAFegQIBRAB#v=onepage&q=GAMMAGRAF%C3%8DA%20ESCROTAL%20O%20TESTICULAR&f=falses://

•https://books.google.es/books?id=ucVkotD0qA8C&pg=PA190&lpg=PA190&dq=GAMMAGRAF%C3%8DA+ESCROTAL+O+TESTICULAR&source=bl&ots=ts1i-W5-a8&sig=aW-HgxW9zb9gRce42nA_By-qNYs&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwirscuQntHdAhVJbBoKHeSNDZc4ChDoATAGegQIBRAB#v=onepage&q=GAMMAGRAF%

TEMA 74. HEMOPTISIS

MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO
JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN
Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS
VICTORIA CANDEL GUILLAMÓN

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

Observación y estudio en hemoptisis.

ANTECEDENTES CLINICOS:
FAMILIARES: Madre de 38 años, Asma alérgica a ácaros del polvo, GAV=312. Padre de 39 años, Rinitis alérgica. Padres no consanguíneos. Hermano de 4 años, sano. Resto sin interés.
PERSONALES: Embarazo controlado, sin complicaciones Parto a término, (39+3 semanas de edad gestacional), eutócico. No riesgo infeccioso. Peso RN: 3580 g. Periodo neonatal: sin incidencias. Otoemisiones acústicas: normales. Pruebas metabólicas: normales. Alimentación: Lactancia materna hasta los 19 meses. Alimentación complementaria reglada por su pediatra, sin intolerancias ni alergias. Desarrollo psicomotor normal. Hábitos: Comida: sin problemas. Sueño: sin problemas. Vacunas: calendario vigente completo para su edad. Enfermedades anteriores: No dermopatías No intervenciones quirúrgicas. Hospitalizaciones: Hospitalizada a los 6 años (H. Virgen de las Nieves-Granada) por neumonía por Rhinovirus. Otras enfermedades: En seguimiento en Neumología infantil por asma persistente moderada con muy buena respuesta a corticoides en tratamiento de base con flixotide 200 mcg/día.

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

HISTORIAL ACTUAL:

Escolar de 10 años que acude a urgencias por presentar episodios de hemoptisis desde hace 24 horas. Presenta sensación de ocupación en faringe y tras carraspear elimina sangre roja fresca en escasa cuantía. No tos intensa ni persistente. Refiere además presencia de dolor torácico, de localización retroesternal y características opresivas. No relaciona el dolor con la ingesta ni con los accesos de tos. No tiene predilección en horario, es de instauración y regresión progresiva. No otra sintomatología acompañante. No ha presentado vómitos ni dificultad respiratoria. Valorada en dos ocasiones en nuestro servicio de urgencias, realizándose ECG, radiografía de tórax y analítica con coagulación con resultado normal. Fue valorada también por ORL, realizando fibroscopia sin objetivar alteraciones.

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

Refiere haber recibido durante los 3-4 días previos tratamiento con ibuprofeno y paracetamol, cada 4 horas, por contusión en el pie. No contacto con tosedores en domicilio. Tampoco antecedentes familiares de tuberculosis. En urgencias se canaliza vía venosa periférica y se realiza exámenes complementarios. Ante la sospecha de hemoptisis/gastritis se deja a dieta absoluta y se inicia fluidoterapia intravenosa y tratamiento con ranitidina. En control analítico no se constata descenso significativo de hemoglobina ni alteraciones de la coagulación. Se mantiene BUN/Cr normal (tendencia limite alto normalidad) Durante su estancia en urgencias no presenta nuevos episodios. Ante la preocupación familiar y haber presentado nuevo episodio hoy, se decide ingreso en planta para observación y repetir/ampliar estudio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso: 34.0 kg (p22 -0.8Ds). Longitud: 150.0 cm (p71 +0.57Ds). IMC: 15.11 kg/m² (P13 -1.16DS). IWaterlow 77% (Disminución leve), Tª: 36.8 ºC. FC: 84 lat./min. PA: 94/58(70.0) mmHg. Sat 98% sin 02 suplementario. Buen estado general. Coloración: Palidez cutánea no de mucosas. Hidratación: buena. Perfusión: normal. Nutrición adecuada. No exantemas ni petequias. Auscultación cardiaca: Tonos puros, rítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: Ventilación simétrica sin estertores ni roces. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni visceromegalias. Locomotor normal. No signos de focalidad neurológica ni signos meníngeos. ORL: Orofaringe congestiva. No se observan restos hemáticos ni lesiones sugestivas de sangrado en cavidad oral.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Laboratorio:

-Bioquímica sanguínea: Analítica 10/6: Glucosa 94 mg/dl, Creatinina 0.49 mg/dl, Na 142 mEq/l, K 4 mEq/l, Cl 100 mEq/l, Prot-C-Reactiva <0.3mg/dl. Analítica 11/6: Prot-C-Reactiva <0.3 mg/dl, Creatinina 0.43 mg/dl, Urea 32 mg/dl, BUN/Cr: 34.7, Na 141 mEq/l, K 4.3 mEq/l, Cl 101 mEq/l, GPT 19 UI/L, LDH 239 UI/L

- Gasometría venosa: pH 7.37, pCO2 45, HCO3 26.3, Hb 13 g/dl, Hto 39.9%, Na 136 mmol/l, K 3.8 mmol/l, Ca 4.96 mg/dl, Glucosa 78 mg/dl, Lac 0.9 mmol/l.

- Hemograma: 10 Junio: Hb 12.7 g/dl, Hto 34.9%, Plaquetas 238 000/mm³, Leucocitos 5 370/mm³ (N 37.8%, L 50.5%, Mo 5.4%). Dímero D 166 ng/ml, Fibrinógeno 285 mg/dl, coagulación normal. 11 Junio: Hb 12.2 g/dl, Hto 33.5%, Leucocitos 4.790/mm³ (N 35%, L 5.8% M 5.2%) Plaquetas 229.000/mm³.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Imagen:

- Radiografía de tórax AP: no se aprecian imágenes patológicas ICT normal.
- - Electrocardiografía: Ritmo sinusal. FC 65 l/min. PR 0.12 seg. Eje QRS +60°. QRS estrecho. QTc 4oo mseg. Potenciales y repolarización normales.

Microbiología:

- Determinación rápida de S pyogenes: negativo.

Interconsultas:

- ORL 10 y 12 junio: Fibroscopia: Laringe sin sangrado. Hipofaringe sin restos acumulados de sangrado. Cavum con vegetaciones no obstructivas ni inflamadas. Amígdalas normotróficas sin puntos de sangrado y fosas nasales permeables sin restos hemáticos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Interconsultas:

- Cardiología pediátrica: Ecocardiograma-doppler: situs solitus. Ordenación segmentaria normal. Aurículas normales. Septo interauricular íntegro. Válvulas AV normales. Ventrículos de tamaño y contractilidad normal (DdVI 37 mm, z-score -1.32 DE, FE 76%). TAPSE 28 mm. Septo interventricular íntegro. Sigmoideas y grandes vasos normales. Drenajes venosos normales. Origen de coronarias normal. No derrame pericárdico. Sin patología ORL en el momento actual.

EVOLUCION

A su ingreso en planta se mantiene actitud expectante. Se realiza interconsulta a ORL y Cardiología para descartar patología orgánica con resultado anodino. No vuelve a presentar episodios de hematemesis. Durante ingreso no vuelve a presentar episodios de dolor precordial referidos previamente. Historiando a padres refieren que la paciente es una niña responsable y con cierto grado de ansiedad. Dada la evolución se decide alta y seguimiento ambulatorio.

DIAGNÓSTICO

- HEMOPTISIS.

- DOLOR TORÁCICO SIN CARACTERÍSTICAS DE ORGANICIDAD.

TRATAMIENTO

OPIREN FLASH 30 MG: 1 cada 24 h 4-5 días más.
Control por su pediatra zona, hacer Mantoux.
En próxima consulta de neumología pediátrica valorar revisar estudio metabólico neonatal de Fibrosis Quística.

BIBLIOGRAFÍA

- Hernández Díaz Angel, Pila Pérez Rafael, Pila Peláez Rafael, Guerra Rodríguez Carmen, Pila Peláez Margarita. Hemoptisis de causa extremadamente rara. AMC [Internet]. 2002 Oct [citado 2018 Sep 25] ; 6(5): 550-553. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552002000500015&lng=es.
- Aguilar Aragón Javier Antonio, Cabrera Rivero Jose Luis, Cornejo Garcia Jose, Leon Huaman Enrique Principe, Gayoso Cervantes Oscar, Diaz Urteaga Javier et al . Prevalencia de hemoptisis luego de la cura bacteriológica en pacientes dados de alta del Programa de Control de Tuberculosis del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev Med Hered [Internet]. 2003 Oct [citado 2018 Sep 25] ; 14(4): 167-174. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2003000400004&lng=es. Electronic Document Format(Vancouver)
- Páez Laura, Berdejo Juan, Teixeira Eloy, Ramírez Juan Carlos, Filizzola Roberto. FÍSTULA AORTOBRONQUIAL COMO CAUSA DE HEMOPTISIS. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR. REPORTE DE 2 CASOS.: FISTULA AORTOBRONCHIAL AS A CAUSE OF HEMOPTYSIS. ENDOVASCULAR TREATMENT. REPORT OF 2 CASES. Rev. Cir. Parag. [Internet]. 2015 June [cited 2018 Sep 25] ; 39(1): 28-32. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202015000100007&lng=en. http://dx.doi.org/10.18004/sopaci.2015.junio.28-32.

TEMA 75. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO POR E COLI SENSIBLE

Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS
VICTORIA CANDEL GUILLAMÓN
MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO
JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

Mujer de 85 años que ingresa de Urg por disminución del nivel de consciencia, flaccidez de miembros y menos reactividad en las últimas 48 horas. En urgencias se realiza una analítica que muestra signos de ITU con > 300 leuc/campo y empeoramiento de la función renal.

ANTECEDETES:
NAMC (dudosa a metamizol, aunque lo ha tomado varias veces sin incidencias). HTA de larga evolución. DM tipo 2 en tratamiento con ADOs y sin datos de metadiabetes. No DLP. Demencia degenerativa primaria (Alzheimer) y componente vascular, en seguimiento por Neurología desde hace tres años, con situación de actual dependencia completa, sin agitación, con escasa ingesta y crisis de desconexión

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

(posible crisis de ausencia en el contexto de epilepsia vascular + memantina, que cedieron tras inicio de levetirazetam. Ingreso en Traumatología/Geriatría hace 4 años por fractura cadera, con anemización que precisó trasfusión de 2 concentrados de hematíes. Intervenida de cadera derecha y ptosis palpebral. Situación basal: vive en domicilio familiar con cuidadora. Precisa ayuda para todas las AVDs, sin apenas lenguaje, actividad cama-sillón casi no apoya. Tratamiento crónico: Adiro 100 mg, Keppra 500mg 1-0-1, Omeprazol 20mg, Prandin 1mg, Torasemida 10mg, Valsartan 160mg y Velmetia 50/1000mg.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Consciente, con lenguaje balbuceante ininteligible, palidez cutánea. AR: buena ventilación bilateral. AC: rítmico a75 lpm. AB: blando, no doloroso, con ruidos presentes. EEII: no edemas, pulsos palpables, no signos de TVP.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica: En Urg: Glucosa 184, Creatinina 1.25, Na 141, K no valorable por hemólisis, Cloruro 98, Hb 11, Hto 33.4, VCM 84.9, Leucos 7300, Plaquetas 331000, Sedimento Orina: >300 leuc/campo, nitritos negativos. En planta: Glucosa 129, Urea 30, Creatinina 0.9, Ca 8.6, Na 142, K 4.3, PCR < 0.3, Hb 9.9, Hto 29.3, VCM 84.4, Leucos 6300 Plaquetas 270000.
- Urocultivo: Positivo para E coli sensible a beta-lactámicos, quinolonas y fosfomicina.
- ECG: RS a 70 lm.
- Rx Tórax: Senil sin otros hallazgos.

EVOLUCION

- Ante la sospecha de una ITU como causa del deterioro cognitivo y de la crisis comicial, se inicia tratamiento con sueros, ceftriaxona y se aumenta la dosis de levetiracetam con muy buena evolución clínica, recuperando la paciente su estado basal, con buen nivel de consciencia, ingesta adecuada, por lo que se decide alta a domicilio.

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPALES:

- Infección del tracto urinario por E coli sensible.
- Deterioro cognitivo secundario.
- Insuficiencia renal aguda.
- Sospecha de crisis epiléptica en paciente con Epilepsia vascular.

SECUNDARIOS:

- Demencia mixta Alzheimer y vascular avanzada.
- Diabetes Mellitus tipo 2.
- Hipertensión arterial.

TRATAMIENTO

- Adiro 100 mg: 0-1-0.
- Keppra 500mg 1-0-1.
- Omeprazol 20mg: 1-0-0.
- Prandin 1mg: 1-1-1/2.
- Torasemida 10mg: 1-0-0.
- Valsartan 160mg: 0-1-0.
- Velmetia 50/1000mg: 1-0-1.
- Cefixima 400 mg 0-1-0 una semana y después suspender.
- Paracetamol 1 gr: 1-1-1 si dolor.
- Revisión por su médico de A. Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez Viera Nelson, Bonnin Rodríguez Beatríz María, Gómez de Molina Iglesias Marisel T., Yánez Fernández Belkis, González Zaldívar Arnaldo. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. Rev cubana med [Internet]. 2003 Mar [citado 2018 Sep 25] ; 42(1): 12-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000100002&lng=es.

- Cancino, Margarita, & Rehbein, Lucio. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. Terapia psicológica, 34(3), 183-189. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000300002

- Gracia Rebled Ana Cristina, Santabárbara Serrano Javier, López Antón Raúl, Tomás Aznar Concepción, Marcos Aragüés Guillermo. Ocupación laboral y riesgo de deterioro cognitivo y demencia en personas mayores de 55 años: una revisión sistemática. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2016 [citado 2018 Sep 26] ; 90: e50001. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100501&lng=es. Epub 21-Jun-2016.

TEMA 76. INTOXICACIONES EN PEDIATRIA

MARIA RAMAJO HOLGADO
PATRICIA CARRERA MARTIN
MIRIAM CIGANDA CENOZ
LAURA ARMENDARIZ GONZALEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INTOXICACIONES
3. CLÍNICA
4. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
5. EVALUACIÓN
6. TRATAMIENTO
7. INFORMACION DE INTERES
8. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Las intoxicaciones durante la edad pediátrica en nuestro medio suponen el 0,3% de las urgencias.
El 20% de la sospechas por intoxicación precisan escasa actuación por parte de los profesionales, dados de alta sin necesidad de realizar pruebas complementarias o tratamientos.
Las intoxicaciones por sustancias altamente tóxicas suponen entorno al 5-10% de las consultas por este motivo.

Dentro de las más frecuentes encontramos las causadas por fármacos (51,9%), productos del hogar (23,5%), etanol (9,4%), cosméticos (7,8%), monóxido carbono(3,1%), drogas ilegales(1,7%), mixta(1,2%).

2. EPIDEMIOLOGIA DE LAS INTOXICACIONES

Intoxicaciones accidentales

En niños menores de 5 años (pico entre 2-3 años). Están implicados productos del hogar, suelen ser benignas y asintomáticas, no necesitando intervención terapéutica ni tratamiento.

Errores de dosificación

Se dan por error del adulto que administra el fármaco.

Intoxicaciones voluntarias

Aunque menos frecuentes, son más graves. Habitualmente en pacientes adolescentes y en relación con etanol, drogas ilegales, productos psicotropos.

3. CLÍNICA

Dependiendo del tóxico ocasionará unos síntomas y signos que pueden afectar a todo el organismo. Habitualmente en pre-escolares suelen ser asintomáticas.
Existen 4 patrones típicos en los que clasificar la clínica de las intoxicaciones pediátricas:

- **Ingesta de sustancia conocida**: pre-escolares; tóxico, dosis, tiempo transcurrido son conocidos. Suelen ser asintomáticas con exploración física normal.

- **Ingesta de sustancia desconocida**: voluntarias, típico en adolescentes. Hay que agrupar los síntomas ,signos y constantes vitales para identificar el tóxico en concreto.

3. CLÍNICA

- **Situaciones en las que debemos pensar en una intoxicación**: cuando existen cambios en el nivel de conciencia, ataxia o síndromes multiorgánicos “extraños” en niños de 1-5 años

- **Síndrome de Münchausen** : los tóxicos son utilizados para simular enfermedades.

4. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Generalmente no es necesario realizar pruebas complementarias.

•Niveles sanguíneos de tóxicos: la determinación no es inmediata y los solicitaremos si la dosis ingerida es alta y de ello depende el tratamiento que vayamos a utilizar

•Determinación rápida de drogas en orina: es una prueba cualitativa que detecta la presencia de: anfetaminas, cannabis, metadona, opiáceos, cocaína, fenciclidina, MDMA, benzodiacepinas, barbitúricos, entre otros).

4. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

•Siempre habrá que comprobar el resultado con pruebas cuantitativas, sobre todo cuando haya implicaciones legales relacionadas con el caso.

•En situaciones graves habrá que realizar de urgencia hemograma, bioquímica (con función hepática y renal), gasometría, iones y coagulación.

5. EVALUACIÓN

Inicialmente evaluamos al paciente siguiendo el triángulo de evaluación pediátrica (apariencia, respiración, color) y estabilizarlo siguiendo el **ABCD:**

- **A, B**: permeabilidad de la vía aérea, adecuada respiración, oxigenoterapia.

- **C**: asegurar un acceso intravenoso lo antes posible o intraóseo en caso de que no sea posible iv.

- **D**: pupilas, escala de Glasgow

5. EVALUACIÓN

Simultáneamente, si es posible, identificar el tóxico:

- **¿Sustancia conocida?** Es realmente tóxica la sustancia expuesta.
- **¿Vía de exposición?** Oral, cutánea, inhalada, ocular, mucosa, parenteral.
- **¿Dosis?** Hay que estimar la máxima dosis posible.
- **¿Tiempo transcurrido?** Cuánto tiempo ha pasado desde la exposición.
- **¿Qué síntomas presenta?**
- **¿Tratamiento?** valorar si se ha administrado algún tratamiento previo.
- **¿Antecedentes personales?**

6. TRATAMIENTO

•Si el contacto ha sido tópico/mucosas lavaremos con abundante agua o suero fisiológico.

•Si el tóxico ha sido ingerido y no han transcurrido más de dos horas desde la ingesta (incluso hasta las 6 horas posteriores en caso de opioides, anticolinérgicos…), está indicado administrar una dosis única de carbón activado: <1 año de edad: 0,5-1 g/kg (máximo 10-25 g); 1-14 años de edad: 0,5-1 g/kg (máximo 25-50 g); Adolescentes y adultos: 25-100 g.

6. TRATAMIENTO

•Antídotos específicos: naloxona (opiáceos), N-acetil-cisteina (paracetamol), flumazenil (benzodiacepinas), biperideno (reacciones distónicas por neurolépticos) y oxígeno (monóxido de carbono).

Los antídotos en la edad pediátrica son poco utilizados una vez realizada la descontaminación y sólo suele ser necesario tratamiento de soporte y vigilancia, monitorizando al paciente para valorar las posibles complicaciones que puedan surgir mientras se metaboliza el tóxico.

7. INFORMACION DE INTERÉS

Información toxicológica

Instituto Nacional de Toxicología 91 562 04 20 atiende personal tanto sanitario como no sanitario. Horario de atención 24h.

91 411 26 76 atiende exclusivamente a personal sanitario. Horario de atención 24h.

8. BIBLIOGRAFÍA

•Mintegi S. Grupo de trabajo de intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Manual de intoxicaciones en Pediatría. Majadahonda: Ergon; 2012. Disponible en: http://seup.org/pdf_public/gt/intox_manual3_enr.pdf.http://www.seup.org/pdf_public/gt/intox_manual3_enr.pdf

•De la Torre M. Intoxicaciones más frecuentes. Pediatría Integral. 2014;18 (5):280-290. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-06/intoxicaciones-mas-frecuentes/

BIBLIOGRAFÍA

•Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea. Pamplona: Clerigué Arrieta N, Palacios López M; [actualizado 1 Junio 2018; citado 20 septiembre 2018]. Libro electrónico de Toxicología clínica: Intoxicaciones en Pediatría. Disponible en: http://www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=Toxicologia\INTOXICACION%20EN%20PEDIATRIA%20def.pdf

TEMA 77. LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

PATRICIA MARTÍNEZ TORRES
GEMA MARTÍNEZ TORRES
GEMA MARÍA DELGADO PEÑUELA

ÍNDICE

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

1. INTRODUCCIÓN:

La atención primaria es prestada por médicos de familia, pediatras y personal de enfermería en los centros de salud. Es el primer nivel de acceso al Sistema Sanitario Público.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria fue desde los años ‘90 una herramienta esencial para organizar la atención y gestión de la Atención Primaria en España. Al mismo tiempo sirvió también para la introducción de criterios de calidad explícitos en las prestaciones ofrecidas a la población y su propia evaluación sistémica.

Las transferencias de competencias a las Comunidades Autónomas llevadas a cabo en el período 1981- 2002 han propiciado desarrollos y enfoques distintos, aunque todas tienen unos rasgos genéricos que facilitan una comprensión global de las mismas.

Los procedimientos técnicos y científicos que se llevan a cabo en el primer nivel asistencial quedan recogidos en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud. Al mismo tiempo, esta Cartera unifica los criterios de actuación y establece protocolos que garantizan la calidad de las prestaciones.

Incluye también aquellas actualizaciones que van apareciendo en cada momento, lo que permite mejorar continuamente los servicios prestados, convirtiéndose así en un instrumento útil y dinámico.

Así mismo, la atención integral queda garantizada de forma equitativa para todos los usuarios del sistema público sanitario. Del mismo modo, las técnicas, programas, tecnologías y procedimientos recogidos en la Cartera de Servicios del Sistema Sanitario de Andalucía se basan en los mejores métodos científicos disponibles, y suponen una mejora evidente en la gestión de la salud.

Finalmente, quedan incluidos también, además de la oferta propia de la sanidad pública andaluza, aquella que proviene directamente del Sistema Nacional de Salud, y que se presta a través de los Centros, Servicio y Unidades de Referencia.

2. OBJETIVOS:

1. Establecer la estructura orgánica de la Cartera de Servicios de Atención Primaria en el Sistema Andaluz de Salud.
2. Mostrar su funcionamiento y las distintas posibilidades que ofrece.
3. Elaborar un listado de documentos y trabajos relacionados con la Cartera que complementan la función de la misma.

3. METODOLOGÍA:

1. Búsqueda y selección de estudios y publicaciones relacionadas con los objetivos.
2. Análisis de los mismos y extracción de datos relevantes para este particular.
3. Recopilación y ordenación de los resultados obtenidos.
4. Síntesis y redacción de dichos datos, y elaboración del texto definitivo.

4. RESULTADOS:

La Cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema Andaluz de Salud está formado por distintas áreas, en función de las acciones que sean necesarias llevar a cabo.

Existe un Área de Asistencia a la Persona, que incluye asistencia a demanda, programada y urgente. El Área de Atención de la Familia es otro de los apartados que incluye el abordaje familiar, y el abordaje a las familias de especial vulnerabilidad. Un tercer bloque es el constituido por el Área de Atención a la Comunidad que, a su vez, se divide en: Atención a la Comunidad (abordaje comunitario, actividades preventivas, educación y promoción de la salud, atención al riesgo social en salud); y en los Servicios de Salud Pública (que se encargan de la vigilancia epidemiológica).

Nos encontramos también con los Servicios de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental. Otros servicios recogidos en la Cartera son la Docencia en Atención Primaria y otros servicios prestados en dispositivos de apoyo.

Además de las actividades diagnósticas, asistencia preventiva, curativa y rehabilitadora, incluye la promoción de la salud, educación sanitaria y vigilancia sanitaria del medio ambiente. Abarca las urgencias en horario de consulta por motivos no demorables.

La tarjeta sanitaria personal es necesaria para acceder a los servicios prestados por la atención primaria. En caso no poseerla, también valdría la tarjeta sanitaria europea en caso de ciudadanos de la Unión Europea que se encuentren en Andalucía.

El equipo de Atención Primaria es un equipo multidisciplinar y presta todas las actividades incluidas en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

Debido a ese carácter multidisciplinar, y dado que la asistencia es integral, el tratamiento de muchas de las prestaciones contempladas en la Cartera pueden realizarse desde distintos ámbitos y programas.

Los Procesos Asistenciales que forman parte de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, se ajustan al siguiente esquema: definición, criterios de inclusión y de exclusión, situaciones que no aborda el Proceso, salida del Proceso, criterios de oferta, normas de calidad, población diana, sistema de información y registro e indicadores. Estos Procesos que se contemplan, tanto nuevos como revisados, son publicados en la edición que se realiza de los mismo, conservándose su estructura íntegra, ya que se entiende que debe mantenerse el sentido del conjunto del Proceso y que esto permite conocer al Equipo de Atención Primaria en las actuaciones que pueden afectar a la asistencia al paciente.

5. CONCLUSIONES:

Cumplimentando el primero de los objetivos, es posible concluir que la estructura orgánica y organizativa de la Cartera de Servicios de Atención Primaria está pensada para ofrecer una respuesta rápida y efectiva a los usuarios que precisen hacer uso de dichos servicios.

La existencia de estos equipos multidisciplinares permite llevar a cabo las primeras laborales que acaban resultando fundamentales a la hora de atajar el problema, o que permiten derivar desde el inicio cada caso a otras instancias más especializadas para cada cuestión.

En lo relativo al segundo objetivo marcado, se satisface con el conocimiento del funcionamiento de esos equipos multidisciplinares, así como con las distintas áreas de actuación de la que se pueden ocupar llegado el caso.

Ha quedado visto que dichos equipos pueden incluso abordar la misma cuestión desde distintos puntos de actuación, debido a la versatilidad y operatividad que les proporciona el propio carácter multidisciplinar que les es inherente.

Para satisfacer el tercero de los objetivos planteados, se cuenta con la amplia y precisa bibliografía disponible en el propio sitio web de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud. Dicha bibliografía incluye todos los documentos normativos, los que recogen los Procesos Asistenciales Integrados, los Planes y Estrategias diseñados por las distintas administraciones, las Guías y Protocolos editados por instituciones nacionales y autonómicas, así como los distintos Documentos de Apoyo elaborados por todo tipo de instituciones, administraciones, organismos y expertos en distintas facetas de los Servicios de Atención Primaria en nuestro país.

6. BIBLIOGRAFÍA

• Cartera de Servicios de Atención Primaria. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Política Social [Internet]. Madrid, Mayo 2010. [Consultado 15-09- 2018]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion_Primaria_2010.pdf.

•Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. [Internet] España (actualizado 17-09-2018; consulta 20-09-208). Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_servicios

•Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado. [Internet].Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Madrid, 2015. [Consultado 15-09-2018]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212.

TEMA 78. BENZODIACEPINAS DISPONIBLES PARA EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO

LUIS CARLOS GONZALEZ BETANCORT

ÍNDICE

- Resumen / Abstract……página 3
- Introducción……página 5
- Benzodiacepinas……página 7
- Acciones de las benzodiacepinas……página 10
- Clasificación de las benzodiacepinas……página 11
- Bibliografía……página 15

RESUMEN

Las BENZODIACEPINAS se consideran una de las claves a la hora del tratamiento contra el insomnio, que es considerado uno de los males de la sociedad moderna con mayor prevalencia en los países desarrollados.

Desde que se descubrieron han constituido una vía de tratamiento del insomnio entre otros, pero no por ello carente de efectos secundarios.

En esta obra se pretende hacer una reflexión de los diferentes tratamientos para el insomnio a base de benzodiacepinas existentes en el mercado.

ABSTRACT

Benzodicepines are considered one of the keys when it comes to
treatment against insomnia, which is considered one of the evils
of modern society with greater prevalence in developed
countries.
Since they were discovered they have been a way of treating
insomnia among others, but not without side effects.

In this work we intend to make a reflection of the different
treatments for insomnia based on benzodiazepines existing in

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del sueño constituyen patologías muy frecuentes en los países avanzados, debido entre otras cosas al aumento del ritmo de la vida, al estrés, exceso de trabajo, además de otras afecciones.

A pesar de ser un campo con tanta prevalencia, se ha empezado a investigar sobre el mismo en los últimos 40 años.

En estos últimos 40 años es cuando se han venido produciendo los grandes avances tanto diagnósticos como terapéuticos.

De una manera generalista, y siguiendo las pautas de la clasificación ICSD-2, los trastornos del sueño se pueden clasificar en:

- Insomnio
- Trastornos respiratorios
- Hipersomnia
- Alteraciones del ritmo circadiano
- Parasomnias
- Movimientos anormales relacionados con el sueño
- Otros trastornos del sueño
- Síntomas aislados

BENZODIACEPINAS

- Grupo de fármacos ampliamente prescrito para su uso como ansiolíticos o como hipnóticos desde que se introdujeron en la práctica clínica a principios de los años 1960.

- Su introducción relegó como hipnóticos a los barbitúricos, cuyo uso tenía mayor riesgo debido a su elevada toxicidad por sobredosificación y en los cuales resulta prácticamente distinguir la acción ansiolítica de la hipnótica

- Las benzodiacepinas fueron descubiertas en 1930 por Leo Sternback, pero no fue hasta el año 1957 cuando se introdujo en la práctica clínica el uso de Clordiaxepóxido. A partir de 1963, con la introducción del Diazepam, se empiezan a utilizar a gran escala gracias al incremento del margen de seguridad y eficacia terapéutica

- Tienen indicaciones terapéuticas muy diversas, y aunque su principal uso es el destinado al tratamiento de la ansiedad e insomnio, también se utilizan en el tratamiento de crisis comiciales, en inducción de la anestesia, en síndrome de abstinencia alcohólica, como coadyuvante del tratamiento del dolor músculo esquelético, etc

- Actúan facilitando la transmisión fisiológica de carácter inhibidor mediada por el ácido gammaaminobutírico (GABA) a nivel postsináptico. Las benzodiacepinas mimetizan los efectos del GABA. La acción del GABA permite la entrada del ion cloro (Cl^-) dentro de las neuronas lo que produce la hiperpolarización de la neurona. Como consecuencia, ésta se vuelve menos susceptible a los estímulos activadores, por lo que se produce un estado de inhibición neuronal. Interactúan con un sitio específico localizado en el complejo molecular del receptor $GABA_A$: como resultado de esta unión es una modificación de la disposición estructural tridimensional del receptor, potenciando el efecto de apertura del canal del Cl^- por la acción del GABA., lo cual se traduce en un aumento de la frecuencia de la apertura del canal de Cl^- y por lo tanto un incremento de la transmisión inhibitoria GABAérgica.

ACCIONES DE LAS BENZODIACEPINAS

- Acción ansiolítica: es su acción fundamental, aliviando tanto la tensión subjetiva como los síntomas objetivos (sudores, taquicardia y molestias digestivas) aunque se pueden dar casos de hostilidad e irritabilidad.
- Acción hipnótica: las benzodiacepinas alteran la estructura del sueño, disminuyendo la fase 1 y anulando las fases 3 y 4.
- Acción miorrelajante: es característica de todas las benzodiacepinas.
- Acción anticonvulsivante: con acción en convulsiones producidas por agentes tóxicos, al igual que en las de origen febril, o por síndromes de abstinencia.

CLASIFICACIÓN DE BENZODIACEPINAS

La manera más útil de clasificación de las benzodiacepinas es de acuerdo a su semivida plasmática.

La semivida plasmática es una de las características esenciales en la diferenciación de sus efectos clínicos. Este concepto debe diferenciarse del tiempo medio de acción, es decir, de la duración de su efecto clínico, ya que algunas benzodiacepinas tienen una semivida plasmática larga y, sin embargo, la duración de sus efectos clínicos es más corta, debido a que ésta se relaciona con su presencia en concentraciones eficaces en el sistema nervioso, lo cual a su vez depende, como ya se ha mencionado, del volumen de distribución tisular y de su afinidad por los lípidos, entre otros parámetros.

Las benzodiacepinas se metabolizan en el hígado. En los pacientes con alteraciones hepáticas o en los ancianos deben emplearse benzodiacepinas de metabolización rápida, como el Lorazepam o el oxazepam. Hay que tener en cuenta que muchos metabolitos de algunas benzodiacepinas son activos, por lo que su semivida y sus efectos deben sumarse al del compuesto original.

Las benzodiacepinas de semivida larga o con metabolitos activos pueden ejercer efectos por la acumulación progresiva a medida que el paciente toma dosis consecutivas en días sucesivos. Otras, con semivida corta, no tienen ese inconveniente y se eliminan rápidamente impidiendo los fenómenos de acumulación.

Por tanto, y atendiendo a la vida media, podemos clasificar las benzodiacepinas en tres grandes grupos:

- **Acción corta**: comprendiendo las que tienen una vida media inferior a 8 horas, como son:
  - Brotizolam
  - Midazolam
  - Triazolam
  - Zolpidem
  - Zopiclona
  - Bentazepam
  - Clotiazepam

- **Acción intermedia**: comprendida entre 8 y 24 horas.
  - Flunitrazepam
  - Lormetazepam
  - Bromazepam
  - Ketazolam
  - Loprazolam
  - Alprazolam
  - Clobazam
  - Lorazepam

- **Acción larga**: de más de 24 horas:
  - Flurazepam
  - Clorazepato
  - Diazepam
  - Quazepam
  - Clordiazepóxido
  - Halazepam

BIBLIOGRAFÍA

- J. Gállego Pérez-Larraya. *Clasificación de los trastornos del sueño. Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2007; 30(1).
- Uusi-Oukari M, Korpi ER. *Regulation of GABAA Receptor Subunit Expression by Pharmacological Agents*. Pharmacological reviews. 2010 Marzo; 62(1).
- Strand LMeA. *Problemas relacionados con los medicamentos: su estructura y función*. Pharm Care Esp. 1999 Jan; 127(132).
- *Uso adecuado de BENZODIAZEPINAS en insomnio y ansiedad*. Boletín canario de uso racional del medicamento del SCS. 2014 Octubre; 6(1).

TEMA 79. PRINCIPALES MARCADORES TUMORALES Y SU UTILIDAD

JOSE GABRIEL HERNANDEZ GARCIA

MARIA REMEDIOS MARTINEZ GONZALEZ

INDICE

1.INTRODUCCIÓN.

2. APLICACIONES CLÍNICAS.

3. TIPOS DE MARCADORES TUMORALES Y CLASIFICACIÓN.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS MARCADORES TUMORALES MÁS IMPORTANTES.

1. INTRODUCCIÓN

Las neoplasias son procesos de causa generalmente desconocida que se caracterizan por ser proliferativas, progresan de manera incontrolada y no se someten a los procesos normales de regulación de las células, sino al contrario, son capaces de invadir otros tejidos, ya sean vecinos o alejados, llegando a comprometer la vida del paciente.

Las células tumorales presentan unas características diferenciales de las células normales, destacamos:

- Pierden la propiedad de inhibición por contacto, es autónoma; es decir, las células vecinas no inhiben su reproducción.
- No necesitan el anclaje a otras células para su vida; es más, pueden separarse y generar metástasis a distancia, progresando desde la sangre o desde la vía linfática.
- Pierden su capacidad de diferenciación, o bien lo hacen de forma anómala.

El cáncer es un problema importante a nivel mundial; en España constituye una de las causas más frecuentes de muerte, siendo el de pulmón el más frecuente en el hombre y el de mama en la mujer.

Los marcadores tumorales son aquellas sustancias químicas que indican que existe tumor en el organismo.

Su presencia puede ser consecuencia de la síntesis por parte de las propias células del tumor o por células normales en respuesta a éste. Estas sustancias pueden detectarse en la sangre (suero o plasma) o en otros líquidos.

Aunque la presencia de estas sustancias pueda indicar que hay células neoplásicas en un individuo, no es especifico de ello, ya que algunas de ellas se encuentran de forma normal en la sangre a bajas concentraciones, si sobrepasan los limites que se consideran normales se pone en alerta al estudio del paciente con relación a la presencia de un posible tumor.

El marcador tumoral ideal debería cumplir las siguientes características:

1. Que sea sintetizado de manera específica por las células del tumor.
2. Que su detección en los líquidos biológicos sea sencilla.
3. Que pueda ponerse de manifiesto en fases precoces del proceso, para conseguir un diagnóstico rápido.

4. Que la concentración del marcador refleje el tamaño de la neoplasia y su respuesta al tratamiento. Es decir, que el marcador tenga a la vez uso diagnóstico, pronóstico y terapéutico.

Hasta la actualidad ninguno cumple todos los requisitos del marcador ideal, aunque algunos son, por sus características, bastante útiles en el diagnóstico.

Los marcadores tumorales también son útiles para valorar la respuesta al tratamiento de los tumores; incluso, cuando el paciente está aparentemente curado, puede predecir recaídas si se detecta un nuevo aumento del marcador. Por lo tanto su uso en la predicción de recidivas tumorales es muy valioso al realizar determinaciones seriadas de los marcadores adecuados a cada tumor.

2. APLICACIONES CLÍNICAS DE LOS MARCADORES TUMORALES

Aunque como se ha dicho anteriormente no existe ningún marcador ideal, debido a los grandes avances en las técnicas de detección de los mismos, se pueden medir cantidades muy pequeñas.

Actualmente las principales aplicaciones clínicas se basan en:

- Ayudar a la detección de individuos con cáncer y pacientes de alto riesgo.
- Ayudar al diagnóstico en los pacientes que tienen síntomas que sugieran la presencia de un cáncer.
- Ayudar a su localización y a la determinación de la presencia de metástasis.

- Ayudar a predecir la respuesta al tratamiento que se va a utilizar.
- Detectar recurrencias que puedan aparecer o su diseminación a distancia.

Por lo tanto la determinación de los marcadores no debe realizarse de forma aislada sino que se debe hacer un seguimiento a lo largo de meses o años para ver si las niveles que inicialmente tenia el paciente han variado, ya sea por aumento, o desaparición de los mismos.

Esto significa que es muy importante monitorizar los niveles de los marcadores tumorales en los pacientes con cáncer. Un ejemplo puede ser la monitorización del PSA (antigeno especifico de la próstata que es un marcador tumoral específico para el cáncer de próstata).

Teniendo en cuenta que en individuos normales, los niveles de éste son inferiores a 4 ng/ml, vemos que en el momento del diagnóstico de cáncer de próstata (enero de 1995) en un paciente determinado, tiene unas concentraciones superiores a 20 ng/ml. Al poco tiempo de tratamiento estos descienden hasta concentraciones normales. El paciente permanece en estos niveles hasta que en mayo del 1998 ya empieza a observarse un nuevo aumento, que se confirma en septiembre del mismo año. Esto hace pensar en que el tumor ha reaparecido, ya sea por recidiva local, o por metástasis a distancia.

3. TIPOS DE MARCADORES TUMORALES

Existen varios tipos de clasificaciones entre las que destacaremos dos:

- Según el tipo de sustancia sintetizada:

- Los denominados antígenos onco-fetales, que son sustancias que se encuentran de forma normal en fetos pero no en personas adultas. Estas sustancias pueden volver a aparecer en algunos tipos de tumores. A modo de ejemplo citamos al antígeno carcinoembrionario (CEA).
- Hormonas como la ACTH.
- Enzimas como la LDH (Lactato Deshidrogenasa).
- Inmunoglobulinas como la IgG que puede aparecer en determinados tumores como el mieloma múltiple.
- Los denominados antígenos asociados a tumores como el Ca 15.3 que se detecta en tumores de mama.
- Otros.

Otra clasificación se basa en el lugar la célula donde se sintetice el marcador:

- En el *núcleo: es el caso de los llamados oncogenes.*
- En el *citoplasma: es el caso de las enzimas, inmunoglobulinas y hormonas.*
- En la *membrana: donde se encuentran los llamados antígenos asociados al tumor.*

Generalmente suele ser útil la asociación de varios marcadores tumorales a la vez, ya que no se conoce ningún marcador que sea especifico de ningún tipo de tumor, e incluso dependiendo del tipo histológico de la neoplasia pueden aparecer marcadores diferentes. Un ejemplo es el caso del cáncer de ovario donde según el tipo de cáncer que sea se sintetizarán HCG (Hormona Gonadotropina Coriónica), AFP (Alfafetoproteina), etc.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS MARCADORES TUMORALES.

Como hemos dicho se consideran marcadores tumorales todas las sustancias producidas o inducidas por la célula neoplásica que reflejen su crecimiento y/o actividad y que permitan conocer la presencia, la evolución o la respuesta terapéutica de un tumor maligno.

La mayoría de los marcadores tumorales no son específicos de un tumor. Con frecuencia, los falsos positivos de los marcadores tumorales están asociados a enfermedades de los tejidos donde son sintetizados, catabolizados y/o eliminados.

La sensibilidad de los marcadores tumorales varía en relación con el estadio tumoral: suele ser baja en los estadios iniciales, y elevada en los estadios más avanzados. Estos datos sugieren que la mayoría de los marcadores tumorales no son excesivamente útiles en el diagnóstico, pero sí en el pronóstico, diagnóstico precoz de recidiva y control evolutivo de un tumor.

Para discriminar si una elevación sérica de un marcador tumoral se debe a una enfermedad benigna o maligna, se utilizan dos criterios: concentración del marcador tumoral y control evolutivo.

Los incrementos séricos de la mayoría de los marcadores tumorales en ausencia de neoplasia suelen ser moderados, muy inferiores a los hallados en pacientes con metástasis.

El segundo criterio considera que si el marcador tumoral es producido por las células neoplásicas, las concentraciones séricas se incrementarán como consecuencia del crecimiento tumoral. Si se realizan 2 0 3 determinaciones seriadas con un intervalo superior a la semivida del marcador tumoral, puede discernirse si es de origen tumoral (incremento continuo) o no tumoral (estabilización).

Los principales marcadores tumorales empleados en la actualidad se describen a continuación.

CALCITONINA

La calcitonina es una hormona proteica, de peso molecular 3,6 kD, producida por las células parafoliculares (células C) del tiroides, que interviene en la regulación de los niveles sanguíneos de calcio. Se consideran normales los valores inferiores a 27 ng/ml en varones y de 17 ng/ml en mujeres, aunque varían notablemente según el procedimiento empleado. En la mayoría de los carcinomas medulares de tiroides (90 %) hay hipersecreción de calcitonina. La sensibilidad de este marcador tumoral puede incrementarse mediante la estimulación de la secreción de calcitonina con la administración de calcio, la inyección de pentagastrina o

de ambos, obteniéndose una respuesta muy superior en los pacientes con cáncer medular de tiroides o con lesiones premalignas.

La determinación de calcitonina tras estimulación permite el diagnóstico precoz del cáncer medular de tiroides en familiares de pacientes afectos por este tumor. Hay que tener presente que también pueden hallarse incrementos de calcitonina en la insuficiencia renal, el síndrome de Zollinger-Ellison, el síndrome carcinoide y algunas neoplasias pulmonares, principalmente en carcinomas escamosos y de células pequeñas. Un criterio discriminativo entre el carcinoma medular y estas entidades suele ser la respuesta a la estimulación, muy inferior en estas últimas. El CEA es otro marcador tumoral propuesto en los carcinomas medulares, con niveles elevados en el 60-70 % de los pacientes y considerado un signo de mal pronóstico.

TIROGLOBULINA .

La tiroglobulina es una glucoproteína de 660 kD sintetizada por el retículo endoplásmico rugoso de las células foliculares del tiroides y regulada por la TSH. Se consideran normales las concentraciones inferiores a 27 ng/ml, si bien existen grandes variaciones según el método empleado para su determinación. Pueden hallarse niveles superiores en mujeres durante el último trimestre de gestación. Un problema que plantea el empleo de tiroglobulina es la existencia de autoanticuerpos antitiroglobulina en el 15 % de los pacientes con carcinoma de tiroides, que pueden originar resultados falsamente negativos. La mayoría de los pacientes con neoplasias foliculares y papilares tienen concentraciones elevadas de tiroglobulina (excluyendo los tumores anaplásicos).

Pueden detectarse incrementos de tiroglobulina en otros tumores malignos que infiltren el tiroides, si bien las concentraciones suelen ser menores. La tiroglobulina no es útil en el diagnóstico diferencial de otra afección tiroidea, ya que se detectan incrementos en enfermedades benignas como la tiroiditis subaguda, el adenoma tóxico y el síndrome de bocio tóxico difuso. La principal aplicación de la tiroglobulina es en el *seguimiento del cáncer de tiroides. La detección de niveles postoperatorios elevados o en ascenso indica la persistencia tumoral o metástasis. En general, tras la tiroidectomía los niveles de tiroglobulina deben ser indetectables.*

ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO. CEA

El CEA es una glucoproteína de elevado peso molecular (180 kD) presente en la membrana citoplasmática de numerosas células glandulares. Se consideran normales las concentraciones inferiores a 5 ng/ml, si bien el 7-8 % de los individuos fumadores pueden presentar concentraciones ligeramente superiores (< 8-10 ng/ml). Niveles superiores a la normalidad, aunque en general inferiores a 15 ng/ml, pueden detectarse en pacientes con enfermedades pulmonares o hepáticas crónicas, insuficiencia renal, colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.

El CEA puede considerarse un marcador tumoral de amplio espectro, siendo empleado en la mayoría de las neoplasias epiteliales: neoplasias digestivas (colon, recto, estómago, páncreas), mamarias, pulmonares, tumores de cabeza y cuello, neoplasias ginecológicas (endometrio, cérvix), entre otras. La principal aplicación del CEA es en el carcinoma colorrectal, en el que muestra una sensibilidad relacionada con el estadio de Dukes: 5-10 % en los estadios A, 40-50 % en los estadios B, 60-65 % en los estadios C y alrededor del 90 % en los estadios D. Las principales aplicaciones clínicas son en el pronóstico, el diagnóstico precoz de recidiva (sensibilidad del 80 %) y la monitorización terapéutica. En los demás tumores donde se emplea el CEA, suele tenerlas mismas aplicaciones, si bien con una menor sensibilidad.

ALFAFETOPROTEÍNA

La alfafetoproteína (AFP) es una glucoproteína (70 kd) con una composición proteica muy similar a la albúmina. Se consideran normales las concentraciones de AFP inferiores a 10 ng/ml. En enfermedades hepáticas, como la cirrosis y las hepatitis agudas y crónicas, pueden observarse niveles elevados de AFP, aunque rara vez superan los 50-75 ng/ml. La mayoría de los autores coinciden en considerar 100 ng/ml como un nivel que permite diferenciar entre el cáncer primitivo y las enfermedades benignas. Por el contrario, hasta el 40-50 % de los carcinomas hepatocelulares tienen concentraciones de AFP superiores a estos límites. Sólo otras dos enfermedades pueden presentar estas concentraciones tan elevadas: la tirosinemia hereditaria y el carcinoma testicular.

La determinación de AFP se emplea ; en el cáncer hepatocelular para el diagnóstico precoz en grupos de alto riesgo, el diagnóstico de enfermedad y el control evolutivo. La determinación seriada de AFP permite diagnosticar entre el 20 y 30 % de los hepatocarcinomas, antes que otros métodos diagnósticos. La AFP se utiliza también en los tumores testiculares no seminomas, con una sensibilidad del 50-60 %. Suele emplearse en combinación con b-HGC (sensibilidad del 40-45 %), alcanzando entonces una sensibilidad del 75-85 %.

FRACCIÓN DE LA HORMONA GONADOTROPINA CORIÓNICA. BETA-HCG

La HGC es una hormona glucoproteica sintetizada por las células sincitiotrofoblástícas de la placenta, formada por dos subunidades, a y b, con un peso molecular de 15 y 22 kD, respectivamente. Las concentraciones séricas de esta hormona son inferiores a la sensibilidad del método (< 2 mU/ml), en ausencia de gestación. La b-HGC es un marcador tumoral ideal en tumores trofoblásticos gestacionales (mola hidatiforme, coriocarcinoma) y en tumores testiculares, siendo útil en el diagnóstico (sospecha ante niveles superiores a los correspondientes al tiempo de gestación o persistencia o incremento tras un embarazo a término o un aborto), el pronóstico, la detección precoz de recidiva, la monitorización terapéutica, la evaluación de la resistencia al tratamiento y la duración de la

quimioterapia (el doble de tiempo que la b-HGC tardó en normalizarse). Tras la evacuación del tejido molar, los niveles de b-HGC deben normalizarse.

GLUCOPROTEÍNA TAG-72

Es una glucoproteína mucínica de elevado peso molecular. Se consideran normales las concentraciones inferiores a 6 U/ml. Se detectan incrementos poco importantes de TAG-72 en un escaso porcentaje de pacientes con afecciones hepáticas y renales crónicas y enfermedades ginecológicas (quistes ováricos) y pulmonares. Su principal aplicación es el carcinoma gástrico, donde presenta una sensibilidad superior a la hallada con el CEA o el CA 19-9, oscilando entre el 10 y el 60 % según el estadio. También se pueden observar incrementos de TAG-72 en el carcinoma colorrectal, pulmonar (adenocarcinoma, carcinoma de células grandes) y ovárico.

ANTÍGENO CARBOHIDRATO 19-9. Ca 19.9

El CA 19-9 se ha identificado como un derivado siálico del grupo sanguíneo Lewis A . Se consideran normales las concentraciones inferiores a 37 U/ml. El CA 19-9 se incrementa en la insuficiencia renal y las hepatopatías (principalmente asociadas a colestasis). Su principal aplicación como marcador tumoral es en tumores digestivos, en especial el carcinoma de páncreas, en el que presenta una sensibilidad entre el 20 % en los tumores menores de 3 cm y el 85 % en los casos avanzados. El CA 19.9 también es útil en el carcinoma gástrico (sensibilidad del 27 % en enfermedad local y del 70 % en neoplasias avanzadas) en combinación con el CEA y el TAG-72, en neoplasias ováricas (carcinomas mucinosos e indiferenciados) en combinación con el CA 125, y en adenocarcinomas o carcinomas indiferenciados de células grandes pulmonares.

En el cáncer colorrectal, algunos autores aconsejan su empleo junto con el CEA, si bien parece que el incremento de sensibilidad obtenido es escaso.

ANTÍGENO CARBOHIDRATO 50. CA 50

Es un antígeno tumoral, estructuralmente muy similar al CA 19-9. Sus valores normales son de hasta 17 U/ml. El Ca 50 tiene unos resultados, tanto en sensibilidad como en especificidad, muy similares a los del CA 19-9.

ANTÍGENO CARBOHIDRATO 125. CA 125

El CA 125 es una mucina de elevado peso molecular, aislada en adenocarcinomas ováricos y producida en condiciones normales por los mesotelios y estructuras derivadas de los conductos de Müller. Los valores normales en suero son inferiores a 37 U/ml. Niveles superiores de CA 125 pueden detectarse en endometriosis, insuficiencia renal, tuberculosis y procesos que afecten el mesotelio (peritonitis), principalmente en los asociados a derrames, en los que se detectan concentraciones similares a las halladas en neoplasias ováricas. El CA 125 es un marcador tumoral muy útil en los carcinomas ováricos (excluyendo los carcinomas mucinosos), con una sensibilidad que oscila entre el 50 y el 95 % en función del estadio. Su determinación es de ayuda en el diagnóstico, el

pronóstico, la detección precoz de recidiva (primer signo de sospecha en el 85 % de las pacientes) y la monitorización terapéutica.

Pueden detectarse también incrementos séricos de CA 125, aunque cuantitativamente mucho menores, en otras neoplasias ginecológicas, sobre todo en los carcinomas endometriales (sensibilidad del 40-50 %) y en neoplasias de pulmón (adenocarcinomas y carcinomas indiferenciados de células grandes).

MUCINAS EN EL CÁNCER DE MAMA: CA 15-3, MCA y CA 549

En los últimos años se han identificado diversos antígenos mediante anticuerpos monoclonales dirigidos frente a glucoproteínas que pertenecen a las mucinas: el antígeno carbohidrato 15-3 (CA 15.3), el antígeno mucínico asociado al cáncer de mama (MCA) y el antígeno carbohidrato 549 (CA 549). Todos estos antígenos tienen en común su especificidad de órgano (con incrementos importantes en carcinomas mamarios. y ováricos), su elevado peso molecular, contenido en hidratos de carbono y elevada densidad. Dadas su semejanza estructural y la similar sensibilidad y especificidad, algunos autores consideren que estos anticuerpos detectan epítopos distintos de un antígeno común. Se consideran normales los valores inferiores a 35 U/ml para el CA 15-3 y 13 U/ml para el MCA y el CA 549.

CA 15.3: Los valores de CA 15.3 se encuentran elevados en pacientes con cáncer de mama, por lo que el uso de este marcador es de gran utilidad clínica para dar seguimiento a la respuesta de los pacientes en tratamiento, ya que el aumento del marcador guarda correlación con la progresión de la enfermedad, mientras que su disminución correlaciona con un buen pronóstico para el paciente. Por otra parte, un aumento posterior a cirugía y terapia primaria sugiere un gran riesgo de recurrencia del cáncer antes de que este sea detectado clínicamente.

Se recomienda determinar este marcador cada 6 semanas después de cirugía, o cada 3 meses en pacientes sin manifestaciones clínicas post-operación. Durante el tratamiento con quimioterapia se sugiere valorar los niveles de CA 15.3 cada mes.

CA 549: Este es un antígeno asociado al cáncer de mama y se expresa en la membrana del glóbulo graso de la glándula mamaria humana. Pueden detectarse niveles de CA 549 en pacientes con cáncer avanzado de mama, pero no en las etapas temparanas de la enfermedad.

ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO

El PSA es una glucoproteína de 33 kD, sintetizada principalmente por las células epiteliales de la próstata.

Se consideran normales concentraciones séricas inferiores a 4 ng/ml, si bien varían en función del tamaño de la próstata y la edad.

Algunos autores consideran:

V.N: <2,5 ng/ml <49 años

Hasta 6,5 ng/ml >70 años.

Pueden detectarse valores superiores en aproximadamente el 20 % de los pacientes con hiperplasia benigna de próstata o prostatitis.

La sensibilidad del PSA en pacientes con carcinoma prostático oscila entre el 17 % en los estadios A y el 90 % en los estadios D.

El PSA es un marcador tumoral útil en el diagnóstico, el pronóstico, el diagnóstico precoz de recidiva y el control evolutivo.

En los pacientes prostatectomizados, la persistencia de niveles detectables un mes después de la intervención indica la persistencia de tumor residual. En los últimos años se ha preconizado el empleo del PSA en individuos mayores de 50-55 años, junto con el tacto rectal, en el diagnóstico precoz del cáncer de próstata. En los pacientes con PSA y tacto rectal positivo se recomienda biopsia prostática.

En los casos con tacto rectal negativo, PSA positivo y densidad de PSA (cociente entre PSA y volumen de la próstata medido por ecografía transrectal) superior a 0,15 se recomienda también la biopsia prostática. En los pacientes con niveles normales o con un cociente inferior a 0,16 y tacto rectal normal se recomienda control anual. Recientemente se ha descrito que el PSA circula en la sangre unido en su mayor parte a proteínas inhibidoras de las proteasas, entre las que destacan la a 1 -antiquimiotripsina y la a 2 -macroglobulina, permaneciendo libre sólo una pequeña fracción de PSA. La proporción de PSA libre es mayor en los pacientes con hiperplasia benigna de próstata que en aquellos con cáncer de próstata, por lo que su determinación tendría utilidad en el diagnóstico del cáncer de próstata.

FOSFATASA ÁCIDA PROSTÁTICA

La fosfatasa ácida prostática es una isoenzima localizada principalmente en la próstata, si bien puede detectarse también en menor cantidad en leucocitos, páncreas, bazo y vesícula biliar. Se consideran normales las concentraciones inferiores a 4 ng/ml. Al igual que el PSA, la fosfatasa ácida prostática no es específica del cáncer de próstata y pueden detectarse niveles elevados en alrededor del 15 % de los pacientes con adenoma prostático o prostatitis. Su sensibilidad oscila entre el 15 % en el estadio A y el 80 % en el estadio D. La sensibilidad de la fosfatasa ácida prostática es inferior a la del PSA, por lo que su empleo como marcador tumoral está disminuyendo.

Otros marcadores tumorales:

ONCOPROTEÍNA C-erb B2 O Her-2-neu

ANTÍGENO SCC

ENOLASA ESPECÍFICA NEURONAL

CYFRA 21.1

ANTÍGENO POLIPEPTÍDICO TISULAR ESPECÍFICO

ÁCIDO 5-HIDROXIINDOLÁCETICO. (5-HIA)

BIBLIOGRAFIA

- LIBROS:
- Manual para tecnico superior de laboratorio clinico y biomedico. Editoral medica Panamericana.

- Pagina WEB: https://www.cancer.gov/ (INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER)

TEMA 80. DIETA EN LA MIASTENIA GRAVIS

JOAQUÍN MARTÍNEZ LÓPEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **IMPLICACIÓN EN LA ALIMENTACIÓN**
- **RECOMENDACIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

LA MIASTENIA GRAVIS ES UNA PATOLOGÍA DE CARÁCTER AUTOINMUNE QUE AFECTA A LA TRANSMISIÓN NEUROMUSCULAR. PRODUCE UNA DISMINUCIÓN DE LOS RECEPTORES DE ACETILCOLINA, DISMINUYE LAS VELLOSIDADES MUSCULARES Y LA CONTRACCIÓN DE ALGUNAS FIBRAS MUSCULARES.

PRESENTA UN CUADRO CLÍNICO DE AFECTACIÓN MUSCULAR FLUCTUANTE AFECTANDO A LAS EXTREMIDADES, MUSCULATURA EXTRÍNSECA DEL OJO (DIPLOPIA, PTOSIS PALPEBRAL) Y MÚSCULOS BULBARES (VOZ, NASAL, DISARTRIA, DISFAGIA Y COMPROMISO RESPIRATORIO).

IMPLICACIÓN EN LA ALIMENTACIÓN

- **LA AFECTACIÓN DE LA MUSCULATURA BULBAR PRODUCE CON FRECUENCIA DISFAGIA**
- **LA DEBILIDAD MUSCULAR PUEDE AFECTAR A LA MASTICACIÓN E IMPOSIBILITAR EL ACTO DE LA INGESTA.**
- **INAPETENCIA ASOCIADA AL BAJO ESTADO ANÍMICO Y ABANDONO DE LAS ACTIVIDADES RUTINARIAS.**
- **VÓMITOS Y DIARREAS ASOCIADOS AL USO DE LOS FARMACOS ANTICOLINESTERÁSICOS.**
- **EL USO DE CORTICOIDES ESTÁ ASOCIADO A DESMINERALIZACIÓN OSEA Y RETENCIÓN DE**

RECOMENDACIONES

- **MANTENER UN CORRECTO ESTADO NUTRICIONAL PARA NO ALTERAR EL SISTEMA INMUNITARIO Y EVITAR INFECCIONES.**
- **EN CASO DE FATIGA FRACCIONAR LAS INGESTAS A LO LARGO DEL DÍA**
- **ADAPTAR LOS ALIMENTOS EN PEQUEÑAS PORCIONES SI IMPORTANTE FATIGA ASOCIADA A LA MASTICACIÓN.**
- **EN CASO DE SEGUIR TRATAMIENTO CON PIRIDOSTIGMINA ES PRECISO PROGRAMAR LAS INGESTAS 1-2 HORAS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DEL FÁRMACO.**

RECOMENDACIONES

- **EN CASO DE DISFAGIA ES PRECISO ADAPTAR LA DIETA Y LÍQUIDOS PARA PREVENIR EPISODIOS DE BRONCOASPIRACIÓN.**
- **EN CASO DE DIARREA INGERIR ABUNDANTES LÍQUIDOS Y COMUNICAR AL MÉDICO RESPONSABLE PARA REVISIÓN DEL TRATAMIENTO.**
- **SI TRATAMIENTO CON CORTICOIDES VALORAR SUPLEMENTOS DE CALCIO Y VITAMINA D.**
- **VALORAR LA APARICIÓN DE EDEMAS (POSIBLE RETENCIÓN DE LÍQUIDOS) Y ADOPTAR UNA DIETA BAJA EN SAL Y RICA EN POTASIO.**

BIBLIOGRAFÍA

- MARTÍNEZ TORRE S, GÓMEZ MOLINERO I, MARTÍNEZ GIRON R. PUESTA AL DÍA EN LA MIASTENIA GRAVIS. SEMERGEN. 2018; 44: 351-354.

- IBARZO A, SUÑER R, MARTÍ A, PARRILLA P. MANUAL DE ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO. SEDENE.

- KENNET W ET AL. DYSPHAGIA IN STROKE, NEURODEGENERATIVE DISEASE AND DEMNTIA. OTOLARYNGOLOGIC CLINICS OF NORTH AMERICA. 2013; 46: 1137-1149.

TEMA 81. MONONUCLEOSIS INFECCIOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

MARTA ESPINOSA ATANCE.
RAQUEL GAITANO ESCRIBANO.
BEATRIZ PULGARÍN PULGARÍN.

ÍNDICE

- **1ª PARTE:**
  - DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

- **2ª PARTE: ASPECTOS TEÓRICOS:**
  - DEFINICIÓN DE LA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA
  - EPIDEMIOLOGÍA
  - ETIOLOGÍA
  - CLÍNICA
  - COMPLICACIONES
  - DIAGNÓSTICO
  - TRATAMIENTO

- **BIBLIOGRAFÍA**

1. CASO CLÍNICO

• Paciente mujer de 18 años de edad que acude al Servicio de Urgencias de su Centro de Salud por cuadro de odinofagia, presencia de “bultos en cuello” y deterioro del estado general de 2 días de evolución.

1. CASO CLÍNICO

- Antecedentes personales sin interés.
- Exploración física:

BEG. Normohidratada y normoperfundida. No presencia de edemas. Peso: 51 kg Talla: 1,61 m

- Constantes vitales: Tª 36.7º C, TA: 111/67 mmHg, FC: 67 lpm, saturación de oxígeno basal del 99%.
- Cuello: Se palpan adenopatías en cara lateral derecha, una de 3x2 cm y otra de 2x1 cm de consistencia blanda, adheridas a planos profundos, no dolorosas al tacto.
- Faringe hiperémica.
- Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos.
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso. No masas ni megalias.

1. CASO CLÍNICO

• Tratamiento:

• Se prescribe Paracetamol 650 mg c/8 h, observación, y en caso de empeoramiento del cuadro o no ceder los síntomas actuales, acudir a su médico de Atención Primaria.

• Dos días más tarde acude a su médico de familia por presentar fiebre termometrada de hasta 38.6º C, persistencia de odinofagia y dolor en cuello.

1. CASO CLÍNICO

• Exploración física:
• Deterioro del estado general. Normohidratada y normoperfundida. No presencia de edemas.
• Constantes vitales: Tª 37.8º C, TA: 107/71 mmHg, FC: 76 lpm, saturación de oxígeno basal del 98%.
• Cuello: Se palpan adenopatías en cara lateral derecha, una de 3x2 cm y otra de 2x1 cm de consistencia blanda, adheridas a planos profundos, dolorosas al tacto.
• Faringe hiperémica con placas blanquecino-amarillentas en amígdalas.
• Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, sin ruidos añadidos.
• Abdomen: Blando, depresible, no doloroso. Se palpa hígado a dos traveses de reborde costal, liso, no doloroso. No se palpa bazo.

1. CASO CLÍNICO

- A la vista del cuadro que presenta la paciente, se prescribe Amoxicilina-Clavulánico 500 mg c/8 h, Paracetamol 650 mg c/8 h alternando con Ibuprofeno 400 mg si es preciso para control de temperatura y dolor.

- Se solicita analítica completa (bioquímica + hematología) y serología del Virus de Epstein-Barr.

1. CASO CLÍNICO

• Una semana después, la paciente vuelve a la consulta de Atención Primaria para ver los resultados de la analítica.

• Refiere mejoría del estado general, manteniéndose afebril. Ha disminuido el dolor de garganta, aunque persisten las adenopatías en el cuello.

• A la exploración destaca:
Adenopatías en cuello de similares características a las detalladas en la anterior visita. Persiste la hepatomegalia.

1. CASO CLÍNICO

• En la analítica se observa:

• Hematología:

Leucocitos: 10.300

Neutropenia de 14.3%

Linfocitosis de 78.1%

Recuento de plaquetas 151.000

• Bioquímica:

GOT/ AST: 271 UI/ L

GPT/ ALT: 442 UI/ L

GGT 131: UI/ L

• Serología:

Epstein-Barr: EBNA, IgG : Negativo.

Epstein- Barr: IgG anti- VCA: Positivo.

Epstein- Barr: IgM anti- VCA: Positivo.

1. CASO CLÍNICO

• A la vista de los resultados de las pruebas realizadas, la paciente es diagnosticada de Mononucleosis infecciosa por Virus de Epstein-Barr.

• Se retira el antibiótico al confirmar que se trata de un proceso vírico y en caso de necesidad se recomienda continuar pauta de Paracetamol 650 mg c/8 h.

• Se aconseja reposo relativo e ingesta abundante de líquidos.

• Se cita para una nueva consulta en un plazo de 7 días.

2. ASPECTOS TEÓRICOS.

2.1 DEFINICIÓN

- Síndrome clínico asociado a la infección por el virus de Epstein-Barr (VEB).(1)
- Triada de síntomas característica: fiebre, faringitis y adenopatías linfáticas.(1)
- La enfermedad tiene carácter autolimitado. Normalmente se resuelve espontáneamente en unas 2-4 semanas. En la gran mayoría de los casos con tratamiento sintomático es suficiente.(1)
- Evolución generalmente favorable, pero hay que diagnosticarla rápida y certeramente ya que otras enfermedades susceptibles de ser tratadas o investigadas más exhaustivamente (toxoplasmosis aguda, hepatitis víricas agudas, la primoinfección por el VIH-1 e, determinados procesos linfoproliferativos...) pueden manifestarse de modo similar. (2)

2.2 EPIDEMIOLOGÍA (1)

• Se transmite a través de la saliva y de las secreciones orofaríngeas. Suele tener un periodo de incubación de unos 30 a 50 días.

• La gran mayoría de los adultos están inmunizados frente al virus de Epstein-Barr. A partir de los 40 años el 90% de la población tiene serología positiva. Normalmente (hasta un 50-75% de los casos) la infección se produce en la edad infantil. Existe otro pico de incidencia durante la adolescencia.

2.3 ETIOLOGÍA (1,3)

- El virus de Epstein-Barr causa el 50-90% de los cuadros mononucleósicos.
- Otras causas son Herpesvirus humanos (10%): el más relacionado es el HHV-6. Suele cursar con exantema.
- Citomegalovirus (5-10%): se caracteriza por fiebre prolongada y ausencia de faringitis y adenopatías. La hepatitis está presente en casi todos los pacientes.
- Toxoplasmosis (1-3%): síndrome caracterizado por fiebre y linfadenopatía. No suele afectar a la faringe ni a las pruebas hepáticas.
- Primoinfección por VIH (1-2%): puede asemejar un síndrome mononucleósico, con fiebre, linfadenopatías, odinofagia, lesiones mucocutáneas, artralgias, mialgias, cefalea, náuseas y vómitos.
- Otros: adenovirus, virus de la hepatitis, virus de la parotiditis, rubéola, brucelosis, fármacos (fenitoína, carbamazepina…)

2.4 CLÍNICA (1, 3)

• La sintomatología más frecuente es la **Tríada clásica**:

- Fiebre: Puede ser persistente, y durar hasta 15 días.
- Faringitis:
  - Odinofagia como síntoma principal.
  - Aparece hipertrofia amigdalar (moderada- severa) con secreción blanquecina, grisácea, o incluso necrótica.
  - También pueden aparecer enantema o petequias palatinas.
- Adenopatías:
  - Las más frecuentes: cervicales posteriores y simétricas.
  - Pueden estar presentes también en otras áreas: submandibulares, retroauriculares, inguinales, axilares, e incluso generalizadas.

2.4 CLÍNICA (1, 3)

• Otra sintomatología:

- Esplenomegalia.
- Malestar general y astenia.
- Cefalea.
- Alteraciones gastrointestinales: dolor abdominal, náuseas y vómitos.
- Exantema dérmico: puede ser maculopapular, urticariforme o petequial y normalmente generalizado.
- Úlceras genitales.

2.4 CLÍNICA (1, 3)

• Sintomatología poco frecuente cuando la primoinfección se produce en la infancia. En la adolescencia, es más habitual que aparezca la tríada clásica.

• Cuanto mayor sea la edad de la primoinfección, mayor probabilidad de desarrollar un cuadro sintomático.

• En adultos (>40 años), hay más posibilidades de que la sintomatología sea atípica; La fiebre puede prolongarse durante más de dos semanas; la faringitis y las adenopatías pueden no presentarse; son más frecuentes las complicaciones hepáticas (hepatitis, hepatomegalia, colostatis, ictericia…) y pueden aparecer, de manera general, más complicaciones.

• La enfermedad es autolimitada y normalmente tiene un periodo de duración de dos a cuatro semanas.

2.5 COMPLICACIONES (1)

• Alteraciones hematológicas: se dan en un 25-50% de los pacientes. Suelen ser de características moderadas, y se incluyen:

-Trombocitopenia: suele ser moderada y autolimitada. Está relacionada con la esplenomegalia.

- Más raros: anemia hemolítica autoinmune, anemia aplásica, púrpura trombótica trombocitopénica, coagulación intravascular diseminada.

• Esplenomegalia y rotura esplénica: si se realiza ecografía, prácticamente todos los pacientes tendrán algún grado de esplenomegalia. La rotura esplénica es muy rara (<1%).

2.5 COMPLICACIONES (1)

• Obstrucción de vías aéreas, por aumento amigdalar: hasta en un 1% de los pacientes. Es potencialmente grave, puede requerir hospitalización e incluso intubación orofaringea. Puede causar dificultades para la deglución alimenticia.

• Alteraciones neurológicas (1-5% de los pacientes):
  - Meningitis, encefalitis.
  - Síndrome de Guillain-Barré.
  - Parálisis de nervios craneales (incluida parálisis de Bell).
  - Cerebelitis y ataxia.
  - Neuritis óptica.

• Alteraciones gastrointestinales:
  - Hepatitis, con aumento moderado de las enzimas hepáticas (AST/ALT/GGT).
  - Pancreatitis.
  - Síndrome de Reye (encefalopatía hepática).

2.5 COMPLICACIONES (1)

• Sobreinfección bacteriana faríngea: faringitis estreptocócica, absceso peri-amigdalino.
• Otras (muy raras): miocarditis, pericarditis, glomerulonefritis, nefritis intersticial…
• Rash secundario a la toma de antibióticos (penicilinas). Si tratamos una mononucleosis con penicilinas, sospechando que pueda ser una amigdalitis aguda de etiología estreptocócica, el paciente puede sufrir un exantema. También se ha relacionado con la administración de otros antibióticos: azitromicina, levofloxacino, cefalexina, piperacilina/tazobactam.
• Condiciones asociadas: la mononucleosis infecciosa está asociada con un incremento del riesgo de padecer linfoma de Hodgkin, así de desarrollar esclerosis múltiple.

2.6 DIAGNÓSTICO (1, 2)

• El diagnóstico de la mononucleosis infecciosa causada por el Virus de Epstein-Barr es estrictamente serológico.

• Hay que sospechar mononucleosis infecciosa en pacientes que presenten: fiebre persistente, faringitis con hipertrofia amigdalar purulenta y linfadenopatías (craneocervicales y/o generalizadas).

• Diferentes pruebas analíticas, que se mencionan a continuación, orientan al diagnóstico:

2.6 DIAGNÓSTICO (1, 2)

• Linfocitos atípicos: Suele haber una leucocitosis importante (>12.000-18.000 leucocitos/mm3) y linfocitos atípicos, aunque esto no es específico de la enfermedad (pueden estar presentes en hepatitis, primoinfección VIH , toxoplasmosis...)

• Anticuerpos heterófilos (prueba de Paul-Bunnel): es la prueba serológica más específica y sensible para el diagnóstico de la infección por el VEB. Aparecen a la 1ª y 2ª semana tras la infección y persisten hasta 8-12 semanas (o incluso hasta un año)

• Anticuerpos frente a antígenos de la cápside viral (VCA).Tipos:

- VCA-IgM. Presentes en el momento agudo de la enfermedad. Tienden a desaparecer en 8-12 semanas.
- VCA-IgG. Presentes desde las dos primeras semanas, permanecerán positivos de por vida.

2.6 DIAGNÓSTICO (1, 2)

• Otros estudios serológicos específicos del virus de Epstein-Barr (su petición puede estar restringida a atención especializada o ámbito hospitalario):

- Ac anti-EA (early antigens). Anticuerpos frente a antígenos precoces. Aparecen sólo durante el periodo de enfermedad.
- Ac anti-EBNA (Epstein-Barr nuclear antigens). Son anticuerpos que persistirán de por vida.

2.6 DIAGNÓSTICO (1, 2)

• Otras pruebas analíticas recomendables a realizar en caso de sospecha de mononucleosis infecciosa:

- Hemograma: para descartar trombocitopenia y anemia hemolítica.
- Pruebas hepáticas: debido a la moderada frecuencia de alteraciones hepáticas asociadas.
- Pruebas para el diagnóstico diferencial. Serología de:
    - Citomegalovirus.
    - VIH.
    - Toxoplasmosis.
    - Hepatitis (VHA, VHB, VHC).
    - Otras: parotiditis, rubéola, brucelosis.

•Ecografía abdominal: en caso de sospecha de esplenomegalia o hepatomegalia.

2.7 TRATAMIENTO (1)

• Se recomienda tratamiento sintomático:

➢Tratamiento de la fiebre: Paracetamol o AINEs.

➢ Ingesta abundante de líquidos.

➢Reposo relativo: sobre todo cuando haya mayor riesgo de rotura esplénica (deportistas, trabajadores de esfuerzo…) durante las 3 primeras semanas.

➢Otros tratamientos (muchos son de ámbito hospitalario, y hay que monitorizar al paciente por estar relacionados con complicaciones potencialmente graves):

- Glucocorticoides por vía oral o IV (prednisona, dexametasona, metilprednisolona). Indicados en caso de complicaciones: obstrucción de vías aéreas, anemia hemolítica, trombocitopenia severa o afectación miocárdica o neurológica.
- Inmunoglobulina IV, en caso de complicaciones graves, como trombocitopenia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hervás Angulo, A. Guía clínica de la mononucleosis infecciosa.
Fecha de la última revisión: 13/05/2016.
Disponible online en :
https://www.fisterra.com/guias-clinicas/mononucleosis-infecciosa/

2. Navarro Ortega, D. Diagnóstico de la mononucleosis infecciosa causada por el virus de Epstein- Barr. Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario. Valencia. 2001. CONTROL CALIDAD SEIMC.
Disponible online en:
https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/veb.pdf

BIBLIOGRAFÍA

3. Fica, A. Síndrome de mononucleosis infecciosa en pacientes adolescentes y adultos. Rev Chil Infect 2003; 20 (4): 235-242.
Disponible online en:
https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v20n4/art03.pdf

4. Mendoza Montero, J; Rojas González A. Diagnóstico serológico de la infección por el Virus de Epstein-Barr. Departamento de investigación y desarrollo. Vircell S.L. Granada. 1999.
Control Calidad SEIMC.
Disponible online en:
https://seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/ebvrev.pdf

TEMA 82. MUESTRAS SANGUÍNEAS. OBTENCIÓN.

ANA JOSÉ SÁNCHEZ MARTÍNEZ

ÍNDICE

1. PROCESAMIENTO DE MUESTRAS SANGUÍNEAS.
2.ANTICOAGULANTES.
3.OBTENCIÓN SUERO/PLASMA.

1. PROCESAMIENTO DE MUESTRAS SANGUINEAS.

El procesamiento de muestras sanguíneas hace referencia a todo lo que ocurre desde que se recoge la muestra hasta que es analizada.

En el laboratorio debe haber un área destinada a recibir las muestras de sangre, que proceden:

Del propio laboratorio.

Del área de hospitalización (planta).

Extracciones periféricas de los centros de salud.

Cada laboratorio dispone de unas normas internas de funcionamiento del área. Al recibir la muestra se debe observar:

1. Que la cantidad de anticoagulante y la proporción entre éste y la cantidad de muestra sea la adecuada (actualmente con los tubos de vacío no debe ocurrir fallo en este punto).
2. Que la muestra vaya correctamente identificada (muy importante).
3. Que el volante de solicitud esté correctamente relleno y corresponda a la muestra.
4. Que el tubo sea el correcto, es decir, el tubo corresponda a la prueba pedida en el volante.

Una vez que se han observado estos puntos comienza el procesamiento de la muestra que incluye: la centrifugación, la separación, elaboración de las listas de trabajo y cualquier otro procedimiento que se haga antes de que la muestra sea analizada.

Es importante que los recipientes en los que llega la muestra deban ser los adecuados y en el caso de que sea una muestra de sangre, lo normal es encontrarla en los tubos de vacío con el tapón de color. También pueden llegar capilares heparinizados o no y jeringas de punción arterial.

El material de los recipientes, es un material homologado, transparente, estéril y en el caso de los tubos con el vacío practicado.

Los tubos que contienen aditivos o cualquier otro recipiente que los contengan deben dejar el espacio suficiente para que la mezcla se pueda realizar. Siempre que lleven algún aditivo constará en la etiqueta, ésta debe resistir la refrigeración y congelación.

ETAPAS EN LA EXTRACCIÓN SANGUÍNEA.

- Preparación del paciente: informar y preparar el material.
- Acceso al laboratorio: Impreso e identificación.
- Preparación del material: tradicional o vacío (tubo y aguja).
- Selección de la zona en la que se va a realizar la punción. Limpieza de la zona de punción.
- Colocación del compresor.
- Realización de la punción: Con tubo vacío (orden de extracción “ramón”) o con jeringa (llenado de los tubos).
- Fin de la punción. Evitar hemólisis de la muestra y hematoma en el paciente.
- Envío de los tubos.

2. ANTICOAGULANTES.

Los anticoagulantes son sustancias que se utilizan de forma rutinaria en los análisis hematológicos, cuando se va utilizar sangre total o plasma. Son sustancias químicas, que tienen distintas acciones, en función para lo que se utilice. Es conveniente respetar sus indicaciones para que el análisis de la muestra sea correcto.

Los anticoagulantes se pueden utilizar de dos formas:

- En forma de disolución, acuosa o salina, a una concentración determinada y de la cual se utiliza un volumen determinado. Se depositará en el fondo del tubo con una micro pipeta.
- En forma de polvo de secado, en este caso se pulveriza sobre las paredes del tubo.

Los más utilizados son: el EDTA, Heparina, Oxalatos, Citrato, ACD y CPD.

EDTA

Se utilizan las sales de este ácido en forma sódica (disódica) o potásica (tripotásica). La proporción a la que se utiliza es 1,5 mg de EDTA por 1ml de sangre. El EDTA actúa como quelante (sustancia que atrapa) del calcio, de manera que lo fija e impide la coagulación. La concentración a la que se prepara es del 10%. Habitualmente se utiliza el EDTA K3, se utiliza para los recuentos celulares ya que no afecta a la morfología de las células.

HEPARINA

Es un anticoagulante fisiológico, esto significa que normalmente está presente en el organismo. Actúa impidiendo el paso de la protrombina a trombina. Estructuralmente la heparina es un muco-polisacarido.

La heparina no altera la forma de las células sanguíneas pero no es el anticoagulante elegido para los recuentos. Se utiliza en la sangre arterial (gasometrías) y en el tubo de urgencias. La proporción es de 15-20 U.I: (unidades internacionales) equivale a 0,1-0,2 mg/ml de sangre. Se puede utilizar la heparina sódica y heparina de litio.

OXALATO

Se utilizan en forma de mezcla, que pueden ser, una mezcla de oxalato sódico y potásico o mezcla de oxalato de potasio y amonio. La función que tienen es precipitar los iones Ca^{+2} que impiden la coagulación. Se utiliza a una concentración de 2-3mg/ml de sangre. Se utiliza de secado (pulverizado, no se aprecia en el tubo).

CITRATO

Se utiliza en forma de citrato de sodio. Es un anticoagulante que impide que el calcio se ionice. Se utiliza para las pruebas de coagulación en proporción 9:1 (9 partes de sangre y 1 de anticoagulante). La concentración a la que se utiliza el citrato sódico es 0,106 moles/litro (31,3g/).

ACD (ÁCIDO CÍTRICO CITRATODISODICO DEXTROSA)

Es un anticoagulante que se utiliza en banco de sangre porque permite conservar la sangre más tiempo. Se utiliza en una proporción de 1 volumen de ACD por 4 volúmenes de sangre. La proporción de cada parte es: 0,9gr de ácido cítrico, 2gr de citratodisodico y 2gr dextrosa, todo esto se disuelve en una cantidad suficiente para disolverlo en 120ml de agua destilada.

CPD (CITRATO FOSFATO DEXTROSA)

Utilizado en banco de sangre, permite la conservación durante más tiempo de los hemoderivados (+ de 21 días).

3. OBTENCIÓN SUERO/PLASMA

Una vez obtenida la muestra de sangre, en los casos que sea necesario, hay que centrifugarla para separar el suero o el plasma

.

El suero se separa por coagulación de la sangre, solamente lo obtendremos en el tubo rojo (sin anticoagulante). El tubo se deja coagular espontáneamente y a continuación se centrifuga. Algunos tubos llevan un gel o unas bolitas que hacen de separador de suero, de manera que este gel queda entre el coágulo y el suero. Si la muestra se tuviera que refrigerar, nunca se hará antes de la coagulación. A los 30-40 minutos debe centrifugarse la muestra.

Si queremos obtener plasma, la sangre se centrifuga. En cualquier caso, se separaran las partes cuanto antes.

Hay muestras que se tienen que conservar, se hace en condiciones de temperatura adecuada. Hay que tener en cuenta las condiciones de conservación porque si esto no es adecuado puede haber alteraciones en los resultados.

Se pueden presentar problemas a la hora de procesar las muestras, cuyos resultados se vieran afectados por:

- El recipiente de recogida no estuviera limpio.
- La muestra esté hemolizada.
- El suero sea lipémico (graso, por no guardar ayuno o un alto contenido en lípidos).
- El suero sea ictérico (muy amarillo, hepatitis, etc..)

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros :** D` Ocon Navaza C, García García-Saavedra MªJ, Vicente García JC. Fundamentos y Técnicas de Análisis Bioquímico. Paraninfo, 2005.
- **Página WEB :** http://www.fundaciondelcorazon.com , http://www.albéitar.com , https://www.medlineplus.gov

TEMA 83. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN SÍNDROME DOWN

- FERNANDO HINOJOSA FUENTES
- JOSÉ ÁNGEL LÓPEZ DÍAZ
- MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ CHAVES

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN

- DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

- EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- CONCLUSIONES

- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) constituye una causa frecuente de consulta ambulatoria, hospitalización y muerte en la población adulta de los países desarrollados y en vías de desarrollo, suponiendo un impacto en el individuo y a la sociedad en su conjunto

Durante los últimos años se ha avanzado de forma importante en la evaluación diagnóstica, estudio de la etología, manejo clínico y tratamiento antibiótico del paciente con neumonía comunitaria

INTRODUCCIÓN

La posibilidad de lograr un diagnóstico etiológico preciso está restringido por la gran diversidad de agentes causales, los que a su vez se expresan en un número reducido de formas clínicas.

Obtener un diagnóstico certero se requiere de la aplicación de numerosas pruebas, algunas de ellas invasoras, lo que limita su uso por el costo y/o complicaciones asociadas.

Resulta particularmente importante identificar a aquellos pacientes que tienen alto riesgo de complicaciones y muerte; dado que no sólo es crucial para la decisión de hospitalización, sino también, para la solicitud de exámenes complementarios y la selección del tratamiento antibiótico empírico inicial.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

- Mujer de 30 años

- Alérgica a la eritromicina

- Antecedentes personales
  * Síndrome de Down
  * Hipotiroidismo bajo tratamiento hormonal sustitutivo,
  * CIV intervenida de DAP a los 3 años de edad
  * Asma bronquial en tratamiento con broncodilatadores y GCI.

- Acude al SUAP por sensación disneica desde el día de ayer acompañado de fiebre termometrada de 38º, odinofagia y tos productiva.
Niega clínica de insuficiencia cardíaca.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Regular estado general, bien hidratada y perfundida, consciente, orientada en tiempo y espacio

- Constantes vitales
    * TA 110/68mmHg
    * Sat 89% a/a
    * FC 116 spm
    * Tª 38.3º
    * GSC 15/15

- Auscultación cardiorrespiratoria con ruidos cardíacos ritmicos a buena frecuencia, murmullo vesicular conservado con ligero subcrepitantes en base derecha, discreto uso de la musculatura accesoria sin movimientos paradóiicos abdominales

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- NAC en paciente con factores de riesgo

- Dada la estabilidad hemodinámica del paciente se decide trasladarlo al servicio de urgencias hospitalarias en ambulancia convencional con soporte respiratorio, utilizando un VM al 40%.

- En el SHU se constata en la radiografía de tórax pinzamiento de seno costofrénico derecho, seno costofrénico izquierdo libre y edema alveolointersticial bilateral de predominio bibasal hasta campos medios.

- Se ingresa en planta para estudio y estabilización.
Se le prescribió tratamiento antibiótico de amplio espectro y diuréticos, evolucionó favorablemente y se le dio el alta a

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Tuberculosis
- Absceso pulmonar
- Embolia pulmonar
- Bronquitis

CONCLUSIONES

Los síndromes de Down tienen altas probabilidades de padecer infecciones respiratorias del tracto superior como del inferior.

Las cardiopatías congénitas constituyen factores de riesgo para la aparición de infecciones del parénquima pulmonar en este tipo de pacientes, así como la predisposición a presentar déficit en su respuesta inmunitaria, lo que les confiere mayor vulnerabilidad que al resto de la población general.

Es labor del Médico de Atención Primaria estar alerta de síntomas respiratorios en estos pacientes, pues son susceptibles de desarrollar neumonías que se presentan de forma atípica y con complicaciones que se acompañan de alta mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Nawal Lutfi yya M, Henley E, Chang LF. Diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia. Am Fam Physician. 2006;73:442-50

- Pirez MC, Berrondo C, Giacometti M, et al. Neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en niños hospitalizados. Arch Pediatr Urug. 2003;74:6-14

- Lok RK, Harth SC, Thong YH, et al. Inmunoglobulin G subclass defi ciency and predisposition to infection in Down's syndrome. Pediatr Infect Dis J. 1990;547-51.

BIBLIOGRAFÍA

- Rogers PT, Coleman M. Atención médica al síndrome de Down. Barcelona: Fundació Catalana Síndrome de Down; 1994.

- Flórez Beledo J, Figueras Aloy J. Infecciones respiratorias por el virus respiratorio sincitial: prevención en el síndrome de Down. Revista Síndrome de Down 2006: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down. 2006;89:45-50

TEMA 84. PIE DIABÉTICO

SANDRA FERNÁNDEZ CABALLERO

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN
2. PREVALENCIA
3. FISIOPATOLOGÍA
4. CLÍNICA
5. DIAGNÓSTICO
6. TRATAMIENTO

1. DEFINICIÓN

El Grupo de Consenso de Pie Diabético de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV), lo define:

"Alteración clínica con una base etiopatogénica neuropática que esta inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que, con o sin isquemia y debido a una agresión traumática se produce la lesión o ulceración del pie"

PREVALENCIA

- Es importante considerar que el número de personas con diabetes se ha incrementado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014.
- Según datos de la OMS de 2016, la prevalencia mundial de la diabetes en adultos mayores de 18 años ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014.
- Alrededor del 15% de los pacientes diabéticos tendrá úlceras en los miembros inferiores, en el transcurso de su enfermedad.
- La incidencia de úlceras de los pies en personas con diabetes se estimó recientemente en un 25%. Esto implica un aumento importante respecto del 2003, donde era del 15%.
- La lesión de un pie diabético es causa de amputación de la extremidad en un 20%.

FISIOPATOLOGÍA

Es la consecuencia de un proceso multifactorial:

- ✓ ***Neuropatía***; donde intervienen el sistema sensitivo, motor y Autónomo, considerándose dos teorías:
  1. Teoría metabólica. La hiperglucemia mantenida incrementa el sorbitol intraneural y su degeneración.
  2. Teoría vascular. Se incrementa o disminuye la resistencia vascular endoneural produciéndose hipoxemia neural.
- ✓ ***Angiopatía; micro y macroangiopática.***
  1. Microangiopatía. La hiperglucemia mantenida induce a la glicosilación del colágeno y proteoglicanos incrementando el grosor de la membrana basal y conduciendo a la hipoxemia celular.

2. Macroangiopatía. La ateromatosis en el diabético no es morfológicamente distinta de la del no diabético, si bien sus rasgos diferenciales son: su multisegmentariedad, bilateralidad, afectación de troncos tibioperoneos y aparición precoz.

- ✓ ***Infección***; alteración de la flora microbiana, respuesta inflamatoria y defensa.

CLÍNICA

Se distinguen cinco formas clínicas:

1. Pie Diabético sin lesión trófica (pie de riesgo).
2. Úlcera Neuropática.
3. Artropatía Neuropática.
4. Úlcera Neuroisquémica.
5. Pie Diabético infectado.

1. Pie diabético sin lesión trófica (Pie de Riesgo).

- Se puede presentar en cualquier enfermo con Diabetes que presente algún tipo de neuropatía, artropatía, dermopatía y/o vasculopatía.
- Se podrían incluir prácticamente a todos los diabéticos.

2. Úlcera Neuropática.

- La complicación más frecuente de la neuropatía diabética.
- Aparece en zonas de presión o deformidad.
- Más frecuente en 1º y 5º metatarsiano, en epífisis distal ("mal perforante plantar") y en calcáneo.
- Presenta forma redondeada, profunda, con callosidad perilesional, indolora y con tejido de granulación.
- Pulsos conservados.

3. Artropatía Neuropática.

- Debida a la neuropatía.
- Fase inicial: eritema, edema, sin fiebre y sin alteraciones de la Rx.
- Fase intermedia: Fracturas óseas espontáneas y asintomáticas. Alteraciones en la Rx. (reacción perióstica y osteólisis).

- Fase avanzada: se produce artropatía global, la "Osteoartropatía de Charcot", que se define como una subluxación plantar del tarso y una pérdida de la concavidad medial del pie causada por desplazamiento de la articulación calcáneo-astragalina, asociada o no a luxación tarso-metatarsal.

4. Úlcera Neuroisquémica.

- Inicialmente seca, rodeada de un halo eritematoso, sin tejido calloso.
- Más frecuente en la zona laterodigital de los 1º y 5º dedos y en talón. Puede llegar a la necrosis digital.
- Progresa a forma húmeda y supurativa si hay infección.
- Los pulsos tibiales están abolidos y existe frialdad y palidez.

5. Pie diabético infectado.
   Existen varias formas….

- Celulitis superficial: producida en un 95% por *Staphylococcus aureus y Streptococcus sp.*
- Infección necrotizante: afecta a tejidos blandos, polimicrobiana (cocos gram+, BGN, anaerobios) provocando abscesos.
- Necrosis o gangrena digital: se produce por trombosis arteriovenosa digital y linfangitis debida a las toxinas de, especialmente, *Staphylococcus aureus.*
- Osteomielitis: con más frecuencia en 1º, 2º y 5º dedos. En caso de exteriorización ósea el VPP es del 95%.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico debe ser cuidadoso prestando atención a todos los elementos fisiopatológicos:

1. Nivel Neuropático: exploración de los reflejos. Valoración de sensibilidad superficial con el test del algodón y vibratoria con diapasón.
2. Nivel Osteoarticular: inspección meticulosa, buscando deformidades osteoarticulares. La Rx simple (AP y Oblicua) tiene una E=80% y una S=63% en lesiones 0 y 1. Si la lesión es de 2 a 5, se sospecha osteomielitis y la Rx es no concluyente, la TC, RM y la Gm son recomendables.
3. Nivel vascular: es fundamental una minuciosa exploración vascular. Se buscarán en el interrogatorio; datos de claudicación y dolor de reposo. Se examinaran los pulsos.

EXÁMENES AUXILIARES

- Pletismografía: el Test Pletismográfico de Hiperemia Reactiva con una E=70% y S= 65%.
- Termometría y la Tensión Transcutánea de O2 y CO2, informan del grado de afectación neurológica autonómica y de la reserva vasorreguladora.
- Láser Doppler y Capilaroscopia: con poca utilidad para la práctica clínica diaria pero son la base de los estudios de investigación.
- La Capilaroscopia, es la mejor arma para el conocimiento de la microangiopatía.
- El estudio angiográfico es fundamental cuando se plantea el tratamiento revascularizador.

TRATAMIENTO

Tratamiento inicial:

- Corrección de los diferentes parámetros metabólicos.
- Control de los FRCV (tabaquismo, obesidad, HTA y dislipemia)
- Reposo funcional del miembro afectado.
- Medidas higiénico-dietéticas, educación sociosanitaria y medidas profilácticas.
- Disminuir presión en área ulcerada. Fieltros, o calzados especial
- Si existe infección, por lo que requiere antibioterapia sistémica y desbridamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

Wagner F. W.: The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. Foot ankle, 1981; 2:64-7

TEMA 85. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO ANTES Y DESPUÉS DE UNA CESÁREA

MARIA JOSE DIAZ-PARREÑO CASARRUBIOS.

MARIA JOSEFA CASARRUBIOS ABAD.

INDICE:

- HISTORIA DIAPOSITIVA . 3
- DEFINICION DE CESAREA DIAPOSITIVA. 4
- PREVALENCIA Y GRAFICA DIAPOSITIVA. 5 Y 6

- La cesárea ya era conocida en el año 715 a. C. En esa época la “lex caesarea” dictada por Numa Pompilio obligaba a practicarla en las mujeres embarazadas que acababan de morir para enterrar al recién nacido separadamente y, en pocas ocasiones, para lograr salvar la vida.

- La primera de estas intervenciones documentada en la que sobrevivieron tanto la madre como el bebe fue realizada en el año 1500 en Suiza por Jacob Nufer, castrador de cerdos, en su mujer, que luego dio a luz a 5 hijos más por parto vaginal.

- Entre los siglos XVII y XIX la práctica de la cesárea se realizaba sólo cuando el parto vaginal era imposible como un último intento de salvar la vida de la madre y el feto, ya que la mortalidad era muy elevada (mayor a un 80%).

Hoy en día definimos cesárea como una intervención quirúrgica mediante la cual el parto se lleva a cabo a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina de la mujer, cuando el parto vaginal no es posible o conlleva algún riesgo para la madre o el feto.

- Una cesárea sin complicaciones representa el séptimo proceso más frecuente en los Hospitales y una estancia media de 4-5 días.

- Las cesáreas están asociadas a una mayor estancia hospitalaria que la de los partos por vía vaginal, lo que conlleva un mayor consumo de servicios y atención enfermera.

- La cesárea es una de las principales cirugías abdominales realizadas con mayor frecuencia en mujeres tanto en países desarrollados como en países de bajos recursos. Las estimaciones globales indican una tasa de cesáreas a nivel mundial del 15% con variaciones dependiendo de la localización geográfica.

- La tasa de cesáreas durante el parto ha aumentado en España un 9,5% en los últimos diez años, y actualmente esta intervención se lleva a cabo en uno de cada cinco nacimientos que tienen lugar en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS).

A lo largo del siglo XX, la introducción y perfeccionamiento de algunas técnicas ha permitido que la cirugía de la cesárea se contemple, hoy en día, como un procedimiento quirúrgico razonablemente seguro para la madre y el recién nacido. Cada vez es mayor el número de profesionales que consideran la cesárea como una práctica igual de segura que el parto vaginal. Independientemente de la actitud de los profesionales, lo que no se debe olvidar es que la cesárea *per se* es causa de morbimortalidad tanto materna como para el recién nacido.[3]

Cesáreas en Hospital La Mancha Centro 2002-2010

	Partos	Parto normal	Cesárea	Parto vaginal instrumental
2002	1122	875	231	16
2003	1748	1450	233	65
2004	1878	1582	217	79
2005	2102	1745	275	82
2006	2124	1818	262	44
2007	1769	1411	306	52
2008	2162	1777	332	53
2009	1996	1616	327	53
2010	1871	1511	311	49

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

SELECCIÓN DE ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS MAS REPRESENTATIVAS:

00004 RIESGO DE INFECCION

00106 LACTANCIA MATERNA EFICAZ

00095 INSOMNIO

00096 DEPRIVACIÓN DEL SUEÑO

00132 DOLOR AGUDO (PROBLEMA DE COLABORACION)

00059 DISFUNCION SEXUAL

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00004 Riesgo de infección r/c alteraciones de las defensas primarias como es la rotura de la piel y alteraciones secundarias como la disminución de la hemoglobina.	0702Estado Inmune 1102 Curación de la herida por primera intención.	6550 Protección contra las infecciones. 5510 Educación Sanitaria 6540 Control de infecciones 3440 Cuidados del sitio de incisión 3660 Cuidado de las heridas 3590 Vigilancia de la piel 6680 Monitorización de los signos vitales 0580 Sondaje Vesical 6750 Cuidados de la zona de la cesárea 1876 Cuidados del catéter urinario

00106 Lactancia materna eficaz r/c confianza de la madre en sí misma, conocimientos básicos sobre la lactancia materna, edad gestacional del lactante >34 semanas, estructura bucal normal del niño, estructura normal de la mama y fuentes de soporte	1000 Establecimiento de la lactancia materna: lactante 1001 Establecimiento de la lactancia materna: madre 1002 Mantenimiento de la lactancia materna	1100 Manejo de la nutrición 3584 Cuidados de la piel 3590 Vigilancia de la piel 5244 Asesoramiento en la lactancia 5430 Grupo de apoyo 6820 Cuidados del lactante 6880 Cuidados del Recién nacido 7110 Fomentar la implicación familiar

CONCLUSIONES

-Con la elaboración de un PCE queremos conseguir que los cuidados a dichas pacientes sean mas efectivos para intentar disminuir las complicaciones que puedan surgir de dicha intervención. Y que dichos cuidados sean “ iguales” para todas las pacientes.

- Lograr que los cuidados sean lo más humanos posibles y que la estancia de las pacientes sea lo mas agradable posible y nosotras/os como enfermeras/os se los proporcionemos.

BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez Sánchez, M. Proceso Enfermero Estándar para una Cesarea sin Complicaciones. Escuela Universitaria de Enfermería Hospital General Obispo Polanco (Zaragoza). Año 2008-2012. Pág.: 2.
2. Foradada, Carles Mª. Dr. de Medicina, Ginecólogo. Asesor de Salud Materno-Infantil de la DGPA del Departamento de Salud de Cataluña. Profesor Asociado en la Universidad de Barcelona. Matronas Prof. 2006. Pág.: 5-12.
3. Cobo Aguilar, D. Estrategias Para Disminuir La Tasa de Cesáreas en Nuestro Medio. Año2011. Pág.: 1-2.

4. Martínez Torres, C.; Molina Rubio, A.; Portillo García, N.; Pérez Jiménez, A. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Tocoginecología. Plan de Cuidados Estándar en una intervención de enfermería en cesarea programada sin complicaciones. Pág.: 1.
5. Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiak J, Gruen R. Intervenciones no clínicas para la reducción de la cesarea innecesaria (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011 Issue6. Art. Nº.: CD005528.DOI:10.1002/14651858.CD005528.

6. Cobo Aguilar, D. Estrategias Para Disminuir La Tasa de Cesáreas en Nuestro Medio. Año2011. Pág.:4.
7. URL: http://www.nanda.es/.
8. Johnson, M.; Maas, M.; Moorhead, Sue. Clasificación de Resultados de Enfermería (CIE). 2ª Edición. Ed: EdiDe, S.L. Harcourt.
9. C.McCloskey, J.; Bulechek, G. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ª Edición. Ed: EdiDe, S.L. Harcourt.

TEMA 86. DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN GERONTOLÓGICA SOBRE ALIMENTACIÓN EN USUARIOS INSTITUCIONALIZADOS CON RIESGO O DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN

NEREA MANZANERA TERUEL

ANDREA MARTINEZ MARTINEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS
2.1. Objetivo General
2.2. Objetivos Específicos
2.3. Hipótesis

3. METODOLOGÍA
3.1. Tipo de diseño
3.2. Población de estudio/criterios de inclusión
3.3. Método de recogida de datos
3.4. Variables
3.5. Estrategia de búsqueda

4. RESULTADOS
4.1. Aplicabilidad y utilidad
4.2. Organización del estudio

5. CONCLUSIONES
5.1. Limitaciones y posibles sesgos

6. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

- **Envejecimiento**: fenómeno que se encuentra dentro del ciclo vital humano terminando su proceso en la muerte del ser.

- **España:** 17% de la población total es >65 años.

- **Desnutrición:** afección que se produce cuando el organismo no recibe los nutrientes suficientes, ya sea por alimentación inadecuada, falta de disponibilidad de alimentos, trastornos alimentarios, etc.

- **Prevalencia de desnutrición en ancianos**

Comunidad	Residencias
3-7%	30-60%

INTRODUCCIÓN

➢Cambios propios de esta etapa

- *Cambios físicos*

Disminución metabolismo basal, masa magra y grasa
Disminución gusto y olfato
Disminución secreciones gástricas
Problemas masticación y deglución.
Mala alineación de las prótesis dentarias.

- *Cambios psicosociales*

Obstaculización de las relaciones sociales.
Aislamiento social.
Demencias que impiden la realización de un buen hábito dietético.

INTRODUCCIÓN

➢Requerimientos nutricionales especiales en la tercera edad

- Aumentar calcio y vitamina D
- Ingesta de 2-2.5L de agua.
- Aporte proteico entre un 10 y un 15% de los ingresos energéticos totales
- Ingesta equilibrada entre fuente vegetal y fuente animal.

➢Escalas y cuestionarios

- *Escala Mini Nutritional Assessment (MNA)*

Evalúa el riesgo de malnutrición en el anciano frágil.

- *Valoración Global Subjetiva (VGS)*

Método clínico de valoración del riesgo nutricional de un paciente a través de la historia clínica y la exploración física.

OBJETIVOS

➢Objetivo general

▪Evaluar la eficacia de una intervención alimentaria propuesta a un grupo de residentes de una residencia geriátrica y comparar los resultados con usuarios de otra residencia geriátrica que no reciben intervención.

➢Objetivos específicos

▪Estudiar el estado nutricional de los ancianos institucionalizados y comparar con otros estudios similares.

▪Evaluar la calidad de la alimentación seguida en los centros de referencia.

▪Diseñar un programa de educación nutricional (taller) de fácil seguimiento en estos centros.

METODOLOGÍA

➢Tipo de diseño

Ensayo clínico en el que se evalúa la eficacia de una intervención.

➢Población de estudio/criterios de inclusión

- Usuarios institucionalizados en las residencias a estudio.
- Riesgo de desnutrición o diagnóstico de desnutrición.
- Mayor de 65 años.
- Estar de acuerdo con la participación en el estudio.
- Firmar el consentimiento informado.
- Tener intactas las facultades mentales para poder seguir las
- instrucciones dadas.

METODOLOGÍA

➢Estrategia de búsqueda

- **Criterios de inclusión:** Texto completo, idioma inglés o español, antigüedad de 5 años.
- **Bases de datos:** Pubmed, Lilacs, Scielo, Cochrane Plus, Google Académico.
- **Palabras clave:** alimentación, estado nutricional, envejecimiento, desnutrición, viviendas para ancianos.

RESULTADOS

➢Aplicabilidad y utilidad de los resultados

- Profesionales sanitarios de las residencias geriátricas pueden aplicar las mejores evidencias científicas en la práctica.
- Protocolo o guía clínica por las residencias para mayores de la Región de Murcia para trabajar de manera coordinada y efectiva ante este grupo de pacientes y que las actividades den beneficio a toda esta comunidad.
- Disminuir la prevalencia de aquellos que aún no han desarrollado la patología.

CONCLUSIONES

➢ Limitaciones del estudio

Sesgos ⟶

Validez externa: podría ser una limitación, pero la muestra de los participantes es elevada.

BIBLIOGRAFÍA

- García, I., Rodríguez, E., & Martín, C. (2016). Care plan for elderly people at nutritional risk. *Gerokomos*, *27*(4), 157-160. Recuperado en 05 de junio de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400006&lng=es&tlng=en.

- Alvarado, A.M., & Salazar, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, *25*(2), 57-62. Recuperado en 05 de junio de 2018, de https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002

- Zayas, E., & Fundora, V. (2017). Sobre las interrelaciones entre la nutrición y el envejecimiento. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, 27 (2). Recuperado en 11 de junio de 2018, de http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/445/481

- Suárez, T., Di Stéfano, F.L., Rossi, M.L., Leal, M., Mariñansky, C., Herrera, J., Lavanda, I., Carrazana, C. (2015). Evaluación del estado nutricional en adultos mayores residentes de un hogar de ancianos. Rev Elect Biomed, 1:9-15. Recuperado en 11 de junio de 2018, de https://www.biomed.uninet.edu/2015/n1/suarez.html

- Pardo, I., Amo, E., Martínez, A.P., Escribano, F. Costes asociados a la desnutrición previa a la enfermedad y la desnutrición relacionada con la enfermedad en ancianos: una revisión sistemática. (2017). Nutr Hosp, 34 (5):1215-1225. Recuperado en 11 de junio de 2018, de http://www.redalyc.org/html/3092/309253341027/

TEMA 87. NUTRIENTES Y CÁNCER

ANDREA MARTÍNEZ MARTÍNEZ
NEREA MANZANERA TERUEL

ÍNDICE

- FACTORES DE RIESGO
- COMPUESTOS NUTRICIONALES
- COMPUESTOS NO NUTRICIONALES
- DISCUSIÓN
- BIBLIOGRAFIA

FACTORES DE RIESGO

En el proceso de carcinogénesis encontramos una amplia variedad de factores implicados, no únicamente la base genética.

La alimentación puede ser uno de los factores desencadenantes en dicho proceso. Los nutrientes podrían estudiarse como doble vertiente en relación al cáncer, por una parte como factor de riesgo y por otra como factor de prevención.

COMPONENTES NUTRICIONALES

En los últimos años la industria comenzó a aplicar la tecnología en la alimentación. Los alimentos procesados, los aditivos, el refinamiento de azucares y los hidratos de carbono forman la base actual de la dieta. La relación de los nutrientes con el cáncer está en estudio por provocar posiblemente lesiones en la mucosa que desencadenan diversas reacciones inflamatorias o la modulación positiva y negativa durante la expresión de los genes.

Grasas: En el grupo de las grasas podemos diferenciar las grasas del tipo saturado y las grasas insaturadas. Las grasas saturadas favorecen el proceso de inflamación.
Por otra parte las grasas insaturadas del tipo omega-3 se relacionan con su poder antiinflamatorio y anticoagulante.

La OMS estableció unas recomendaciones diarias de acidos grasos poliinsaturados de 250 mg por día, los ácidos grasos en general pueden influir tanto en el funcionamiento celular como en el metabolismo de prostanglandinas, la síntesis de radicales etc.

Hidratos de carbono especialmente los azúcares simples provoca la hiperinsulinemia y aparición de algunos tipos de cáncer la OMS recomienda limitar al 10% la ingesta energética total.

Proteínas. La OMS, ha indicado que hay cierta relación entre el consumo de carnes rojas y procesadas, y cáncer, no significando pues que la enfermedad se tenga que desarrollar, al igual que ocurre con el resto de nutrientes. La carne sobre todo, las industrializadas, contienen sustancias químicas que se forman durante el procesamiento o cocción. Entre algunos de los productos cancerígenos que se forman se incluyen los compuestos N-nitros, hidrocarburos aromáticos policíclicos, aminas aromáticas heterocíclicas.

COMPONENTES NO NUTRICIONALES

Aflatoxinas se considera precursor de la activación de ciertas biomoléculas que generan mutaciones genéticas relacionadas con tumores del hígado, se encuentra en suelos contaminando granos, semillas y vegetales.

Amina aromática heterocíclica que actúan generando mutaciones en el material genético

Hidrocarburos aromáticos policíclicos se encuentran carnes de pescados o res y surgen a partir de la combustión incompleta de la materia orgánica

CONCLUSIÓN

Muchos de los nutrientes que ingerimos en la dieta pueden influir de forma positiva o negativa y no solo en la formación de tumores sino también en el desarrollo de los mismos.

No existe una dieta ideal, para el funcionamiento completo del organismo, lo que el déficit de un nutriente puede ser beneficiosos para algún tipo de enfermedad, para otras simplemente pueden ser perjudicial.

A la vista de los resultados, es bastante difícil demostrar que un determinado componente nutricional puede afectar a la regulación genética de forma precisa en un determinado individuo

BIBLIOGRAFÍA

Capdeville F, Salas C, Kleinman S, Fernando C. Evolución histórica del cáncer. contacto científico [Internet]. 2016;5:4. Disponible en: http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/286/273

Flores B, Rosales Perez S, Sanchez Caro C, Gallardo-Alvarado L, Gordillo-Bastidas D. Dieta y su Implicación en la Carcinogénesis Humana. Arch Med [Internet]. 2015;10(3):4. Disponible en : http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/dieta-y-su-implicacin-en-lacarcinognesis-humana.php?aid=3778

Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, et al. Recomendaciones de prevención de cáncer. Elsevier [Internet].

TEMA 88. LACTANTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

MANUEL MOREIRO MARTINEZ

ADA SOFÍA ACEDO DEL VALLE

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CASO CLÍNICO
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

En un lactante con insuficiencia respiratoria un transplante pulmonar suele ser la última opción terapéutica. En España el primer trasplante pulmonar en paciente pediátrico se realizó en 1996. A pesar de los muchos avances en inmunología y el manejo de las complicaciones, la mortalidad y morbilidad asociadas a este trasplante son muy superiores a los demás. No obstante, los éxitos de esta opción terapéutica que depende fundamentalmente de una correcta selección de donante y receptor, son evidentes, sobre todo en cuanto a calidad de vida se refiere.

CASO CLÍNICO

Lactante de 9 meses de edad que ingresa procedente de planta de hospitalización por empeoramiento respiratorio. Ingresado por neumopatía intersticial con insuficiencia respiratoria crónica. Hermana de 12 años sana, con antecedentes de sibilancias recurrentes, actualmente asintomática. Se deriva a Uci Pediatrica de nuestro centro y pasa a planta de Neumología Pediátrica. En lista de trasplante bipulmonar. Estando en planta de hospitalización, presenta empeoramiento respiratorio con tiraje universal severo y quejido espiratorio en las últimas horas.

Paciente afebril y hemodinámicamente estable. No presenta cambios a la ausculación pulmonar con respecto a días previos. Se refiere que previamente había presentado 2 vómitos que impresionan de tipo gástrico (amarillentos), coincidiendo con la retirada de la sonda nasogástrica de acuerdo con Gastroenterología Pediátrica. Se realiza una, broncoscopia flexible y una biopsia pulmonar mediante toracoscopia. Se diagnostica de insuficiencia respiratoria crónica por neumopatía intersticial. Tras días de espera se realiza transplante bipulmonar.

CONCLUSIÓN

Tras el transplante bipulmonar se objetiva una mejora del estado general. Bien hidratado y perfundido. No tiraje. Buena auscultación, entrada de aire, bilateral y simétrica. Abdomen no distendido, blando y depresible. Mantiene saturaciones, la mejora es evidente y es dado de alta a planta. Tras el trasplante pulmonar se produce una mejoría dramática en la calidad de vida de los niños trasplantados. El 90% de los niños no tienen ninguna limitación en su actividad a los 3 años del trasplante. Los avances alcanzados en los últimos años, en las técnicas quirúrgicas y en la inmunosupresión hacen que el trasplante pulmonar en niños sea una realidad. El reto es el incremento de supervivencia a largo plazo y la disminución de la incidencia de rechazo crónico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer González JP, Calvo Medina V, Jordà C, Escrivà J, Ferrer Calvete J. Resultados del trasplante pulmonar (TP) en la edad pediátrica. An Pediatr (Barc) 2005; 62:28. 10.
2. De la Fuente Juarez A, Moreno Galdó A, Maestre J, Balcells Ramírez J, Marhuenda Irastorza C, Cobos Barroso N, et al. Trasplante pulmonar pediátrico. Experiencia a los 7 años de funcionamiento del programa. An Pediatr (Barc) 2005; 62:215-216
3. Mallory GB, S`pray TL. Paediatric lung transplantation .Eur Respir J 2011; 24:839-845
4. Moreno Galdo Antonio, Solé Monserrat Juan, Roman Broto Antonio. Lung transplantation in children Specific aspects.

TEMA 90. LOGOTERAPIA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON

MARÍA JOSÉ DÍAZ COUSO
JONATHAN ELENA VARELA
MARÍA DEL VALLE FLORES GAMERO
CLAUDIA GARCÍA LAGO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- PALABRAS CLAVE
- OBJETIVOS
- MÉTODO
- RESULTADOS
- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La EP es un proceso degenerativo crónico de causa desconocida y sin tratamiento etiológico conocido que produce una elevada discapacidad en sus afectados. En nuestro país afecta a unas 150.000 personas, pero el aumento de la esperanza de vida hace intuir una posible tendencia al alza.
Se produce por la alteración de las neuronas encargadas de producir dopamina, esencial para la consecución de movimientos efectivos y armónicos.
En los primeros estadíos de la enfermedad el paciente no encontrará especiales dificultades en este campo, pero debe ser consciente de la probable evolución de la enfermedad y de las terapias disponibles para atajarla. La progresión lenta e insidiosa de esta patología puede dificultar la detección de la misma, pasando inadvertida tanto para el paciente como para su familia. Se recomienda la evaluación profesional periódica y la realización de ejercicios de habla y voz de forma rutinaria.

PALABRAS CLAVE

parkinson, tratamiento, terapia por ejercicio, fisioterapia

OBJETIVOS

General

- Aumentar la funcionalidad en EP

Específicos:

- Asesorar sobre la importancia del tratamiento holístico y precoz
- Informar sobre los beneficios de la logoterapia y su especial indicación en EP

MÉTODO

Revisión bibliográfica utilizado Cochrane, Cuiden, Lilacs y GuíaSalud.es. Búsqueda libre en webs: Fisterra, asociaciones de enfermos, Instituto de Mayores y Servicios Sociales, e Instituto Carlos III. Se contacta con las asociaciones de enfermos para conocer dificultades y demandas

RESULTADOS

La EP es un proceso degenerativo crónico, de causa desconocida; descrito por primera vez por James Parkinson en 1.817. Se caracteriza por la degeneración progresiva de un determinado tipo de neuronas del mesencéfalo que constituyen la sustancia nigra, llamada así por su alto contenido en hierro, y encargadas de producir dopamina. La dopamina es esencial para que los movimientos del cuerpo se produzcan de forma efectiva y armónica. Su déficit ocasiona una serie de síntomas característicos, de aparición insidiosa y asimétrica: temblor en reposo, rigidez, bradicinesia y alteración de los reflejos posturales. Además, es frecuente desarrollar otros síntomas como : disartria, hipofonía, disfagia, hipomimia facial, sialorrea, diaforesis, seborrea, hiposmia, hipotensión ortostática, estreñimiento, trastornos urinarios, disfunción sexual, acatisia, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, bradifrenia, apatía, demencia…

La rigidez asociada a esta enfermedad va afectando, de manera insidiosa, a la musculatura respiratoria, fonatoria y deglutoria que comparten estructuras comunes. Del 60 al 90% de los afectados ven como se va alterando su habla (tono, volumen, ritmo y melodía), y casi el 100% la capacidad de deglución

Es habitual que el volumen de voz disminuya y la voz se vuelva más débil, apagada, ronca, vacilante o temblorosa, difícilmente inteligible. La comunicación dificultosa promueve el aislamiento social. Estos trastornos del habla se tratan educando relajación, postura, respiración, fonación, articulación y prosodia con diversos ejercicios

. Alcaine S et al , Johnson ML y Bayés A recomiendan ejercicios domiciliarios para mantener la funcionalidad y establecer rutinas. Estos recursos se encuentran disponibles en la red de forma gratuita y resultan sencillos de seguir: leer en voz alta, cantar, declamar frente al espejo, hinchar un globo….pero requieren continuidad en el tiempo. Diferentes soportes como música, medio acuático o consolas (wii, Xbox) contribuyen a mejorar el rendimiento mientras que la realización en grupo mejora la adherencia y fomenta la integración social. Centros sociales y asociaciones de enfermos pueden suponer una alternativa económica.

La terapia de deglución, no menos importante, se basa en ejercicios para mejorar postura, tono y fuerza muscular, para facilitar el inicio o aceleración de la deglución. También resultan útiles para mejorar respiración e hipomimia. El objetivo de la terapia deglutoria consiste en conseguir buen estado nutricional, hidratación, y evitar broncoaspiraciones, complicación habitual en nuestros pacientes.
Los terapeutas, ocupacional y fisioterapeuta, nos pueden asesorar respecto al uso de estrategias de adaptación y compensación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La progresión insidiosa de la EP dificulta la detección estos problemas, ocasionando problemas de salud y aislamiento social evitables o demorables. Los profesionales sanitarios debemos conocer esta problemática para poder asesorar y dirigir al paciente hacia los recursos disponibles. Las asociaciones de enfermos disponen de logopedas a precios accesibles, y existen programas de ejercicios gratuitos disponibles en la red.

BIBLIOGRAFÍA

Alcaine S, Casanovas M, Holtohefer A, Petit C. Ejercicios físicos, de habla y voz para afectados de parkinson. Farmalia Comunicación, 2.009. Disponible en: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/farmalia-ejercicios-01.pdf

Johnson ML. La Enfermedad de Parkinson: dificultades con el agua y la deglución. [internet]. Florida: National Parkinson Foundation; 2005. [acceso 8 de julio del 2013]. Disponible en: http://parkinson.org/sites/default/files/Dificultades_con_el_Habla_y_la_Deglucion.pdf

Vallés E, Bayés A. Consejos para una correcta comunicación para pacientes con enfermedad de Parkinson. [internet]. Barcelona: Unidad de Parkinson Centro Médico Teknon. [acceso 8 de julio del 2018]. Disponible en: http://www.aep-taray.org/portal/images/pdf/logoterapia.pdf

TEMA 91. VISITA DOMICILIARIA PUERPERAL PRECOZ

PILAR ASIN CHINCHILLA

ROCIO CONDE LAMELAS

GABRIEL JIMENEZ JIMENEZ

ÍNDICE

1. NECESIDAD DE LA VISITA DOMICILIARIA PRECOZ
2. ACTUACIÓN EN LA VISITA DOMICILIARIA PRECOZ

1. NECESIDAD DE LA VISITA DOMICILIARIA PRECOZ

El puerperio es una etapa crítica en la vida reproductiva de la mujer. En ella se producen importantes cambios que, aun siendo fisiológicos, implican riesgos para la salud de la mujer requiriendo un seguimiento sanitario específico.

Este periodo dura 6-8 semanas y comprende desde el final del parto hasta la regresión del cuerpo de la mujer a su estado pregrávido. Se puede dividir en las siguientes etapas:

Puerperio inmediato: las dos primeras horas.
Puerperio precoz: las primeras 24 horas.
Puerperio clínico: Comprende el tiempo de ingreso hospitalario.
Puerperio tardío: desde el final del puerperio clínico hasta las 6-8 semanas postparto.

En la mayoría de los centros el alta hospitalaria se produce a las 48 horas tras el parto. Durante el ingreso la puérpera dispone de información y cuidados sanitarios cualificados que dan solución a la mayor parte de los problemas que puedan aparecer.

Tras el alta hospitalaria comienza el puerperio tardío. En esta etapa aumenta la probabilidad de enfrentarse a dudas y problemas ya sean sobre el cuidado del recién nacido o el suyo propio. Ésta etapa se desarrolla en un ámbito domiciliario y el acceso a los profesionales sanitarios es más difícil, limitado en horarios y a la situación geográfica de los centros.

No debe olvidarse que tener un hijo es un acontecimiento significativo en una familia pudiendo provocar estrés e inseguridad como consecuencia de los múltiples cambios que ocurren y exigen una reorganización de los roles de la pareja. En las sociedades actuales existe una idealización de la maternidad que en algunas ocasiones no corresponde con la experiencia vivida acentuando los sentimientos de ansiedad, estrés e inseguridad.

Esta inestabilidad física y emocional de las mujeres puérperas que se ha demostrado en los estudios hace necesario un apoyo especializado por parte de las matronas en las visitas puerperales. Éstas se definen como "consulta de enfermería que tiene por objeto a la mujer puérpera y al recién nacido y que se realiza antes del décimo día postparto". El objetivo de estas visitas es favorecer la correcta evolución del puerperio y detectar precozmente las situaciones de riesgo para la madre y el recién nacido.

Contradiciendo a la mayoría de protocolos actuales, los estudios recomiendan que la primera visita puerperal se realice de manera precoz (en las primeras 48 horas tras el alta hospitalaria), por una matrona y de manera domiciliaria, demostrando una serie de beneficios frente a la visita convencional:

- Mayor grado de satisfacción materna.
- Menor uso de servicios de urgencias.
- Mayor adhesión al programa de planificación familiar.
- Mayor mantenimiento de la lactancia materna en los primeros dos meses.

2. ACTUACIÓN EN LA VISITA DOMICILIARIA PRECOZ

Según la bibliografía actual la matrona evaluar de manera domiciliaria y en las primeras 48h tras el alta hospitalaria a la puerpera, el recién nacido y el entorno. El objetivo de esta visita será la valoración de las necesidades físicas y psicológicas en el puerperio, las posibles complicaciones y como valorarlas.

VALORACIÓN DEL ENTORNO:

- Valorar condiciones ambientales detectando las relacionadas con problemas neonatales: temperatura alta, gran humedad/sequedad, olores fuertes,…
- Valorar apoyo familiar.
- Valorar acondicionamiento del hogar al recién nacido.

VALORACIÓN DE LA PUERPERA:

- Control de constantes vitales : TA, FC, Tª
- Valoración y cuidado de la herida quirúrgica, desgarro o episiotomía.
- Valoración de las mamas y pezones : turgencia , color , temperatura , grietas ...
- Valoración involución uterina.
- Valoración de las características de los loquios : color, olor y cantidad
- Valoración de hábitos alimentarios.
- Valoración de micción y evacuación.
- Observación de edemas o signos de infección en extremidades inferiores: dolor unilateral, inflamación o rubor.
- Valoración del estado emocional: Facilitar la verbalización de dificultades, dudas y sentimientos.
- Si da lactancia materna, se le ofrecerá apoyo para facilitar la adherencia y la continuidad en la lactancia valorando una toma.

VALORACION DEL RECIEN NACIDO:

- Aspecto general: color, tono, vitalidad.
- Control de los cuidados del cordón umbilical : Valorar la presencia de signos inflamatorios , secreción y olor
- Control de reflejos
- Control de signos de ictericia, deshidratación o problemas en la alimentación.
- Hábitos higiénicos.
- Tipo de alimentación: materna, artificial, mixta. Y dar el soporte necesario a cada tipo de alimentación.

BIBLIOGRAFÍA I

1. Gómez-ortiz MC, Labandeira-lópez P, Núñez-vivas M, Mengíbar-carrillo A, Vallecillos-zuya S, Hernández-martínez A, et al. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. Matronas Profesión [Internet]. 2014;15(1):10–7.

2. Crespo E, Espana MC, Basteiro E, Zegarra MM, Botet F, Perez JM, et al. Evaluation of the results of the program “birth in hospital, midwife at home”. Matronas Profesión [Internet]. 2015;16(1):20–7

3. Mar S, Constante I. Revisión sistemática sobre la efectividad de la visita posparto en el domicilio frente a otros tipos de seguimiento posparto - Sumarios - FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España. Matronas Prof [Internet]. 2015;16(2):44–9.

BIBLIOGRAFÍA II

4. Frade J, Pinto C, Carneiro M. Ser padre y ser madre en la actualidad : repensar los cuidados de enfermería en el puerperio. Matronas Profesión. 2013;14(2):45–51.

5. Moreno Mojica C, Roncón Villa T, Arena Cárdenas YM, Sierra Medina D, Cano Quintero AP, Cárdenas Pinzón DL. Mujer en postparto: Un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería.Revista Cuidarte. 2014; 5(2); 739-47.

6. González-Merlo J, Bosquet JG, Bosquet EG. Puerperio y Lactancia. In: Ginecología. 8ª ed. Barcelona: Masson, S.A; 2003. p. 347–9.

BIBLIOGRAFÍA III

7. Furnieles-Paterna E, Hoyuelos-Cámara H, Montiano-Ruiz I, Peñalver-Julve N. Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. Matronas Profesión. 2011;12(3):65–73.

8. Generalitat de Catalunya. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. Barcelona: Direcció General de Salut Pública. 2003.

TEMA 92. PREECLAMPSIA

ELISABET RIBAS ROMERO

ÍNDICE

1.- Introducción.
2.- ¿A quien puede afectar?.
3.- Tipos.
4.- Signos y Sintomas.
5.-Tratamiento
6.- Posible prevención.
7.- Bibliografia.

1.- INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es una complicación que se puede generar en el embarazo, afecta alrededor del 5 % a las mujeres gestantes.

Para su diagnostico es necesario tener en cuenta:

- Hipertensión arterial (presión alta).
- Proteínuria después de la semana 20 de embarazo.

La enfermedad se puede presentar pasadas las 20 semanas de embarazo, aunque la mayoría de los casos diagnosticados son a partir de la semana 37.

2.- ¿ A QUIEN PUEDE AFECTAR?

- Una mamá primeriza.
- Mujeres con antecedentes familiares de preeclampsia.
- Mujeres con embarazo de múltiples.
- Mujeres menores de 20 años y mayores de 40 años.
- Mujeres que padecen de Hipertensión arterial o enfermedades renales antes de la gestación.

3.- TIPOS:

La Preeclampsia Leve:

Hipertensión arterial:

- ✓ PS: 140-165 mmHG
- ✓ PD: 90-105mmHG
- ✓ Aumento mantenido de 30mmHg en la PS y 15mmHg en la PD

Retención de líquidos:

En manos y párpados si persiste después de 8hrs de reposo o un aumento rápido de peso entre 0.5 y 1 Kg por semana.

Proteínas en la orina:

- ✓ 0.5 a menos de 5g/L en orina de 24 hrs.
- ✓ 1 ó 2 + - 1g/L en orina recogida al azar por cateterismo

La Preeclampsia Severa:

Hipertensión arterial:

- ✓ PS superior a 165mmHg
- ✓ PD superior a 105mmHg

Retención de líquidos:

- ✓ Edema generalizado y visible que persiste tras el descanso nocturno.

Proteínas en la orina:

- ✓ De 5g/L ó más en orina de 24 hrs

4.- SIGNOS Y SINTOMAS

- Hipertensión arterial: 140/90 o más alta
- Presencia de proteinuria: 300 mg en una recolección de 24 horas
- Edema en las manos, pies o cara: Especialmente alrededor de los ojos.
- Dolores de cabeza que no ceden, incluso tomando medicación.
- Cambios en la visión, doble visión, visión borrosa, destellos de luz
- Súbita ganancia de peso de 1 kg o más en el lapso de una semana.
- Dificultad para respirar, jadeo, o falta de respiración.

- Posibles manifestaciones:

  - ✓ Sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia.
  - ✓ Baja autoestima.
  - ✓ Poca realización personal.
  - ✓ Nerviosismo como estado permanente .
  - ✓ Dificultad para concentrarse.
  - ✓ Comportamientos agresivos.
  - ✓ Dolor de cabeza.
  - ✓ Taquicardia.
  - ✓ Insomnio.
  - ✓ Bajo rendimiento.
  - ✓ Absentismo laboral.
  - ✓ Impaciencia e irritabilidad.
  - ✓ Comunicación deficiente.

5.- TRATAMIENTO

PREECLAMPSIA LEVE:

- Reposo en decúbito latera recomendado lado izquierdo
- Dar benzodiacepinas: diazepam 5 mg 1 o 2 veces al día, si presenta ansiedad.
- El embarazo se interrumpe en la semana 37 o antes.

PREECLAMPSIA SEVERA

- Interrumpir el embarazo.
- Estudio analítico completo, comprobación de la diuresis, medición de la presión venosa central, balance hídrico y pruebas de coagulación.

6.- POSIBLE PREVENCIÓN

No hay manera directa de prevenir la preeclampsia, pero a continuación se describen algunas recomendaciones:

- ✓Siga las instrucciones de su médico acerca de la dieta y el ejercicio.
- ✓Use poca o no sal en sus comidas.
- ✓Beba de 6 á 8 vasos de agua al día.
- ✓No coma muchos alimentos fritos o comida chatarra.
- ✓Descanse.
- ✓Haga ejercicio habitualmente.
- ✓Elevar sus pies varias veces durante el día.
- ✓Evite el consumo de alcohol.
- ✓Evite las bebidas que contengan cafeína.
- ✓Su médico puede sugerir que tome medicamentos prescritos y suplementos.

7.- BIBLIOGRAFÍA

- Fernanda D. Riesgo predictivo de preeclampsia: datos clínicos, doppler y bioquímica. Primera ed. Fromm Verlag; 2016.

- Fernando J, Tena G, Alberto G. Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Segunda ed. McGraw-Hill Interamericana de España S.L; 2014.

- Baby center: Preeclamsia. [actualizado 26 Abril 2018]. Disponible en:
- https://espanol.babycenter.com/a700346/preeclampsia

TEMA 93. PROTECCION RADILOGICA EN PEDIATRIA

MARIA DEL CARMEN MOLINA VELEZ
MARIA CATALINA SOTO PEDREÑO

- **INDICE**
- **1 INTRODUCCION**
- **2 RIESGOS DE LAS RADIACIONE IONIZANTES**
- **3 ACTUACION DE EL PERSONAL RADIOLOGICO**
- **4. BIBLIOGRAFIA**

INTRODUCCION

- Es muy importante para todos los trabajadores que trabajen con niños , conocer los efectos que producen las radiaciones producidas por los rayos X y las medidas que podemos tomar para prevenirlas

INTRODUCCION

- Hay un compromiso con EE.UU. y Europa, que incluye organismos de salud, autoridades y fabricantes de equipos, en reducir al mínimo las dosis de radiación en niños Para reducir este riesgo, la Unión Europea aprobó en enero de 2014 una nueva legislación por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección frente a los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes (Directiva 2013/59/Euratom**).**

2. RIESGOS DE LAS RADIACIONES IONIZANTES

- Efectos no estocásticos (o no probabilísticos). Son los efectos que vienen determinados por una dosis una dosis . Por ejemplo, si una dosis de rayos X excede de 100 rem, se observará un enrojecimiento de la piel, tras cierto nivel de dosis se producen cataratas en los ojos, etc.
- Efectos estocásticos (probabilísticos). Son efectos que pueden aparecer, pero no dependen de ninguna dosis es una probabilidad de que estos efectos se produzcan. Los ejemplos más conocidos son el desarrollo de cáncer y las mutaciones genéticas.

RADIACIONES IONIZANTES

- Con la misma prueba diagnóstica, un niño puede recibir hasta cuatro veces más radiación que un adulto si no se utiliza la técnica apropiada", por lo que tiene cuatro veces más posibilidades de desarrollar un cáncer radioinducido, afirma Gloria Gómez Mardones, responsable de Asuntos Profesionales de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) y jefe de servicio del Hospital Niño Jesús de Madrid.

3.ACTUACION DE EL PERSONAL RADIOLÓGICO

- Todos los profesionales de la salud deben seguir trabajando unidos para asegurar datos basados en evidencia adecuados para la utilización de las imágenes.
- Formación de el personal en avances tecnológicos.
- Reducir al máximo posible la zona a estudiar. (buena utilización de los colimadores)

3.ACTUACION DE EL PERSONAL RADIOLÓGICO

- Reducir al máximo los factores de exposición tan bajos como sean posibles (kv , mAs)
- Protección de regiones mas radio sensibles que estén fuera de el área de exploración
- Buena inmovilización de el paciente , utilizando para ello las movilizaciones (tales como pigg-o-) así evitaremos repeticiones.

4.- BIBLIOGRAFIA

- Donnelly LF, Emery KH, Brody AS. et al. Perspective. Minimizing radiation dose for pediatric body applications of single detector helical CT: strategies at a large children's hospital. AJR Am J Roentgenol 2001; 176: 287.
- Fricke BL, Donnelly LF, Frush DP. et al. In-plane bismuth breast shields for pediatric CT: Effects on radiation dose and image quality using experimental and clinical data. AJR Am J Roentgenol 2003; 180: 407-411. .

BIBLIOGRAFIA

- Mondaca A Dr. Roberto, Por que reducir la dosis en radiación de pediatria MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(1) 21-26 Revista Chilena de Radiología. Vol. 12 Nº 1, año 2006; 28-32.

- Efectos estocásticos y no estocásticos J. E. Amaro 26-05-2006 https://www.ugr.es/~amaro/radiactividad/tema7/node19.htmlh.

TEMA 94. PÚRPURA DE SCHONLEIN-HENOCH EN PACIENTE DE 3 AÑOS

MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

ÍNDICE

- DESCRIPCIÓN DEL CASO
  - EXPLORACIÓN FÍSICA
  - EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
  - PLAN
- DIAGNÓSTICO
  - JUICIO CLÍNICO
  - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- COMENTARIO FINAL

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- Escolar de 3 años de edad, con calendario vacunal en regla y sin antecedentes de interés, acude a urgencias derivado desde SUAP por lesiones purpúricas en miembros inferiores acompañadas de edema y artralgias en dicha región, de 9 horas de evolución. Ingresado hace 15 días por episodio de gastroenteritis aguda. Refieren que hace 72 horas, inició cuadro de fiebre elevada hasta 39.3ºC siendo diagnosticado de otitis media aguda izquierda instaurándose tratamiento con amoxicilina e ibuprofeno.

- No refieren vómitos ni dolor abdominal. Diuresis y deposiciones normales. Ausencia de afectación escrotal ó neurológica. No historia de hemorragia digestiva. Rechazo parcial del alimento. No otros síntomas asociados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- **EXPLORACIÓN FÍSICA**
  - Peso: 16 Kg. TA: 100/79. FC: 124 lpm. Tº: 36.9ºC. AEG. Adecuada coloración, bien hidratado y nutrido. Cráneo, cara y cuello normoconfigurados, no se palpan adenopatías cervicales.
  - Tórax normoconfigurado, sin signos de distrés respiratorio.
  - Auscultación normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso, sin masas ni visceromegalias. Pulsos palpables y simétricos. No afectación escrotal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- **EXPLORACIÓN FÍSICA**
  - Lesiones purpúricas palpables y dolorosas a nivel de ambos miembros inferiores , de rodillas hacia abajo sobretodo en cara posterior de pierna derecha de unos 2x1 cm. Se palpa edema a nivel de dorso de ambos pies. No petequias ni equímosis.
  - A nivel locomotor artralgias a nivel de todas las articulaciones de ambos miembros inferiores que limitan la movilidad activo/pasiva de las mismas.
  - Activo y reactivo, tono, fuerza y motilidad normales.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

  - Bioquímica: Glucosa 107; urea 30; creatinina 0.21; sodio 139; potasio 4,4; procalcitonina 0.23 ng/mL; PCR 2.6 mg/dl. Coagulación: TP 11,3 seg; actividad de protrombina 99.5%; TTPA 27.6 seg; fibrinógeno 457.6 mg/dl. Hemograma: Leucocitos 16500 (71.2%N; 21.6%L; 6.8%M); Hb 11,2; HTC 32.4%; plaquetas 353000. Orina (Anormal y sedimento): Sin hallazgos patológicos. Índice proteínas/Creatinina: 0.07 mg/dl.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- **PLAN**

  - Se ingresa con monitorización de constantes, analítica incluyendo orina simultánea, fluidoterapia IV, reposo, dieta blanda e ibuprofeno . Ante ausencia de abdominalgia, afectación escrotal, hemorragia digestiva y/o afectación renal no se administra terapia corticoidea.

DIAGNÓSTICO

- **JUICIO CLÍNICO**
  - Púrpura de Schonlein-Henoch

DIAGNÓSTICO

- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
  - Coagulación intravascular diseminada.
  - Endocarditis.
  - Pancreatitis.
  - Púrpura trombocitopénica.

COMENTARIO FINAL

La púrpura de Schonlein Henoch es una enfermedad que consiste en puntos de color púrpura en la piel (sobre todo en glúteos piernas y codos), dolor articular, problemas gastrointestinales y glomerulonefritis. Es producida por una respuesta anormal del sistema inmunitario. Se observa en niños, pero puede afectar a personas de cualquier edad y es más común en los niños que en las niñas. Muchas personas con esta enfermedad han tenido una afección en las vías respiratorias altas en las semanas previas.

COMENTARIO FINAL

En la exploración se examina el cuerpo y se observa la piel. El examen físico revelará úlceras y la mayoría de los casos desaparecen por sí solos sin tratamiento. Si los síntomas persisten, están indicados los corticosteroides. Algunos problemas renales así como la posibilidad de hemorragias internas son complicaciones poco habituales de este síndrome

BIBLIOGRAFÍA

- **Libro:** Ardoin SP, Fels E. Vasculitis syndromes. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds.Nelson Textbook of Pediatrics 2003

TEMA 95. QUEMADURAS EN NIÑOS

MARIA DEL CARMEN GONZÁLEZ MONTIEL

ÍNDICE

- RESUMEN
- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGIA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES

RESUMEN

Niña de 15 meses, acude al servicio de urgencias de atención primaria, acompañada por sus abuelos por quemadura en la mano izquierda tras poner esta sobre un foco de luz exterior situado en la calle por donde estaban paseando. En la exploración física se observa una quemadura de 2º grado con el 2% de Superficie Corporal Quemada, con gran flictena en la palma de la mano. En el SUAP se realiza desbridamiento del flictena y se da comienzo a las curas. Se deriva a su Centro de salud para continuar con las curas y se hace interconsulta al servicio de cirugía plástica.

INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son la 3ª causa de muerte por accidente en niños < de 14 años y la 2ª en < de 4 años. La mayoría de las quemaduras ocurren en el ámbito doméstico, siendo las producidas por agentes térmicos las de mayor incidencia. Por localización las extremidades superiores, seguidas de cabeza y cuello son las zonas más frecuentes de quemaduras(1).

Definición de quemadura:
Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos por agentes químicos, físicos y a veces bilógicos; las alteraciones que producen van desde el eritema a la destrucción de estructuras(2).

La clasificación de las quemaduras puede ser según:

- Grado de profundidad (1,3):
  - Quemaduras de primer grado.
  - Quemaduras de segundo grado (superficiales o profundas)
  - Quemaduras de tercer grado.
- Extensión
  - Regla del 9% (divide al cuerpo en secciones que representan el 9 por ciento del total del área de la superficie del cuerpo).

Las quemaduras en las manos tienen un elevado significado funcional. La mayoría afectan a las palmas debido al cierre del puño como acto reflejo cuando se toca un objeto caliente (4).

OBJETIVOS

- Exponer el caso clínico de quemadura accidental en el ámbito doméstico por agente térmico.
- Incidir en la importancia de la elaboración de un plan de cuidados individualizado.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Cochrame plus y Google académico.

Se utilizaron como palabras claves los términos: niña, children, cuidados, enfermería, quemadura.

La búsqueda se centro entre las fechas 2010-2018. Artículos tanto en ingles como en castellano.

Para la elaboración del plan de cuidados se valoran los patrones funcionales de Marjory Gordon, usando la taxonomía NANDA para el enunciado de los diagnósticos, la taxonomía NOC y NIC para el establecimiento de objetivos y la planificación de actividades.

RESULTADOS

Exposición del caso:

La familia de la niña solicita atención sanitaria en el SUAP de Lorca, Murcia la noche de la quemadura. Se atiende a la paciente que tiene quemadura en la mano izquierda, en la palma, producida al tocar un foco de luz exterior hace 1 hora en la calle por donde paseaba. Se realiza la primera cura y se deriva a su médico de atención primaria y a la unidad de quemados del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

La paciente no tiene AMC, sin cirugías previas, vacunas correctas. Desarrollo psicomotriz de acuerdo a la edad. No hay antecedentes personales con especial relevancia.

RESULTADOS

En la exploración física se evidencia quemadura de 2º grado con gran flictena palmar y en dedos anular y corazón. Hemodinámicamente estable, afebril, consciente y orientada. Refiere dolor en mano. Resto de valoración normal.

Se administra tratamiento para el dolor vía oral, Ibuprofeno en suspensión oral y se procede al desbridamiento del flictena y cura con “Linitul” y “Flamazine Cerio”.

Se da alta a domicilio con las siguientes recomendaciones: cura cada 48 horas en su centro de salud, revisión en la unidad de quemados (le llamaran por teléfono para darle la cita) e ibuprofeno v.o. cada 8 horas si presenta dolor.

RESULTADOS

Plan de cuidados:

- Diagnóstico: Dolor agudo R/C agente térmico M/P llanto, conducta de defensa y protección, irritabilidad.
- Objetivos:
    - Control del dolor
    - Nivel del dolor
- Actividades:
    - Administración de analgésicos.
    - Manejo del dolor.

RESULTADOS

- Diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea R/C quemadura M/P interrupción de la continuidad de la piel con destrucción de las capas cutáneas.
- Objetivos:
    - Curación de la herida.
- Actividades:
    - Inmovilización de la mano.
    - Administración de medicación tópica.
    - Vigilancia de la piel.

DISCUSIÓN

La prevención de las quemaduras es un importante reto en el campo de la pediatría.
El tratamiento de elección para la quemadura ha favorecido la pronta cicatrización por la formación de escara y epitelización, puesto que la sulfadazina argéntica , fármaco antibiótico junto con el nitrato de cerio, potencian la acción antimicrobiana de la sulfadazina (5) y esto acompañado de apósitos de Linitul (cicatrizante) que actúa estimulando el flujo sanguínea y reduce la desecación de la zona afectada (6).

DISCUSIÓN

En este caso la piel se regenera muy rápido y sin infecciones por lo que se prescribe herida cicatrizante “Cicapost ISDIN”.

El proceso dura 55 días desde la producción de la quemadura hasta que se da el alta a la niña.

Una vez terminado el proceso se da el alta a la paciente de las consultas de quemados y por parte de su enfermera de zona, y tendrá que seguir las recomendaciones estándar para las quemaduras, proteger del sol la zona y mantenerla bien hidratada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peñalba CA, Marañón PR. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. Tratamiento de las quemaduras de urgencias. Sección de Urgencias Pediatricas. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. [Internet].2010. [citado 29 enero 2016] Capitulo 22. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/tratamiento_de_las_quemaduras_en_urgencias.pdf

2. Gómez M PA, Palao D R, Vernetta R O. Quemados. Valoración y Criterios de Actuación. [Internet].2009. [citado 28 enero 2016] Capitulo 1. Disponible en: http://quemadosvaloracionycriterios.blogspot.com.es/2010/06/quemadosvaloracion-y-criterios-de.html

BIBLIOGRAFÍA

3. Aserraf D. Quemaduras de 1,2 y 3 grado.[Internet].2012. [citado 28 enero 2016] Disponible en:https://quemaduras.wordpress.com/definicion-y-tipos-de-quemaduras/

4. De los Santos CE. Guía Básica para el tratamiento del paciente quemado. [Internet]2005. [citado 30 enero 2016] Capitulo 10. Disponible en: http://www.indexer.net/quemados/quemaduras_regionales.htm

5. Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Flamazzine Cerio Crema. [Internet]2014. [citado 30 enero 2016]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs//p/58354/P_58354.pdf

BIBLIOGRAFÍA

6. Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Linitul apósitos impregnados. [Internet]2012. [citado 30 enero 2016]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/p/32591/P_32591.pdf
7. Heather Herdman T. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. Barcelona: Elsevier; 2012.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
9. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

BIBLIOGRAFÍA

4. De los Santos CE. Guía Básica para el tratamiento del paciente quemado. [Internet]2005. [citado 30 enero 2016] Capitulo 10. Disponible en: http://www.indexer.net/quemados/quemaduras_regionales.htm
5. Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Flamazzine Cerio Crema. [Internet]2014. [citado 30 enero 2016]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs//p/58354/P_58354.pdf
6. Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Linitul apósitos impregnados. [Internet]2012. [citado 30 enero 2016]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/p/32591/P_32591.pdf
7. Heather Herdman T. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. Barcelona: Elsevier; 2012.
8. Moorhead S., Johnson M., Maas M., Swanson E. Clasificación

TEMA 96. RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

PILAR VILLAESCUSA SANCHEZ

JESÚS GUIRAO MANZANO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. MATERIAL Y MÉTODO
4. RESULTADOS
5. CONCLUSIONES

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son una de las más frecuentes causas de muerte, fundamentalmente las de origen cardiaco.

Pese a las mejoras técnicas su pronóstico no ha mejorado de manera ostensible debido a la demora en el inicio de la reanimación cardiopulmonar. El tiempo transcurrido en parada cardiorespiratoria, la causa de esta y los antecedentes del paciente, pese a su importancia, son secundarios frente a la rapidez en la atención y la efectividad de las maniobras de resucitación.

El entrenamiento permite minimizar el tiempo transcurrido desde la parada hasta el inicio de las maniobras y mejora la efectividad, así como la variabilidad asistencial. Muchos estudios publicados inciden en la mejora de calidad de vida y la existencia de menos complicaciones en los pacientes que reciben de forma precoz las maniobras de resucitación.

La frecuencia del fracaso en muchos intentos justifica la necesidad de formación en estas situaciones de emergencia para profesionales de Atención Primaria.

2. OBJETIVOS

-Investigar el grado de conocimiento de los Profesionales Enfermeros de Atención Primaria sobre resucitación cardiopulmonar y relacionarlo con el tiempo de experiencia profesional.

-Averiguar la asistencia a cursos de reciclaje.

-Comprobar la existencia de cursos sobre el tema impartidos en el Area Sanitaria y comparar con otras áreas y comunidades autónomas.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal realizado en los Centros de Salud de nuestra Área Sanitaria.
Elaboración de cuestionario anónimo.

4. RESULTADOS

- No existen diferencias significativas por grupos de edad ni experiencia profesional.
- La asistencia a talleres y cursos no llega al 20% de la población objetivo del estudio.
- El nivel de conocimiento sobre el tema no alcanza el necesario para la correcta aplicación de los medios disponibles.

5. CONCLUSIONES

- En Atención Primaria los profesionales de Enfermería no conocen adecuadamente las técnicas de RCP ni el manejo del aparataje.
- Es necesaria la implementación de cursos y talleres así como la mentalización de los profesionales para asistir a los mismos.
- El reciclaje es fundamental para mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes con parada cardiorespiratoria y disminuir la aparición de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

-Platero J.M., García Bermejo P., et al. Reanimación cardiopulmonar básica en atención primaria. Servicio de Urgencias. Hospital De La Ribera. Alzira. http://www.sld.cu.
-García Rodriguez J.A., Martinez de los Reyes C., et al. Urgencias en Atención Primaria: Resucitación Cardiopulmonar Básica.Mangama.2012.
-Menendez Suso J.J.,Reanimación cardiopulmonar básica en pediatría.Pediatr integral.2014.XVIII(4):252-260. https://www.pediatriaintegral.es

TEMA 97. CASO CLINICO: GEA POR SALMONELLA

GEMMA ALONSO SANCHEZ

ÍNDICE

- **Motivo de consulta. Antecedentes personales.**
- **Exploración física.**
- **Pruebas complementarias.**
- **Evolución.**
- **Diagnóstico.**
- **Diagnóstico diferencial.**
- **Bibliografía.**

MOTIVO DE CONSULTA
ANTECEDENTES PERSONALES

Paciente de 63 años que refiere desde hace dos días deposiciones líquidas de color verde oscuro, y tres episodios de vómitos, acompañado todo ello de sensación distérmica. No refiere transgresión dietética, ni familiares con la misma clínica. Se remite a urgencias debido a la que las deposiciones son incesantes. No refiere enfermedades previas de interés ni toma ninguna medicación.

EXPLORACION FISICA

Buen estado general, TA 150/90, eupneico y afebril. Normohidratado y normocoloreado. SNC: sin signos de focalidad neurológica en la exploración por pares craneales.

Auscultación cardiopulmonar: rítmica y sin soplos, sin ruidos patológicos en la auscultación pulmonar.

Exploración abdominal: blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio y fosa ilíaca derecha sin signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni visceromegalias.

Miembros inferiores sin masas ni megalias palpables.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica: Bioquímica: Glucosa 142. Urea 64, Creatinina 1.3. Iones normales. Gases venosos sin acidosis. PCR 21, Hemograma con 12400 leucocitos con 87% neutrófilos, resto normal.
Radiografía de abdomen. Sin alteraciones patológicas.
Se toma coprocultivo.

EVOLUCIÓN

Durante su estancia en urgencias recibió tratamiento con soporte hídrico y se inicio tratamiento antibiótico con ciprofloxacino ante la sospecha inicial de diarrea de etiología bacteriana.

Su médico de cabecera continuó el seguimiento del paciente que, cuatro días más tarde el recogió el resultado del coprocultivo positivo para Salmonella spp sensible a ciprofloxacino.

DIAGNÓSTICO

Gastroenteritis aguda por Salmonella.

Actualmente, las GEA se clasifican:

No inflamatorias, originadas por **enterotoxinas**.

Inflamatorias, que engloban a las GEA producidas por **citotoxinas** y por **gérmenes enteroinvasivos** (fiebre y abundantes leucocitos, mucosidad y sangre en las heces).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Enfermedad inflamatoria intestinal,
Infección de orina,
Gastroenteritis aguda de origen vírico.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, Lagarde Sebastián M, Maestro de la Calle G, Pérez Ordoño L, Vila Santos J. Manual de diagnóstico y terapéutica médica Hospital Universitario 12 de Octubre. 7ªed. Madrid: Univadis; 2012.

TEMA 98. CÁNCER DE PRÓSTATA y PSA EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA SÁNCHEZ RODENAS
LUZ MARÍA SABATER GARCÍA
FRANCISCO JOSÉ VALERO MENA

ÍNDICE

- PRESENTACIÓN DEL CASO
- EXPLORACIÓN FÍSICA
- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
- DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA
- DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
- TRATAMIENTO
- DISCUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

PRESENTACIÓN DEL CASO

ANAMNESIS:

Motivo de consulta: varón de 66 años que acude a consulta por urgencia miccional y pérdida de fuerza en el chorro de orina.

Antecedentes personales: hipertensión arterial e hipercolesterolemia. No presentaba otros hallazgos de interés, si bien refería alergia a las gramíneas.

Un año antes había acudido a Urgencias por retención aguda de orina con posterior resolución y sin hallazgos patológicos en la analítica y cultivo de orina. No destacaban otros antecedentes familiares de interés.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En el tacto rectal se palpa una próstata de tamaño normal de consistencia pétrea, destacando un nódulo de consistencia mayor en el lado izquierdo no doloroso al tacto.

El resto de los hallazgos de la exploración física fueron anodinos.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

En la analítica de control aparece un antígeno prostático específico (PSA) de 11,20 ng/ml con un cociente de PSA libre/total de 0,05.

DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA

La valoración clínica inicial se centraba en la importancia de descartar una neoplasia de próstata. Para ello fue necesario remitir al paciente para la realización de una biopsia de 12 cilindros.

Diagnóstico diferencial: Debemos estar alerta ante pacientes con hematuria y síntomas de obstrucción de la salida vesical en busca de otras causas posibles de nódulos prostáticos, por ejemplo: hiperplasia benigna de próstata, inflamación crónica y prostatitis, tuberculosis de próstata, quistes y cálculos prostáticos.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Se deriva para biopsia de 12 cilindros que diagnostica de **adenocarcinoma de próstata.** En ella aparece una afectación del lóbulo derecho de un 10-20% de la zona media y el izquierdo con afectación más extensa (50 y 60 % de la base, 20 y 70% de la zona media, y 90 y 100% del ápex).

- Score de Gleason: lóbulo derecho 6 y lóbulo izquierdo 7.
- Grado pronóstico: lóbulo derecho 1 y lóbulo izquierdo 2.
- Patrón cribiforme pobremente diferenciado y focalmente glomeruloide. Sin infiltración de grasa periprostática ni de vesículas seminales, pero con invasión perineural. Además se

- apreciaban focos de atrofia glandular y Pin de alto grado cribiforme en cilindros del ápex izquierdo.
- Respecto a la inmunohistoquímica, con técnica de DUO próstata se confirma la ausencia de células basales y se observa la positividad para Racemasa en el componente neoplásico.

Pendiente de tratamiento por parte de Oncología y Urología en el hospital.

TRATAMIENTO

El paciente acudió a consulta pendiente aún de que le comunicasen la toma de decisión sobre el manejo terapéutico del mismo. Sin embargo, a modo general, exponemos el manejo del cáncer de próstata según las características del mismo:

Si el tumor está organoconfinado, se puede recurrir a la cirugía para la extirpación del mismo (prostatectomía radical), si bien presenta dos inconvenientes principales: la impotencia (80%) y la incontinencia (8%). Otras alternativas serían la radioterapia externa y braquiterapia, encontrándose tasas de curación próximas a la cirugía en el primer caso.3

EVOLUCIÓN

Tras la biopsia, el paciente acude con el informe del anatomopatólogo y está pendiente de que le informen del tratamiento a seguir. El paciente parece ajeno al problema que presenta y se le informa cuidadosamente de la importancia del asunto.

DISCUSIÓN

El antígeno prostático específico (PSA) se incorporó a la práctica clínica habitual en los años 90 con el objetivo de detectar el mayor número de casos de neoplasia de próstata, siendo ésta la neoplasia sólida más frecuente de Europa (214 casos por cada 1000 varones). Sin embargo, el rendimiento de esta prueba de detección precoz ha resultado limitado al no determinarse diferencia entre la mortalidad global y la específica tras el cáncer tras 15 años de seguimiento (1).

Según la guía de la Sociedad Europea de Urología (3), se ha propuesto una determinación basal del PSA a los 40 años de edad en la que podría basarse el intervalo de cribado posterior (grado de recomendación: B). Un intervalo de cribado de 8 años podría ser suficiente en los varones con un valor inicial de PSA ≤ 1 ng/ml. Se determina, además, que no serían necesarios nuevos análisis de PSA en los varones mayores de 75 años con un PSA basal ≤ 3 ng/ml debido a su riesgo muy bajo de fallecer por cáncer de próstata (3).

La determinación de la concentración de PSA ha revolucionado el diagnóstico del cáncer de próstata. El PSA es una serina proteasa afín a la calicreína que producen casi exclusivamente las células epiteliales de la próstata. A efectos prácticos, tiene especificidad de órgano, pero no de cáncer. Por tanto, las concentraciones séricas pueden aumentar en presencia de hipertrofia benigna de próstata (HBP), prostatitis y otras enfermedades no malignas. El valor de PSA como variable independiente es un mejor factor predictivo de cáncer que los hallazgos sospechosos en el tacto rectal o la endoscopia transrectal (ETR). Hay muchos equipos diferentes de análisis comercial para determinar el PSA, pero no existen valores de

referencia internacionales aceptados de forma generalizada. La concentración de PSA es un parámetro continuo: cuanto mayor es el valor, más probabilidades hay de que exista un cáncer de próstata. Esto significa que no hay un valor umbral o límite superior aceptado de forma universal. El hallazgo de que muchos varones pueden tener un cáncer de próstata, a pesar de presentar concentraciones bajas de PSA, ha sido subrayado por los resultados de los estudios recientes. (2)

La necesidad de una biopsia de próstata ha de determinarse en función de la concentración de PSA, un TR sospechoso o ambos. También debe tenerse en cuenta la edad biológica del paciente,

las posibles enfermedades concomitantes (índice ASA e Índice de comorbilidad de Charlson) y las consecuencias terapéuticas. El primer valor elevado de PSA no debería conllevar una biopsia inmediata. El valor de PSA debe comprobarse al cabo de unas semanas con el mismo análisis en condiciones normalizadas (es decir, sin eyaculación ni manipulación, como sondaje, cistoscopia o resección transuretral, y sin infección urinaria) en el mismo laboratorio diagnóstico, utilizando los mismos métodos. Ahora se considera que la norma asistencial es la práctica de biopsias de próstata guiadas por ecografía. Aunque se utiliza un abordaje transrectal en la mayoría de las biopsias de próstata, algunos urólogos prefieren emplear un acceso perineal. Las tasas de

detección de cáncer en biopsias de próstata perineales son equivalentes a las obtenidas mediante biopsia transrectal. (3)

CONCLUSIONES

- El cáncer de próstata es el segundo cáncer más común en el hombre.
- Aumenta con la edad (un paciente con más de 90 años, tiene más de un 90% de posibilidades de tener algún foco canceroso) y los andrógenos.
- Diagnóstico del cáncer de próstata: tacto rectal, PSA y ETR. Para la confirmación se recurre a la biopsia de próstata.

BIBLIOGRAFÍA

1- Jose Maria Abascal Junquera et al.Medicina Clínica (Barcelona). Elsevier. vol. 147 issue 8 (2016) pp: 361-365. ISSN: 23870206. DOI: 10.1016/j.medcle.2016.11.002

2- Panach-Navarrete J, Gironés-Montagud A, Sánchez-Cano E, Doménech-Pérez C, Martínez-Jabaloyas JM. [Use of prostatic specific antigen in primary care (PSA)]. Semergen. 2017 Apr;43(3):189-195. doi: 10.1016/j.semerg.2016.04.023. Epub 2016. Jun 22. Spanish. PubMed PMID: 27344583.

3- A. Heidenreich, M. Bolla, S. Joniau, M.D. Mason, V. Matveev, N. Mottet, H-P. Schmid, T.H. van der Kwast, T. Wiegel, F. Zattoni. Guía Clínica sobre el cáncer de próstata. European Association of Urology 2010.

TEMA 99. SÍNDROME FEBRIL DE PROBABLE ORIGEN RESPIRATORIO

VICTORIA CANDEL GUILLAMÓN
MARIA TERESA MARTÍNEZ GALLEGO
JOAQUÍN MANUEL LACAL LIDÓN
Mª PILAR GONZÁLEZ BAÑOS

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

ANTECEDENTES:

Reacción adversa a AINES y Metamizol.HTA, DM tipo 2, Osteoporosis. Encefalopatía vascular de pequeño vaso. Demencia tipo Alzheimer rápidamente progresiva que sigue revisiones en CE-Neurología. Ingreso en MI hace un año por deterioro cognitivo y fiebre, siendo diagnosticada de probable meningitis herpética. Estenosis canal medular por Hernia discal L4-L5 y L5-S1, Disnea crónica con AMA positiva. Quistes mamarios benignos (lipomas). Apendicectomizada. Estado basal: vive en domicilio familiar y tiene una cuidadora. Deterioro cognitivo severo, pérdida ponderal acompañante con ingesta triturada y agua con jeringuilla. Actividad cama-sillón, no camina y apenas emite lenguaje. No presenta agitación psicomotriz.

EXPOSICIÓN CASO CLÍNICO

ENFERMEDAD ACTUAL:

Mujer de73 años que ingresa de Urg por deterioro cognitivo, con tendencia al sueño e imposibilidad para la ingesta. Además, se detecta fiebre y en la analítica de urgencias leucocitosis y un sedimento de orina con 10-15 leucos tras tomar alguna dosis de cefixima en solución.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Consciente, contesta con el saludo, pero no sabe decir nada más, lenguaje farfullante. Lengua hidratada sin lesiones. AR: aceptable bilateral con algún roncus aislado, sin creptantes. AC: rítrnico a 80 lpm. AB: globuloso, un poco timpánico, blando, no parece doloroso, con ruidos presentes. EEII: no edemas, pulsos palpables, no signos de TVP.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica: Glucosa 156, Urea 50, Creatinina 0.549, Procalcitonina 0.15, Na 144, K 4, PCR 0.6, Hb 13.3, Hto 39.8, VCM 77.3, Leucocitos 14560 (62%S), Plaquetas 274000, Tiempo protrombina 1.4 Sedimento Orina: 10-15 leuc/campo; 5-10 hematíes/campo, abundantes levaduras y presencia de cristales de oxalato cálcico, nitritos negativos.

Urocultivo: Se aíslan múltiples microorganismos, probable contaminación.

Hemocultivos: Se aisla en uno de los frascos un S. viridans, probable contaminación.

ECG: RS a 100 lpm sin alteraciones de la repolarización.

Rx Tórax AP: Sin hallazgos patológicos.

DIAGNÓSTICOS

- Síndrome febril de probable origen respiratorio.
- Somnole
- DM tipo 2.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedad de Alzheimer avanzada y rápidamente progresiva.
- Osteoporosis.
- Estenosis del canal medular y hernias discales lumbares.
- Diarrea con AMA +.

EVOLUCIÓN Y/O COMPLICACIONES

Se intenta levantar al sillón, pero la paciente está muy incómoda por la erosión sacra y se decide mantener en cama con cambios posturales y medidas antiescaras. Se administra tratamiento antibiótico empírico con levofloxacino, broncodilatadores, 02 y sueros con aceptable evolución clínica, presentando como única complicación somnolencia en relación con los fármacos crónicos, objetivando muchas fluctuaciones que no le impiden realizar todas las tomas de alimento. Presenta estreñimiento por lo que se administra lactulosa y se pone enema casen. Es dada de alta en su situación basal.

TRATAMIENTO

- Atorvastatina 40 mg: 0-0-1.
- Efficib 50/1000: 1-0-1.
- Lantus: 14 U por la noche
- Lyrica 75 mg: 0-0-1.
- Omeprazol 20 mg: 1-0-0.
- Lactulosa: 0-1-1.
- Enema Casen cada 3 días si no hace deposición
- Orfidal 1mg: 0-0-1.
- Secalip 145: 0-0-1.
- Venlafaxina 150 mg: 1-0-0.
- Memantina: 1-0-0.
- Flumil 600 mg: 0-1-0.
- Revisión por su médico de A. Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

- BARRA G XIMENA, VIVIANI S TAMARA, PEÑA D ANA MARÍA, CERDA L JAIME. Síndrome febril sin foco y sospecha de infección bacteriana en niños entre 6 semanas y 36 meses. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2008 Ago [citado 2018 Sep 28] ; 79(4): 388-392. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000400006&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000400006.

- Romo Jesús, Muñoz Julián. Protocolo diagnóstico en fiebre de origen desconocido para países en vías de desarrollo. An. Fac. med. [Internet]. 2004 Jun [citado 2018 Sep 28] ; 65(2): 127-132. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832004000200007&lng=es.

- Ernst Daniel, Sanhueza A Luis, Rojas Luis , Aizman Andrés . Fiebre de origen desconocido como forma de presentación atípica de mieloma múltiple: Caso clínico. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 Ago [citado 2018 Sep 28] ; 137(8): 1051-1053. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000800008&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000800008.

TEMA 100. SÍNDROME UÑA-PATELA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MANUEL GARCÍA FENOLLOSA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- CLÍNICA.
- DIAGNÓSTICO.
- PRONÓSTICO.
- TRATAMIENTO.
- CASO CLÍNICO: INTRODUCCIÓN.
- CASO CLÍNICO: EXPLORACIÓN.
- CASO CLÍNICO: RADIOLOGÍA.
- CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.
- INTERÉS.
- CONCLUSIONES.

INTRODUCCIÓN

También se denomina osteoonicodistrofia hereditaria, osteoonicodisostosis, síndrome de Fong o síndrome de Österreicher-Turner.

Muy infrecuente (entre 1 y 22 casos por millón de nacimientos), se describe por primera vez en 1820 por Chatelain, desde entonces aparecen en la literatura series cortas de casos.

Se debe a una reducción de la función del gen LMX1B (cromosoma 9), que trasmite de forma autosómica dominante, con penetrancia y expresividad heterogéneas.

CLÍNICA

Dentro de las manifestaciones clínicas encontramos los siguientes 4 signos considerados cardinales: displasia ungueal (80-99%) de predomino en los primeros dedos de las manos, displasia rotuliana (69-90%) con posible hipoplasia del cóndilo femoral externo e hiperplasia del interno que pueden predisponer a inestabilidad patelar, y genu valgo, cuernos ilíacos externos bilaterales (30-66%) palpables o no y ensanchamiento de las crestas ilíacas, alteraciones ortopédicas del codo (60-90%) en forma de limitación de la extensión y pronosupinación en relación a hipoplasia de los cóndilos humerales y proximal del radio con frecuente luxación posterior de la cabeza radial, exostosis coronoideas o cúbito valgo.

CLÍNICA

Debido al pleomorfismo genético se han descrito numerosas alteraciones asociadas a los anteriores de manera inconstante, como nefropatía (30-42%), sobre todo manifestada como síndrome nefrótico en edades más avanzadas, baja estatura, heterocromía de iris con un halo interno oscuro llamado anillo de Lester (54%), glaucoma, pie equino-varo o plano-valgo, luxaciones de cadera, espina bífida, espondilolisis y espondilolistesis, escoliosis, contracturas congénitas de partes blandas como los meñiques, hipoplasia muscular, síndrome de Plummer Vilson, displasia dentaria, trastornos vasomotores…

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico precisa de la presencia de 2 signos cardinales. Se confirma con la aparición radiológica de los cuernos ilíacos (considerada patognomónica) y el estudio genético molecular.

PRONÓSTICO

Su pronóstico en general es favorable. Puede predisponer a artropatías degenerativas precoces y la luxación rotuliana recidivante es la que determina principalmente su gravedad y alteración funcional, aunque las manifestaciones más graves, con aumento de la mortalidad son las derivadas de la displasia renal.

TRATAMIENTO

Se trata de manera sintomática conservadora, con indicación quirúrgica para los casos de inestabilidad rotuliana y alteraciones funcionales severas de la rodilla. Se han llegado a requerir trasplantes por disfunción renal.

Puede requerir de valoración y tratamiento rehabilitador.

CASO CLÍNICO: INTRODUCCIÓN

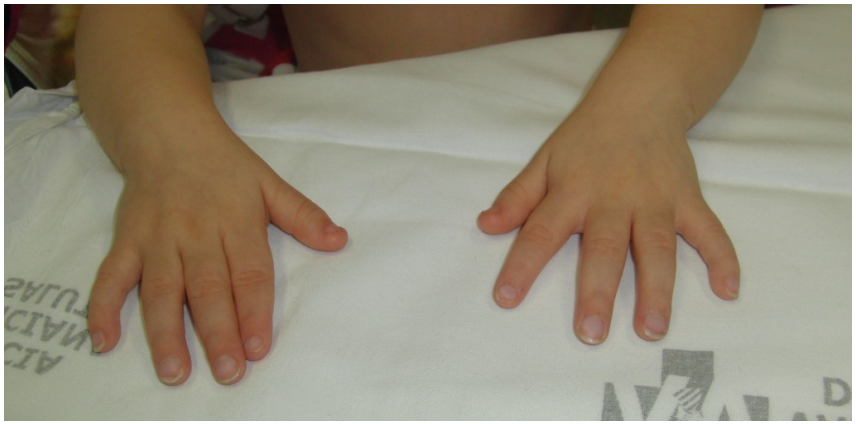
Niño varón de 2 años de edad, remitido a nuestro Servicio por limitación articular de ambos codos en el contexto de un fenotipo sindrómico.

Los padres no refieren antecedentes familiares relacionados, no tiene hermanos. No constan alteraciones ginecológicas o neonatales de interés. Cumple el calendario de hitos psicomotores. Maneja ambos MMSS sin restricción funcional para sus actividades habituales.

CASO CLÍNICO: EXPLORACIÓN

A la exploración física observamos un niño con adecuado desarrollo pondoestatural, eutrófico y bien proporcionado. Presenta una morfología ciliar particular con arqueamiento e hipertricosis distal simétrica, sin que remede rasgos de ningún ascendiente. Muestra distrofia ungueal de predominio en 2º dedos de ambas manos y camptodactilia bilateral de los dedos meñiques La movilidad de los codos se encuentra limitada en 15º para la extensión y en 60º para la supinación, con inestabilidad y dolor a la palpación de las cabezas radiales, sobre todo la izquierda. Objetivamos una actividad manipulativa, actitud postural, patrón de marcha, desarrollo del lenguaje y social adecuados a su edad.

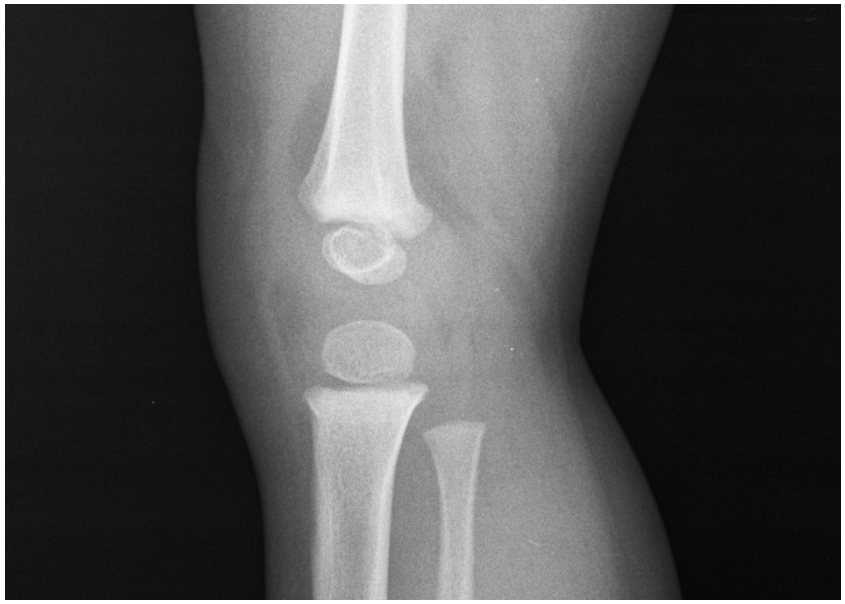
CASO CLÍNICO: EXPLORACIÓN

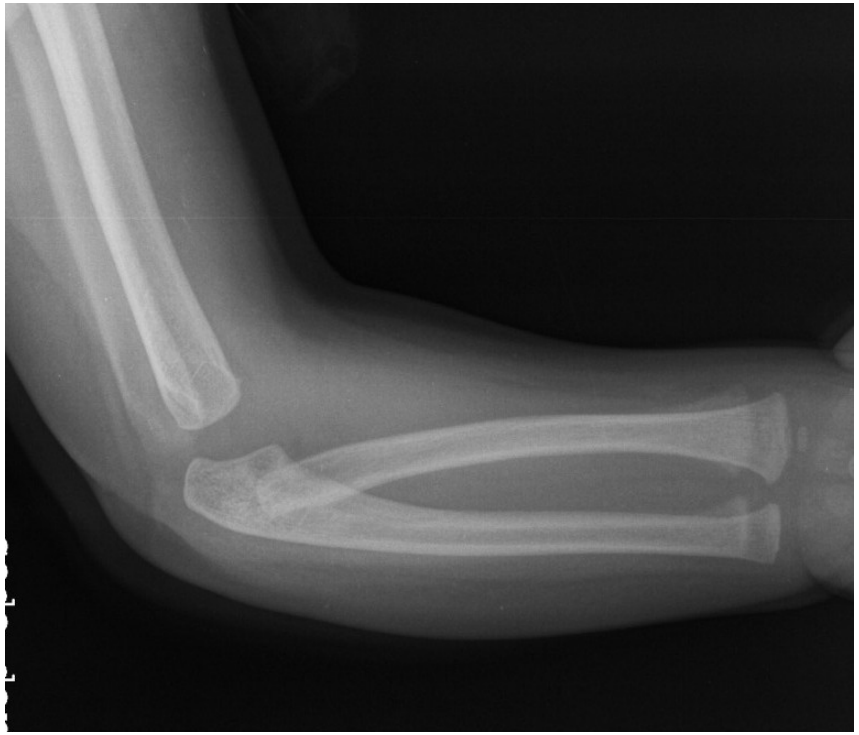


CASO CLÍNICO: RADIOLOGÍA

El estudio radiológico confirma la actitud en flexión del meñique de ambas manos, sin lesión ósea subyacente, permite observar una displasia proximal de ambos radios y de los cóndilos humerales, con luxación posterior de las cabezas radiales (fotografía 4). A nivel pélvico aparecen los cuernos ilíacos característicos del síndrome de uña-rótula y en las rodillas no observamos osificación a nivel rotuliano aunque debido a la edad no podemos atribuirle carácter patológico. Las radiografías de raquis, pies y tobillos y la RMN de columna lumbar no mostraron hallazgos de interés. Se practicó, asimismo un estudio analítico que no arrojó resultados reseñables.

CASO CLÍNICO: RADIOLOGÍA





CASO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO

Pese a que todavía no disponemos de los resultados del estudio genético, podemos establecer el diagnóstico de síndrome de uña-rótula.

CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Ante la benignidad del cuadro y el nivel funcional del niño, optamos por un tratamiento conservador, con controles por su pediatra, ortopeda y médico rehabilitador. En sucesivas evaluaciones detectamos una tendencia al aumento de la supinación (50º bilaterales en la última revisión) a expensas de reducir la extensión del codo (20º en la última revisión), sin que suponga grandes cambios en sus destrezas manipulativas. Permanece asintomático a otros niveles.

INTERÉS

El interés del caso reside en la infrecuencia de la entidad y en las particularidades que conlleva el pleomorfismo de la alteración genética. La ausencia de antecedentes familiares se justificaría con esta variedad fenotípica, habiéndose descrito generaciones no diagnosticadas. También este pleomorfismo podría explicar la alteración ciliar que no encontramos en la bibliografía revisada, pero que parece congruente con el conjunto de alteraciones ectodérmicas en este caso. Pese a que concuerda con el diagnóstico, la aplasia rotuliana no es relevante a el caso, sólo a partir de los 4 años de edad podrá ser concluyente una alteración en la osificación del núcleo rotuliano.

CONCLUSIONES

Deberemos sospechar este síndrome al menos ante la presencia de alguno de sus cuatro signos cardinales, ya desde el nacimiento. Un diagnóstico precoz nos permitirá el asesoramiento familiar y el despistaje de las complicaciones asociadas, así como evitar intervenciones potencialmente dañinas como los AINE en la nefropatía. En este sentido, ante un síndrome uña-rótula, realizaremos screening de nefropatía anual desde el nacimiento y de glaucoma bianual en el adulto. Debido a que se ha descrito un aumento de la fragilidad ósea en pacientes niños y adultos, un estudio densitométrico estaría indicado en fracturas sucesivas o dolor óseo inexplicado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas Planelles A, Arenas Miquélez A, Pombo Manero V, Ortega Arruti JA, Reparaz Padrós J. El síndrome de nail-patella. Presentación de 5 casos. Rev Esp Cir Osteoart 2005;40:78-91.
2. Pina Medina A, Aracil Silvestre J, Gispert Vicens J. Síndrome uña-rótula. Rev Esp Cir Osteoart 1992;27:111-116.
3. Sweeney E, Fryer A, Mountford R, Green A, McIntosh I. Nail patella syndrome: a review of the phenotype aided by developmental biology. J Med Genet 2003;40:153–162.
4. Sweeney E, Hoover-Fong JE, McIntosh I. Nail-Patella syndrome. Genereviews [en línea]. Julio 2009 [ref. de 28 Febrero 2011]. Disponible en web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1132> PMID: 20301311.

TEMA 101. VACUNAS

ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA
ANA MARÍA PARRA CRUZ
MARÍA TERESA ROMERO SANCHEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. DEFINICIÓN
3. COMPONENTES DE LA VACUNA
4. CARACTERÍSTICAS DE LAS VACUNAS
5. CLASIFICACIÓN DE LAS VACUNAS
6. CONTRAINDICACIONES
7. VACUNAS ACTUALES EN ESPAÑA
8. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia las enfermedades infecciosas han supuesto un gran impacto económico, político y militar, además de ser la gran lacra de la humanidad en lo que a la salud se refiere. Afecciones como la peste negra o la viruela acabaron con la vida de millones de personas alrededor de todo el mundo sin, por aquel entonces, encontrar explicación alguna. Fue a partir de la teoría del germen cuando se comenzaba a entender la existencia de microorganismos como causa de algunas de las enfermedades más comunes.[1]

Figurando dentro de los fármacos, las vacunas constituyen un grupo especial dado que se administran a personas sanas, por lo que necesitamos que el beneficio sea mayor al riesgo de producir una reacción adversa. Es decir, las vacunas deben ser lo más seguras posibles.[2]

2. DEFINICIÓN

Según la Asociación Española de Pediatría (AEP) “las vacunas son productos biológicos que contienen uno o varios antígenos que se administran con el objetivo de producir un estímulo inmunitario específico. Este estímulo pretende simular la infección natural, generando una respuesta inmunitaria específica en el sujeto, con el fin de protegerlo en ulteriores exposiciones al microorganismo (con el menor riesgo posible para el individuo)”.[3]

El objetivo del sistema inmunológico es proteger al organismo de los microorganismos patógenos, dicha protección se desarrolla mediante la relación antígeno-anticuerpo. [3]

Los **antígenos** son sustancias extrañas al organismo que provocan la producción de anticuerpos a través de los receptores de los linfocitos B. Tienen dos características especiales: inmunogenicidad y especificidad, es decir, forman anticuerpos y se unen a ellos.

Los **anticuerpos**, también llamados inmunoglobulinas, son proteínas combinadas con un antígeno y formadas por células específicas del sistema inmune. Su función es participar en la respuesta de defensa contra virus, bacterias y parásitos responsables de las infecciones producidas en el organismo. Se dividen en tres secciones:

- Sección variable: reconoce al antígeno y se une a él. Presenta posibilidad de variación.
- Sección constante: activa a los linfocitos. No presenta variación
- Sección bisagra: permite la óptima adaptación al antígeno. [4]

3.COMPONENTES DE LA VACUNA

Las vacunas contienen cinco **tipos de microorganismos** diferentes, siendo el principal el antígeno. Los antígenos pueden presentarse en diferentes formas:

- Virus vivos atenuados: no pueden producir la enfermedad porque son débiles, pero si producen la respuesta inmunitaria.
- Virus inactivados o muertos: no pueden producir la enfermedad pero el cuerpo los reconoce y genera la respuesta inmunitaria para protegerse.
- Virus fraccionados: compuestos por la parte específica del virus inactivado capaz de generar la respuesta inmunitaria.
- Bacterias fraccionadas: compuestas por la parte específica de la bacteria inactivada capaz de generar la respuesta inmunitaria. [5]

Los cuatro restantes **componentes de la vacuna** que colaboran en la eficacia y la seguridad son los siguientes:

- Conservantes: utilizados para prevenir la alteración del medicamento evitando la contaminación por gérmenes.
- Adyuvantes: aumenta la respuesta inmunitaria de manera inespecífica contra el antígeno administrado, es decir, mejora la respuesta inmunitaria. Un ejemplo de adyuvante son las sales de aluminio.
- Aditivos: prolongan la eficacia de la vacuna durante su almacenamiento. Algunos de ellos son: gelatina, sacarosa y glicina.
- Residuos generados durante el proceso de producción: cantidades residuales de sustancias necesarias para la elaboración de la vacuna y que son eliminadas al final de la cadena de producción: antibióticos, proteína de huevo o proteína de levadura. [5, 6]

4. CARACTERÍSTICAS DE LAS VACUNAS

Las vacunas deben reunir seis **características:**

Inmunogenicidad: capacidad de diferentes sustancias para desencadenar una respuesta inmunitaria adaptativa de tipo celular y humoral que a largo plazo constituye la memoria inmunológica. [7]

Seguridad: los estándares de seguridad de las vacunas deben ser muy altos dado que se administran a millones de personas sanas, incluídos niños. [8]

Estabilidad: La estabilidad de vacunas y otros productos biológicos se define como la capacidad que tienen para mantener sus propiedades químicas, físicas, microbiológicas y biológicas dentro de las especificaciones establecidas hasta su fecha de caducidad. [9]

Eficacia: valor protector de una vacuna aplicada en condiciones ideales. se evalúa siempre mediante estudios experimentales: ensayos clínicos controlados y ensayos comunitarios aleatorizados. [10]

Efectividad: efecto directo de la vacuna más el efecto indirecto aportado por la inmunidad colectiva. [6]

Eficiencia: relación entre efectividad vacunal y recursos movilizados (coste) para el desarrollo del programa de vacunación. [11]

5. CLASIFICACIÓN DE LAS VACUNAS

Las vacunas se dividen en dos grandes grupos: vivas atenuadas y muertas o inactivadas. [12]

Vacunas vivas atenuadas: se obtienen a través de la forma del virus o bacteria debilitada, con el fin de mantener su poder antigénico y poder de patogenicidad, existiendo de esta forma la ventaja de actuar como la infección natural en relación a su efecto en la inmunidad. [13]

Vacunas muertas o inactivadas: se producen inactivando un patógeno, normalmente mediante calor o productos químicos, como formaldehído o formalina, que destruyen la capacidad del patógeno para replicarse, pero lo mantienen “intacto” para que el sistema inmune todavía lo pueda reconocer. [12]

VACUNAS ATENUADAS[14]

Bacterianas	Tuberculosis (BCG) y tifoidea oral
Víricas	Sarampión, rubeola, parotiditis, varicela, rotavirus, fiebre amarilla y gripe

Una inquietud que debe tenerse en cuenta es el potencial del virus proveniente de la vacuna para revertirse a una forma capaz de provocar la enfermedad. Las mutaciones que puedan surgir cuando se replica el virus de la vacuna en el cuerpo pueden tener como resultado una cepa más virulenta. Esto es muy poco probable, pues la capacidad que tiene el virus de la vacuna para replicarse es muy limitada; sin embargo, se toma en consideración cuando se desarrolla una vacuna atenuada(12).

VACUNAS MUERTAS O INACTIVADAS[14]

	Víricas	Bacterianas
Células enteras	Pólio parenteral, Hepatitis A, Rabia, Encefalitis centroeuropea y japonesa	Tifoidea parenteral y Cólera oral
Polisacáridos		Neumococo 23 serotipos y Meningococo A, C, Y, y W135
Proteínas purificadas	Hepatitis B recombinante, Gripe fraccionada y Papilomavirus humano	Difteria, Tétanos y Tosferina acelular
Conjugadas		Haemofilus influenzae tipo b, Meningococo C, Neumococo de 10 y 13 serotipos, Meningococo A, C, Y y W135
Proteínas de superficie		Meningococo B

6. CONTRAINDICACIONES

Contraindicación absoluta → Alergias:

- Los alérgicos a la levadura no deberían recibir una de las dos vacunas comercializadas de la hepatitis B y la vacuna tetravalente frente a la infecciones por el virus del papiloma humano.
- Los que tienen una historia de anafilaxia (alergia grave) a la gelatina no deben vacunarse de una de las vacunas comercializadas de la triple vírica y de la varicela.
- Los que tienen una historia de anafilaxia grave a la neomicina o polimixina B no deben recibir vacuna triple vírica, gripe ni la de poliomielitis inactivada.

- Los que tienen una historia de anafilaxia grave al huevo no deben recibir la vacuna de la gripe ni la de la fiebre amarilla. Deben consultar con el médico para la triple vírica.
- Los que tienen una historia de anafilaxia a la estreptomicina no deben recibir la vacuna de poliomielitis inactivada. [15]
- En las enfermedades neurológicas evolutivas están contraindicadas las vacunas contra la tos ferina y la fiebre amarilla, ya que pueden provocar reacciones adversas en el sistema nervioso central; pero cuando se trate de enfermedades neurológicas estables, no evolutivas, se deben aplicar las vacunas según las pautas normales para la edad. [16]

Contraindicaciones temporales:

- Edad de administración: la vacuna triple vírica y la hepatitis A deben administrarse a partir de los doce meses, la antigripal a partir de los seis meses y la difteria y tosferina de alta carga sólo hasta los siete años.

- Embarazo: están contraindicadas todas las vacunas de virus vivos por el riesgo potencial de provocar lesiones del desarrollo del feto, a excepción de la polio, antitifoidea oral y fiebre amarilla en situaciones especiales. [16]
- Inmunodeficiencias: las vacunas con gérmenes vivos están en términos generales contraindicadas, ya que en los niños con inmunodeficiencias pueden provocar la enfermedad de forma grave. Hay ciertas situaciones de inmunodeficiencia, como en la de niños con sida que, según los niveles de linfocitos que tengan, se les podría administrar o no la vacuna triple vírica y la de la varicela. [16]
- Enfermedad aguda: por un principio de precaución, las vacunas no deben administrarse en el curso de infecciones agudas moderadas y graves, pero solo mientras dure esa situación. [14,16]

7. VACUNAS ACTUALES EN ESPAÑA

En el año 2018 contamos con once vacunas disponibles en España, nueve de ellas financiadas y dos no financiadas:

- **Vacuna antihepatitis B**: se debe administrar tres dosis; a los dos, cuatro y once meses de edad.
- **Vacuna frente a la difteria, tétanos y tosferina acelular**: se debe administrar cinco dosis; a los dos, cuatro y once meses de edad, y posteriormente a los seis y doce/catorce años. Estas dos últimas dosis de baja carga antigénica de difteria y tosferina, dado que son de refuerzo.
- **Vacuna antipoliomielítica inactivada**: se debe administrar cuatro dosis; a los dos y cuatro meses, y refuerzo a los once o doce meses y a los seis años. [17]

- **Vacuna conjugada frente al Haemophilus influenzae tipo b**: se debe administrar tres dosis; a los dos y cuatro meses y posteriormente una dosis de refuerzo a los once o doce meses.
- **Vacuna conjugada frente al meningococo C**: se debe administrar tres dosis; a los cuatro y doce meses y una dosis final a los doce años.
- **Vacuna frente al sarampión, la rubeola y la parotiditis**: se debe administrar dos dosis; a los doce meses y a los dos o cuatro años de edad.
- **Vacuna frente a la varicela**: se debe administrar dos dosis; a los doce o quince meses y a los dos o cuatro años.
- **Vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH)**: únicamente para el genero femenino. Preferentemente dos dosis a los doce años con una separación de seis meses entre ellas. Para mayores de doce años se administran tres dosis, una inicial y posteriormente a los dos y seis meses.

Todas ellas están financiadas. [17]

- **Vacuna frente al meningococo B** (no financiada): se debe administrar cuatro dosis: a los dos, cuatro y seis meses y posteriormente una dosis refuerzo a los doce o quince meses de edad.
- **Vacuna frente al rotavirus** (no financiada): se debe administrar dos dosis si es la vacuna monovalente; a los dos y cuatro meses de edad. Si se trata de la vacuna pentavalente, han de administrarse tres dosis; a los dos, cuatro y seis meses. [17]

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Comas Espadas I. Vacunas y Evolución ¿por qué es importante entender la diversidad genética de los patógenos? Sci Stu Jou [Internet]. 2013 [citado 3 Ago 2018]; 4(2014):93-99. Disponible en: http://roderic.uv.es/handle/10550/32512
2. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Seguridad de las vacunas. Contraindicaciones y precauciones. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; ago/2018. [citado el 4 Ago 2018]. Disponible en: http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-3
3. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Generalidades de las vacunas. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; ene/2018. [citado 5 Ago 2018]. Disponible en: http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-1

4. Vargas Flores TI. Antígenos y anticuerpos. Rev Act Clin [Internet]. 2014 [citado 5 Ago 2018]; 44:2314-2318. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682014000500003&script=sci_arttext
5. Healthychildren.org [actualizado 14 Dic 2016; citado 5 Ago 2018]. Disponible en: https://www.healthychildren.org/spanish/safety-prevention/immunizations/paginas/vaccine-ingredients-frequently-asked-questions.aspx
6. Vacunas.org [actualizado 21 Ago 2006; citado 6 Ago 2018]. Disponible en: http://www.vacunas.org/definiciones-en-vacunologia/
7. Valor L, De la Torre I. Comprender el concepto de inmunogenicidad. Reumatol Clin [Internet]. 2013 [citado 5 Ago 2018]; 9(1):1-4. Disponible en: http://www.reumatologiaclinica.org/es/comprender-el-concepto-inmunogenicidad/articulo/S1699258X12002537/

8. Espanol.vaccines.gov [actualizado Dic 2017; citado 6 Ago 2018]. Disponible en: https://espanol.vaccines.gov/b%C3%A1sicos/seguridad/117p/%C3%ADndice.html
9. Farmacopea.org [actualizado Ago 2015; citado 6 Ago 2018]. Disponible en: http://www.farmacopea.org.mx/Repositorio/Documentos/54.pdf
10. Salleras L, Domínguez A, Borrás E, Soldevila N. Eficacia protectora de las vacunas y efectividad de las vacunaciones: Introducción a la medición de la protección directa e indirecta. Vac [Internet]. 2011 [citado 6 Ago 2018]; 12(4):136-146. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1576988711700218
11. II Jornada de actualización en vacunas. Componentes y tipos de vacunas. Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Huelva. Mayo 2017. Disponible en: http://www.fabis.org/documentos/jvii_01.pdf

12. Historyofvaccines.org [actualizado 17 Ene 2018; citado 6 Ago 2018]. Disponible en: https://www.historyofvaccines.org/index.php/es/contenido/articulos/diferentes-tipos-de-vacunas
13. Minsa.gov [actualizado 20 Dic 2017; citado 7 Ago 2018]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/alertas/alerta_0244.pdf
14. Álvarez García F. Características generales de las vacunas. Ped Int [Internet]. 2015 [citado 7 Ago 2018]; 19(10):666-675. Disponible en: https://sepeap.org/numero-dedicado-a-las-vacunas-en-pediatria-integral/
15. Murciasalud.es [actualizado Feb 2018; citado 7 Ago 2018]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=3523&idsec=836#
16. Fernández Cuesta L M. Efectos secundarios y contraindicaciones de las vacunas. Form Act Pediatr Aten Prim [Internet]. 2012 [citado 8 Ago 2018]; 5(3):135-143. Disponible en: https://fapap.es/articulo/206/efectos-secundarios-y-contraindicaciones-de-las-vacunas

17. Vacunasesp.org [actualizado 1 Ene 2018; citado 8 Ago 2018]. Disponible en: https://vacunasaep.org/profesionales/calendario-de-vacunaciones-aep-2018#calendario

TEMA 102. VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL

ANDREA BARLÉS SAURAS

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- VÍAS DE TRANSMISIÓN
- SÍNTOMAS
- POBLACIÓN DE RIESGO
- TRATAMIENTO
- PREVENCIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN

El Virus respiratorio sincitial es un mixovirus RNA que pertenece a la familia de los Paramyxoviridae.

Es la primera causa de infección respiratoria aguda grave En forma de bronquilitis o neumonía y la principal causa de hospitalización por infección del tracto respiratorio inferior En niños menores de dos años en países desarrollados.

La bronquiolitis es una infección respiratoria en la que se inflaman los bronquios y bronquiolos, que son los conductos más pequeños que llevan el aire dentro del pulmón, lo que dificulta la respiración.

VÍAS DE TRANSMISIÓN

El virus respiratorio sincitial se transmite de manera rápida y se puede propagar tanto por vía aérea como por contacto directo.

Afecta de manera especial a la población infantil y suele durar entre 7 y 12 días.

Desde los meses de septiembre-octubre pueden aparecer los primeros casos y durar hasta abril.

SÍNTOMAS

Los síntomas se inician con un resfriado común donde aparecerá congestión nasal, goteo de nariz y en algunos casos fiebre.

Posteriormente el bebé presentará:

- Dificultad respiratoria.
- Tos persistente.
- Respiración ruidosa.

POBLACIÓN DE RIESGO

- Niños pretérmino con edad gestacional inferior o igual a 35 semanas durante el primer año de vida.
- Neumopatías crónicas.
- Cardiopatías congénitas.
- Transplantados.
- Inmunodeprimidos.
- Síndrome de Down.

TRATAMIENTO

En las bronquiolitis agudas el tratamiento es sintomático, dado que es producido por un virus, los antibióticos no son eficaces.

Se recomienda una adecuada hidratación ya sea vía oral o intravenosa.

En los pacientes que precisen ingreso hospitalario se administrará oxígeno si se pone de manifiesto un estado hipoxémico.

Durante la fase aguda no se recomienda la fisioterapia respiratoria.

Se pueden realizar lavados nasales con suero fisiológico para el alivio de los síntomas.

PREVENCIÓN

Medidas higiénicas

- Lavado de manos con agua y jabón.
- Uso de pañuelos desechables.
- Evitar la exposición al humo de tabaco.
- Evitar entornos cerrados con aglomeración de personas.
- Evitar el contacto del bebé con personas y niños con resfriado o fiebre
- Lavar bien los platos y biberones.
- Limpiar los juguetes.

Profilaxis con vacuna Palivizumab.

Es una vacuna compuesta por un anticuerpo monoclonal específico contra el virus.

Su administración es intramuscular mensual. Es una vacuna que ha demostrado ser efectiva como tratamiento preventivo y reduce notablemente los ingresos hospitalarios en pacientes con riesgo.

Se considera muy recomendable la inmunoprofilaxis en:

- Niños menores de dos años afectados de enfermedad pulmonar crónica que han precisado tratamiento en los 6 meses anteriores al inicio de la estación epidémica.
- Niños menores de dos años con cardiopatía congénita y alteración hemodinámica.
- Niños prematuros nacidos a las 28 semanas de gestación y que tengan 12 meses o menos al inicio de la estación epidémica que hayan sido dados de alta durante la misma.

- Niños prematuros nacidos entre las 29 y 32 semanas de gestación que tengan 6 meses o menos al inicio de la temporada del virus respiratorio sincitial o dados de alta durante la misma.

Sera recomendable la vacunación en niños prematuros nacidos entre las 32 y 35 semanas de gestación y menores de 6 meses al inicio de la temporada del virus o dados de alta durante la misma y que presenten 2 o mas factores de riesgo siguientes:

- Edad cronológica por debajo de 10 semanas al inicio de la epidemia.
- Lactancia materna ausente o con una duración inferior a dos meses.

- Tener al menos un hermano en edad escolar.
- Ausencia de guardería.
- Antecedentes de familiares con sibilancias.
- Hacinamiento en la vivienda familiar.
- Malformaciones de la vía aérea o enfermedad neuromuscular.

Administración Palivizumab: Se recomienda iniciar vacunación a mediados de octubre y continuar con una administración mensual hasta mediados de febrero, en total 5 dosis, para obtener una cobertura inmunitaria hasta marzo.

En el caso de que la epidemia se prolongara, se podría administrar una sexta dosis.

La dosis a administrar es 15mg/kg, vía intramuscular, una vez al mes.

Esta vacuna no modifica el calendario vacunal habitual y tampoco afecta en la vacunación antigripal.

BIBLIOGRAFÍA

- Artículos de resvistas:

- Figueras J, Querob J, Doménechc E, López MC, Izquierdo I, Losada A, et al. Recomendaciones para la prevención de la infección por virus respiratorio sincitial. Rev An Pediatr. 2005;63(4):357-62.

- Martínez JL. Palivizumab en la prevención de infección por virus respiratorio sincicial. Rev. chil. pediatr.2002; 73(1): 9-14.

- Sardon O, Korta J, Pérez-Yarza EG. Bronquilitis. Rev An Pediatr. 2007; 6 (5): 332-42-.