

**LIBRO ELECTRÓNICO  
PROVISIONAL  
I TOMO DE LECCIONES EN SALUD  
COMUNITARIA: ATENCIÓN PRIMARIA,  
PEDIATRÍA, GINECOLOGÍA.  
SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2017**

**Sociedad Científica Española de  
Formación Sanitaria**



**Asociación Sanitaria de  
Formación de la Región de Murcia**

**ISBN: Pendiente.**

**Fecha de Publicación: OCTUBRE 2017**

# INDICE DE CAPITULOS

- **TEMA 1. ENFERMERÍA Y AEROSOLTERAPIA.**  
*JUAN MANUEL GÓMEZ TORTOSA, SOLANGEL MONTEAGUDO ROJAS, ALBERTO RAMÍREZ SÁNCHEZ.*
- **TEMA 2. INTERVECIÓN DE ENFERMERÍA EN MUJERES DEPORTISTAS CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.**  
*ANA ESTHER CAMACHO GARCÍA. MERCEDES YUSTE FLORES. EDUARDO MARTINEZ LUJÁN. INMACULADA PÉREZ FERNÁNDEZ.*
- **TEMA 3. SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL.**  
*JUANA ISABEL MARTÍNEZ MENCHÓN.*
- **TEMA 4. ATENCIÓN PRIMARIA: RINITIS O SINUSITIS.**  
*M<sup>ª</sup> LUISA PRECIOSO ARÉVALO.*
- **TEMA 5. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZOS NO DESEADOS EN ADOLESCENTES.**  
*FRANCISCO JAVIER VEGA GARCÍA. ANTONIO PAREJA AGUILAR. MARTA SUÁREZ FERNÁNDEZ.*
- **TEMA 6. SÍNDROME DE ESTRÉS MEDIAL DE LA TIBIA.**  
*MARÍA DE LOS ÁNGELES BUENO CASTAÑEDA. AMPARO MARTÍNEZ VILLALBA. RAQUEL MORELL MARCO. ARTHI GIMENO RUIZ.*
- **TEMA 7. FARMACOLOGÍA EN EL ANCIANO.**  
*LORENA ALONSO SOBRINO. LAURA VALDÉS SOBRECUEVA. MARGARITA TEJÓN MORÁN.*
- **TEMA 8. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**  
*SOFÍA MARTÍNEZ VÍLLA. MARINA PENA LÓPEZ. PAULA MARÍA MORENO SALMERÓN. SELENA COSTELA ALCÁZAR.*
- **TEMA 9. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA GUIADA POR EL BEBÉ.**  
*JUANA GARCIA NAVARRO. GEMA RUBIO POSTIGO. VERONICA FORTE SERRANO. ROSA MARÍA CABRERA MARTÍNEZ.*
- **TEMA 10. ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y DERIVACIÓN DEL PIE DIABÉTICO.**  
*ROCÍO CASTELL CANO. ANA LISBONA SERRANO. ROCÍO JIMÉNEZ LAGUNA.*

# INDICE DE CAPITULOS

- TEMA 11. LOS CENTROS DE SALUD Y LA ATENCION PRIMARIA.  
*RAQUEL ARADRA ROMERA.*
- TEMA 12. ACTUACION ENFERMERA EN LA ATENCION DE CALIDAD PARA LA ARTROSCOPIA DE RODILLA.  
*M<sup>ª</sup> JOSE SASTRE MARTINEZ. JESICA PERONA MARTINEZ. M<sup>ª</sup> DEL MAR RAMOS SIMONELLI. GINA RAMOS SIMONELLI.*
- TEMA 13. HISTERECTOMÍA PASO A PASO.  
*LUZMILA MARÍA SALCAN LONDO.*
- TEMA 14. DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE.  
*ROGELIO JOSÉ RODRÍGUEZ PÉREZ. PILAR DORANTES ROMERO. RAQUEL HERNÁNDEZ GARRIGUES. GARA COSTA JIMÉNEZ.*
- TEMA 15. EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA MUJER CON LA EXPERIENCIA DE PARTO AL USAR PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO.  
*MIRIAM MATENCIO SOLER. GEMA MENÉNDEZ GÓMEZ. MARÍA ÁNGELES HERNÁNDEZ CARRILLO. MARTA SÁNCHEZ LIDÓN.*
- TEMA 16. MASAJE INFANTIL.  
*NATALIA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ. MARTA VERA CAMPOS. LAURA GARCÍA GARCÍA. SANDRA LEÓN GARCÍA.*
- TEMA 17. ANGIOGRAFIA. GENERALIDADES.  
*LAURA ARONSON HELLIN.*
- TEMA 18. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA).  
*LAURA LÓPEZ FERNÁNDEZ. M<sup>ª</sup> CARMEN TORTOLA SAURA.*
- TEMA 19. GUÍA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO. CONSENTIMIENTO INFORMADO.  
*ROSARIO TORAL SIMÓN. ISABEL CUTILLAS ABELLÁN. JESÚS CARPENA VELANDRINO. PILAR VILLAESCUSA SÁNCHEZ.*
- TEMA 20. ESTUDIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN DOMICILIARIA.  
*MARTÍN FLORES SALDAÑA.*

# INDICE DE CAPITULOS

- **TEMA 21. HERPES OCULAR: HERPES ZOSTER VS HERPES SIMPLE.**  
*EVA MARIA CASTELL CANO. CARMEN ROMAN SALIDO.*
- **TEMA 22. THE DOCTOR: CAMBIO DE PERSPECTIVA EN EL PROFESIONAL SANITARIO MODERNO.**  
*LUCÍA MARTIÑO CANGA. LETICIA RODRÍGUEZ RIVERA. CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA. LORENA GARCÍA ARIAS.*
- **TEMA 23. CASO CLÍNICO: ACTUACIÓN URGENTE DE ENFERMERÍA ANTE UNA PACIENTE CON HEMORRAGIA POSPARTO.**  
*PABLO RUIZ GARCÍA.*
- **TEMA 24. GIMNASIA HIPOPRESIVA EN EL POSPARTO.**  
*AMANDA MORENO CASADO.*
- **TEMA 25. PROBLEMÁTICA GENERAL DE LA MUJER GESTANTE CON DIABETES MELLITUS: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN ENFERMERA.**  
*M<sup>º</sup> EMILIA GARCÍA DÍAZ. MARÍA MARTÍNEZ MEDRANO.*
- **TEMA 26. CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA.**  
*PEDRO LUIS RUBIO JIMÉNEZ. MARIA TERESA MORAL NAVARRO. MARIA JOSÉ RUBIO LIÉBANA.*

# **TEMA 1. ENFERMERÍA Y AEROSOLTERAPIA**

**JUAN MANUEL GÓMEZ TORTOSA  
SOLANGEL MONTEAGUDO ROJAS  
ALBERTO RAMÍREZ SÁNCHEZ**

# **ÍNDICE**

- **DEFINICIÓN DE AEROSOLTERAPIA**
- **TIPOS DE AEROSOL**
- **VENTAJAS DE LA AEROSOLTERAPIA**
- **INCOVENIENTES DE LA AEROSOLTERAPIA**
- **BIBLIOGRAFÍA**

# DEFINICIÓN DE AEROSOLTERAPIA

La aerosolterapia consiste en la administración de un fármaco directamente en los bronquios o en los pulmones, por esto la cantidad de fármaco empleada es mucho menor que por otras vías.

La vía inhalatoria se ha utilizado desde hace muchos siglos para la aplicación de medicamentos en las vías respiratorias.

La inhalación es la principal vía a la hora de administrar fármacos cuando hablamos de algunas enfermedades como el EPOC y el asma.

## TIPOS DE AEROSOLES

- Nebulizador tipo Jet: este tipo de nebulizador utiliza oxígeno o aire comprimido. Las partículas que se generan tienen un tamaño de 1 a 15  $\mu\text{m}$ . Con estos nebulizadores cuando el flujo se mantiene entre 6 y 9 L/min se consiguen partículas que son respirables. Son más rápidos que los ultrasónicos.
- Nebulizador ultrasónico: estos nebulizadores vibran a alta frecuencia, normalmente entre 1 y 3 MHz lo que produce las partículas de aerosol. El flujo en estos nebulizadores

oscila entre los 2 y los 20 L/min. Al vibrar se produce un calentamiento del fármaco, por eso no está indicado para utilizarse con antibióticos y otros fármacos en suspensión. Hace menos ruido que los jet

- Inhalador de dosis media: han sido los inhaladores más utilizados durante muchos años. Al pulsar el inhalador sale una cantidad fija de fármaco La ventaja de estos inhaladores es que son portátiles y muy ligeros. En pediatría siempre se tienen que utilizar con una cámara espaciadora.

- Inhalador de polvo seco: al igual que los inhaladores de dosis media son ligeros y fácil de trasportar. Hay dos tipos activos y pasivos. Los activos requieren de una fuente de energía que puede ser aire comprimido o una batería, esto hace que sean más complejos y económicamente más caros. Los pasivos solamente dependen de la inspiración del paciente.

# **VENTAJAS DE LA AEROSOLTERAPIA**

La principal ventaja de la aerosolterapia es que al depositarse el fármaco directamente en el lugar de acción se necesitan concentraciones menores y esto hace que los efectos secundarios también sean menores.

Otra ventaja es que se pueden utilizar varios fármacos a la vez y administrarlos simultáneamente.

También podemos contar como ventaja que al existir tantos tipos de inhaladores siempre vamos a encontrar el adecuado para cada tipo de paciente.

## **INCOVENIENTES DE LA AEROSOLTERAPIA**

En el caso de los nebulizadores al ser dispositivos abiertos, algunas partículas del medicamento empleado puede dispersarse al exterior. El funcionamiento de cada nebulizador es muy distinta y puede variar mucho dependiendo del flujo, del medicamento empleado, del volumen,... por lo que la cantidad del medicamento administrada no se puede predecir.

## BIBLIOGRAFÍA

- Martínez-Martínez B, Salgado-Aguilar G. Aerosolterapia. *Neumología y Cirugía de Tórax. Soc Mex de Neum y Cirug Torax (Mex)*. 2003; 62(1), 24-28.
- Máiz Carro L, Wagner Struwing C. Beneficios de la terapia nebulizada: conceptos básicos. *Arch de Bronconeumol (Madrid)*. 2011; 47(Supl. 6), 2-7.
- Fierro JA, Ibarra JE. Aerosolterapia mediante los nuevos inhaladores de dosis medida. *ReV Fac Med UNAM (Mex)*. 2003; 46(5), 190-192.

- Muñoz Cernada A. Inhaladores de polvo seco para el tratamiento de las enfermedades respiratorias: Parte II. Rev Cubana Farm. 2006; 40( 2 ).
- Vives EC, Fernández-Fabrellas E, Balbínc R A. Aerosolterapia. *Monografías de Archivos de Bronconeumología*. 2016; 2(5).



**TEMA 2. INTERVECIÓN DE  
ENFERMERÍA EN MUJERES  
DEPORTISTAS CON  
INCONTINENCIA URINARIA DE  
ESFUERZO**

**ANA ESTHER CAMACHO GARCÍA  
MERCEDES YUSTE FLORES  
EDUARDO MARTINEZ LUJÁN  
INMACULADA PÉREZ FERNÁNDEZ**

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS
3. DISEÑO Y MÉTODOS
4. APLICABILIDAD DEL ESTUDIO
5. ORGANIZACIÓN
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO
7. BIBLIOGRAFÍA

# 1. INTRODUCCIÓN

- La incontinencia urinaria de esfuerzo es una afección manifestada por una pérdida involuntaria de orina con el esfuerzo o ejercicio físico, al toser o al estornudar.
- Afecta a un gran número de mujeres con repercusión en su bienestar físico, psicológico, social y económico.
- En España la prevalencia media estimada para las mujeres es del 24%, aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas.
- Debemos abordar este problema de forma integral y multidisciplinar al estar afectadas las necesidades de eliminación, seguridad, autoestima y aceptación social.

## **2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

### **Hipótesis:**

En mujeres que sufren incontinencia urinaria de esfuerzo y que realizan alguna práctica deportiva regular, ¿añadir ejercicios de suelo pélvico mejora los síntomas de la incontinencia?

### **Objetivos:**

- 1.Reducir los síntomas de IUE en mujeres deportistas mediante la implantación de un programa de ejercicios de SP.
- 2.Sensibilizar a estas mujeres acerca de los factores asociados al debilitamiento del SP y a su relación con el desarrollo de IU.
- 3.Capacitarlas en la práctica de ejercicios del SP para la prevención del debilitamiento de estos músculos.
- 4.Conseguir mejoras en su calidad de vida.

### **3. DISEÑO Y MÉTODOS**

- Estudio clínico aleatorizado.
- La población de estudio estará formada por mujeres con edades comprendidas entre 20 y 39 años, con incontinencia urinaria de esfuerzo y que practiquen habitualmente actividad física.
- Las mujeres asignadas al grupo experimental recibirán un conjunto de sesiones teóricas y prácticas impartidas por personal entrenado específicamente para ello.
- Las asignadas al grupo control únicamente recibirán consejo sobre medidas generales para el tratamiento de la incontinencia urinaria.

## **Criterios de inclusión**

- Mujer con edad comprendida entre 20 y 39 años
- Con incontinencia urinaria de esfuerzo
- Perteneciente al área básica de salud de San Pedro del Pinatar
- Practicante de actividad física de forma regular

## **Criterios de exclusión**

- Existencia de incontinencia urinaria de urgencia o mixta
- Embarazo o postparto reciente
- Infección del tracto urinario
- Mujeres con alteraciones cognitivas y/o neurológicas previas

Método de recogida de datos: Entrevista individual en consulta de enfermería. En su transcurso se rellenarán:

1. Cuestionario personalizado donde aparece nombre y apellidos, edad, número de embarazos y partos y tipo de actividad deportiva.
2. Consentimiento Informado.
3. Cuestionario Internacional de Actividad Física IPAQ-formato corto.
4. Cuestionario de Incontinencia Urinaria ICIQ-SF: identifica la severidad de la incontinencia urinaria y el tipo.
5. Cuestionario de Calidad de Vida I-QOL.

Finalizadas las sesiones del programa de ejercicios, se volverá a recibir a todas las pacientes en consulta y se rellenarán los cuestionarios ICIQ-SF e I-QOL.

## Programa:

<b>Parte teórica</b>	
<b>Sesión 1</b>	Anatomía del aparato genital y urinario femenino
<b>Sesión 2</b>	Musculatura del suelo pélvico
<b>Sesión 3</b>	Función y disfunción de la musculatura del suelo pélvico
<b>Sesión 4</b>	Incontinencia urinaria durante el ejercicio físico
<b>Parte práctica</b>	
<b>Sesión 5</b>	Cuidado de la musculatura del suelo pélvico
<b>Sesión 6</b>	Ejercicios de suelo pélvico
<b>Sesión 7</b>	Ejercicios de suelo pélvico
<b>Sesión 8</b>	Ejercicios de suelo pélvico
<b>Sesión 9</b>	Ejercicios de suelo pélvico
<b>Sesión 10</b>	Ejercicios de suelo pélvico

- Los datos se resumirán mediante estadísticos descriptivos:
  - 1.Las variables cuantitativas se describirán con parámetros de posición y de dispersión.
  - 2.Las variables cualitativas con frecuencias absolutas (n) y relativas (%).
  
- Se realizará análisis:
  - 1.Bivariante para comparar variables cuantitativas con cualitativas dicotómicas.
  - 2.Prueba de la chi-cuadrado para las cualitativas.
  - 3.Análisis multivariante, mediante análisis de la varianza, para la comparación de una variable cualitativa con 3 o más categorías y una variable cuantitativa.
  - 4.Regresión lineal para variables cuantitativas.

## 4. APLICABILIDAD DEL ESTUDIO

- La enfermería tiene un papel fundamental en el tratamiento conservador de la IU, que incluye:

1. Modificaciones en los hábitos de vida (evitar la obesidad, modificar la ingesta de líquidos, abandonar el hábito tabáquico, evitar el estreñimiento, eliminar barreras que dificulten o ralenticen la micción, cuidar el SP y vaciado vesical con la frecuencia adecuada.

2. Fortalecer la musculatura pélvica.

# 5. ORGANIZACIÓN

	OCT	NOV	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Presentación a Consejería de Salud y Servicio Murciano de Salud	■						
Presentación al Ayuntamiento y Centro de Salud	■						
Elección de personal	■						
Reunión de equipo		■					
Captación de pacientes		■					
Distribución de pacientes en grupo experimental y de control		■					
Sesión 1			■				
Sesión 2			■				
Sesión 3			■				
Sesión 4				■			
Sesión 5				■			
Sesión 6				■			
Sesión 7				■			
Sesión 8					■		
Sesión 9					■		
Sesión 10					■		
Análisis de datos						■	
Publicación de resultados							■

## 6. LIMITACIONES

- Adhesión al programa:

- 1.Desarrollo del programa “en temporada baja”

- 2.Sesiones los sábados para no interferir en actividad laboral ni competitiva

- Estudio en zona básica de salud

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Observatorio Nacional de la Incontinencia. España [Internet]; consulta el 1 de mayo de 2017. Disponible en: [http://www.observatoriodelaincontinencia.es/pdf/\\_Paciente\\_IU.pdf](http://www.observatoriodelaincontinencia.es/pdf/_Paciente_IU.pdf)
- Schettino MT, Mainini G, Ercolano S, Vascone C, Scalzone G, D'Assisi D, Tormettino B, Gimigliano F, Esposito E, Di Donna MC, Colacurci N, Torella M. Risk of pelvic floor dysfunction in Young athletes. Clin Exp Obstet Gynecol 2014; 41 (6):671-6
- Gonzalez Sánchez B, Rodriguez-Mansilla J, Toro García A, Gonzalez Lopez-Arza MV. Eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en incontinencia urinaria. An. Sist. Sanit. Navar 2014; 37 (3): 381-400



# **TEMA 3. SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL**

**JUANA ISABEL MARTÍNEZ MENCHÓN**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **DEFINICIÓN**
- **CAUSAS**
- **DIAGNÓSTICO**
- **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**
- **TRATAMIENTO**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

# INTRODUCCIÓN

Un elevado número de mujeres, consume drogas legales e ilegales durante el embarazo, y ello representa un problema de salud pública, que tiene gran repercusión clínica, social y psicológicamente para el recién nacido.

Son muy variadas las drogas que la embarazada puede consumir, así como los efectos que pueden producir estas sobre el feto y el neonato, lo que implica que el síndrome de abstinencia se va a presentar con bastante frecuencia.

# DEFINICIÓN

El síndrome de abstinencia neonatal, es un término que se utiliza para denominar una serie de problemas que sufre un recién nacido, cuando se le retira de la exposición a sustancias, drogas o narcóticos, consumidos por la madre durante el embarazo.

Suele aparecer a las primeras horas del nacimiento y durar hasta los 6 meses y es más intenso cuanto mayor tiempo la madre haya sido consumidora de dichas sustancias.

# CAUSAS

La mayoría de drogas, pasan del torrente sanguíneo de la madre al feto, atravesando la placenta que conecta al bebé con su madre en el útero.

Dichas drogas que, provocan dependencia en la madre, también la provocan en el niño, continuando esta hasta después de su nacimiento, por lo que cuando se le interrumpe el suministro al nacer, provoca el citado síndrome de abstinencia en el neonato.

Por otro lado, la fecha de comienzo del síndrome en el neonato, así como sus características clínicas van a variar en función de una serie de características, tales como:

1. Tipo de droga consumida
2. Fecha y dosis del consumo antes del parto
3. Tipo de medicación utilizada durante el parto
4. Madurez y estado nutricional del lactante

Cuanto más cerca del parto haya sido el consumo de drogas de la madre, más retrasará la aparición del síndrome de abstinencia en el neonato y más intensos serán los signos y síntomas.

# DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del síndrome de abstinencia en el neonato, puede ser:

- **Diagnóstico de sospecha:** basado en la historia clínica de la madre, teniendo en cuenta la relación con drogas que pudiera tener, si no ha tenido atención prenatal, puérperas que desean abandonar el hospital inmediatamente después del parto, madres que presentan signos de adicción y que reclaman medicación de forma frecuente y en grandes dosis, etc.

- **Diagnóstico clínico:** las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia neonatal, varían conforme al tipo de sustancia consumida, por lo que es un diagnóstico de exclusión, al no haber ningún síntoma específico.

# MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Como ya hemos citado anteriormente, las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia en el neonato, depende de diversos factores, como el tipo de droga consumida, el tiempos de exposición a la misma, etc.

Aunque podemos citar una serie de signos que pueden darse:

- Signos del Sistema Nervioso Central:
  - Hipertonía muscular
  - Temblores
  - Hiperreflexia
  - Irritabilidad e inquietud
  - Llanto agudo

- Alteraciones del sueño
- Convulsiones generalizadas
- Sacudidas mioclónicas

➤ Disfunción del Sistema Nervioso Autónomo:

- Bostezos frecuentes
- Congestión nasal
- Sudoración excesiva
- Estornudos
- Fiebre
- Manchas irregulares en la piel
- Taquipnea

➤ Anormalidades de las vías gastrointestinales:

- Diarrea
- Vómitos en escopeta
- Deficiencia de la alimentación
- Regurgitación
- Succión excesiva

➤ Signos diversos:

- Excoriación de la piel
- Irregularidades de la conducta

# TRATAMIENTO

El tratamiento del recién nacido con síndrome de abstinencia, incluye tanto el farmacológico como el no farmacológico.

El tratamiento no farmacológico es la primera elección ya que puede ser suficiente en los casos de abstinencia leve.

Dentro de las medidas no farmacológicas encontramos:

- evitar la manipulación excesiva del neonato
- cumplir la demanda de alimentación
- evitar despertar al niño cuando esta dormido

- arropamiento, ya que disminuye la estimulación y promueve el sueño
- luz tenue y poco ruido
- alimentación alta en calorías y espesada
- el método canguro y los chupetes pueden ayudar a calmar a los niños
- la musicoterapia y la terapia con masajes, también pueden ayudar a calmar a algunos lactantes
- posición estimulando la flexión y no la extensión

El tratamiento farmacológico del neonato con síndrome de abstinencia, debe ser individualizado y se debe basar en el tipo de droga que produjo dicho síndrome y en la gravedad de los signos y síntomas de los mismos.

Para ello es necesario ingresar al recién nacido en la unidad de neonatología y allí:

- administrar la vacunación e inmunoglobulinas de la hepatitis B
- estudiar posibles infecciones transmitidas por la madre para iniciar el tratamiento precoz
- se tratará el bajo peso o prematuridad si se presentase
- se administrará el tratamiento farmacológico necesario

La duración del tratamiento dependerá de la evolución clínica y antes de dar el alta, se debe tener al niño en observación durante 2 o 3 días tras la retirada de los fármacos.

# CONCLUSIONES

Es necesario evitar el consumo de drogas en mujeres embarazadas, promocionando el control a toda mujer embarazada, desde el punto de vista infeccioso y social.

Los pediatras de Atención Primaria, deben conocer las patologías de síndrome de abstinencia neonatal, así como sus síntomas, tanto para el control de los niños que ya estén diagnosticados, como para posibles diagnósticos tardíos que puedan aparecer tras el alta hospitalaria.

La repercusión de estas medidas en el niño va a ser muy importante, no sólo por la disminución de la morbilidad en el periodo neonatal, sino por su buen desarrollo, físico, psicoafectivo y neurológico, así como su correcta integración social durante los primeros años de vida.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Cuesta Miguel MJ, Espinosa Briones AB, Val Saurí C. Síndrome de Abstinencia Neonatal. Enfermería Integral. Diciembre 2013; (103): 24-26.
- Rite García S, Fernández Lorenzo JR, Echaniz Urcelay I, BotetMussons F, et al. Health care levels and minimum recommendations for neonatal care. An Pediatr (Barc). Jul 2013; 79 (1): 51. e1-51.e11.
- Mellado JE, Pastor Rodríguez JD, Del Cerro Ortuño F, De Ardanaz Jorroto S, López Ibáñez M. Manejo y control del síndrome de abstinencia. Enfermería Global. 2008; 7(12).



# **TEMA 4. ATENCIÓN PRIMARIA: RINITIS O SINUSITIS**

**M<sup>a</sup> LUISA PRECIOSO ARÉVALO**

# ÍNDICE

- **RINITIS AGUDA : Causas, síntomas y tratamiento.**
- **SINUSITIS AGUDA: Causas, síntomas y tratamiento.**
- **SINUSITIS CRÓNICA: Causas, síntomas y tratamiento.**
- **Diagnóstico por imagen.**

# RINITIS AGUDA

Se trata de una inflamación de la mucosa nasal acompañada de mucosidad., el típico catarro nasal

.- Las principales **causas** son de origen vírico (90%), aunque también puede ser de origen bacteriano, alérgico (como la fiebre del heno), o acompañando a otras enfermedades por ej. Sarampión.

.-**Síntomas**: dificultad respiratoria por que se hiperatrofia la mucosa nasal. Si es de origen vírico la secreción suele ser acuosa para espesarse después.

.- **Tratamiento**: como en la mayoría de los casos es de origen vírico vale con sonarse con frecuencia , beber líquidos, usar gotas nasales antiinflamatorias...en la rinitis alérgica debe tratarse la causa de la misma.

# SINUSITIS AGUDA

Inflamación de la mucosa nasal que se ha propagado hacia los senos paranasales, pudiendo afectar a los senos frontal, maxilar, esfenoidal o a las celdas etmoidales.

.- **Causas:** víricas, por ej. infecciones gripales, bacterianas por ej. neumococo; alérgica, hongos, infección dental, obstrucciones inflamatorias de la salida de los senos ej. vegetaciones.

.- **Síntomas:** disminución de la capacidad respiratoria, tos irritativa, y a veces fiebre. Además se suele acompañar de dolores de cabeza.

# SINUSITIS CRÓNICA

Aparición de una tumefacción por la acumulación de secreciones por la obstrucción de salida de senos paranasales, al no poder salir las secreciones pueden favorecer una infección bacteriana.

.-**Causas**: las mismas que en la sinusitis aguda.

.-**Síntomas**: el dolor es menos intenso que en la Sinusitis aguda, sin embargo aumentan durante la fase aguda, así como dolores neurálgicos en la región facial.

.- **Tratamientos** para la sinusitis : generalmente son los mismos que para la rinitis, además de antibióticos y antiinflamatorios en casos febriles. En los casos más crónicos a veces hay que recurrir a la cirugía.

# DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

La radiografía de los senos paranasales era el método estándar para diagnosticar sinusitis aguda en los senos paranasales detrás de las mejillas (senos maxilares) o detrás de las cejas (senos frontales). Aunque actualmente, el scanner (TC) nos muestra una imagen mucho más clara de los senos y otras estructuras, por lo que se usa cada vez con más frecuencia.

Aún así las radiografías se siguen usando principalmente para ayudar a distinguir entre una sinusitis sin complicaciones de otros problemas que podrían causar síntomas similares, como la articulación maxilar, las infecciones dentales o el dolor de cabeza. No obstante, los resultados a menudo no son confiables, de modo que deberían evaluarse con precaución.

# BIBLIOGRAFÍA

Mahdyon P, Riss JC, Castillo L, Rinitis y rinosinusitis agudas del adulto. EMC-Otorrinolaringología, 2015, 44(Issue 1):1-9.

Tomás Barberán M, Ortega del Álamo P, Mensa Pueyo J, García Rodríguez JA, Barberán J, Diagnóstico y tratamiento de las rinosinusitis agudas. Segundo consenso. Rev. Esp. Quimioter 2008; 21(1):45-59.

Vergara N, Salin MP, Caro J, Sinusitis: Relación entre signos y síntomas clínicos y hallazgos endoscópicos nasales y en estudio por imágenes. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2005; 65: 83-91.



**TEMA 5. PROGRAMA DE EDUCACIÓN  
PARA LA SALUD PARA PREVENCIÓN DE  
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN  
SEXUAL Y EMBARAZOS NO DESEADOS  
EN ADOLESCENTES**

**FRANCISCO JAVIER VEGA GARCIA**

**ANTONIO PAREJA AGUILAR**

**MARTA SUÁREZ FERNÁNDEZ**

# ÍNDICE

- **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN**
- **JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DEL PROGRAMA**
- **DEFINICIÓN DE OBJETIVOS**
- **CONTENIDOS EDUCATIVOS**
- **ESTRATEGIAS DE CAPTACIÓN E INTERVENCIÓN**
- **ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA EDUCATIVA**
- **PREVISIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS**
- **DISEÑO DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA**
- **ORGANIZACIÓN INTERVENCIONES/ACTIVIDADES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

# ANALISIS DE LA SITUACIÓN

## ➤ Factores de riesgo sexuales en la adolescencia

- Características propias de la adolescencia
- Actitudes propias de la adolescencia
- Falta de conocimientos
- Fuente de información poco fiable
- Mal uso y poca disponibilidad de anticonceptivos
- Presión de iguales
- Inicio precoz
- Las diferencias de género
- Prejuicios
- Uso de anticonceptivos según la relación sexual

# ANALISIS DE LA SITUACIÓN

**Conducta  
de riesgo**



Mantener relaciones sexuales sin una protección anticonceptiva y antimicrobiana adecuada

**Método  
PRECEDE**

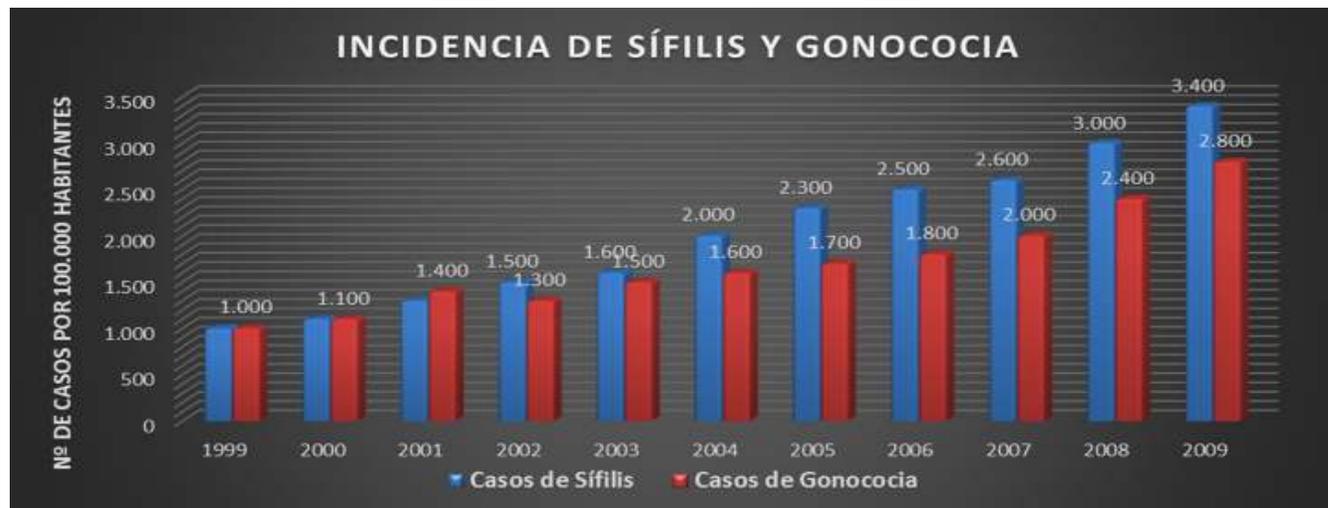
Factores predisponentes

Factores Facilitadores

Factores reforzadores

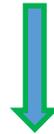
# JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DEL PROGRAMA

- **1 millón** de personas adquieren una ETS diariamente
- SIDA, segunda causa de muerte con **10.000 de muertes al año**
- **1 millón** de menores de 15 años con un embarazo no deseado



# DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

**OBJETIVO  
GENERAL**



**DISMINUIR LA PREVALENCIA DE ETS Y EMBARAZOS  
NO DESEADOS EN ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS  
DE EDAD EN LOS DOS INSTITUTOS DE BAEZA EN EL  
PRÓXIMO AÑO.**

# DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

## ➤ Objetivos de conocimientos:

- Conocimientos adecuados sobre ETS y anticonceptivos.
- Percibir el riesgo cuando estén en fiestas con alcohol.
- Adultos y adolescentes reconozcan la importancia de dialogar.

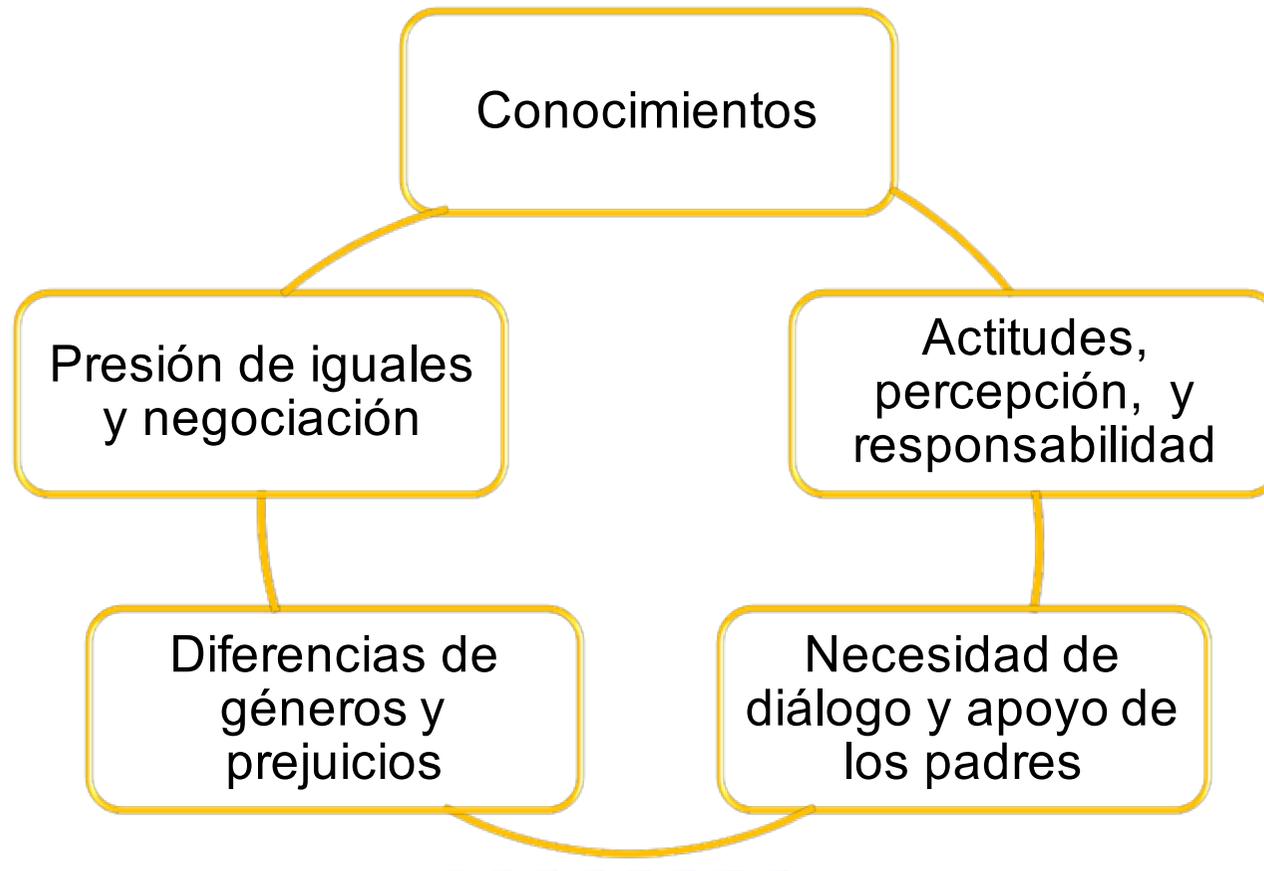
## ➤ Objetivos de actitudes:

- Uso adecuado del preservativo masculino.
- Cambio de la actitud de invulnerabilidad frente a ETS.
- Responsabilidad por las consecuencias de su conducta

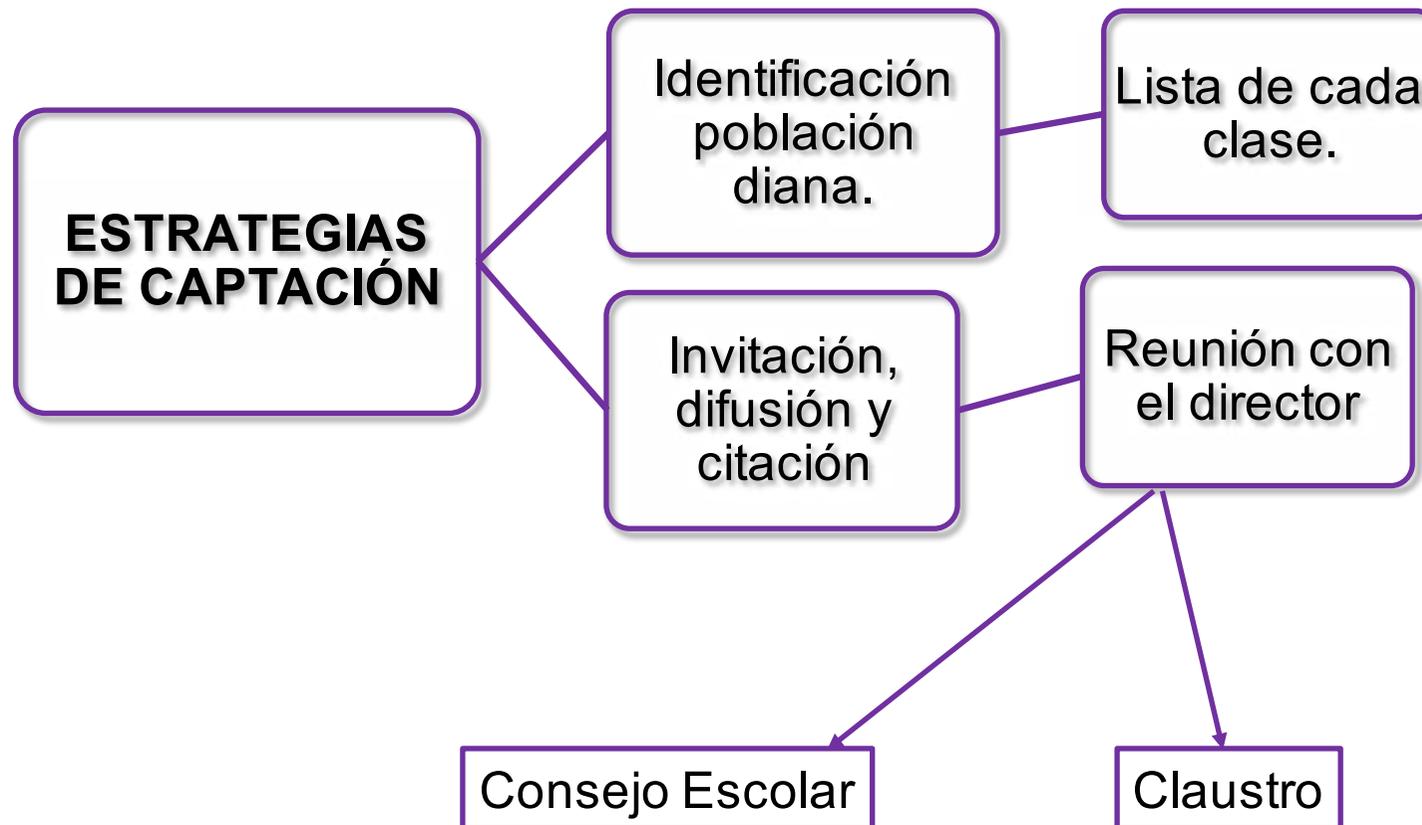
## ➤ Objetivos de comportamientos:

- Planificarán pros y contras de cada anticonceptivo.
- Usaran el preservativo masculino.
- Dialogarán con su pareja.

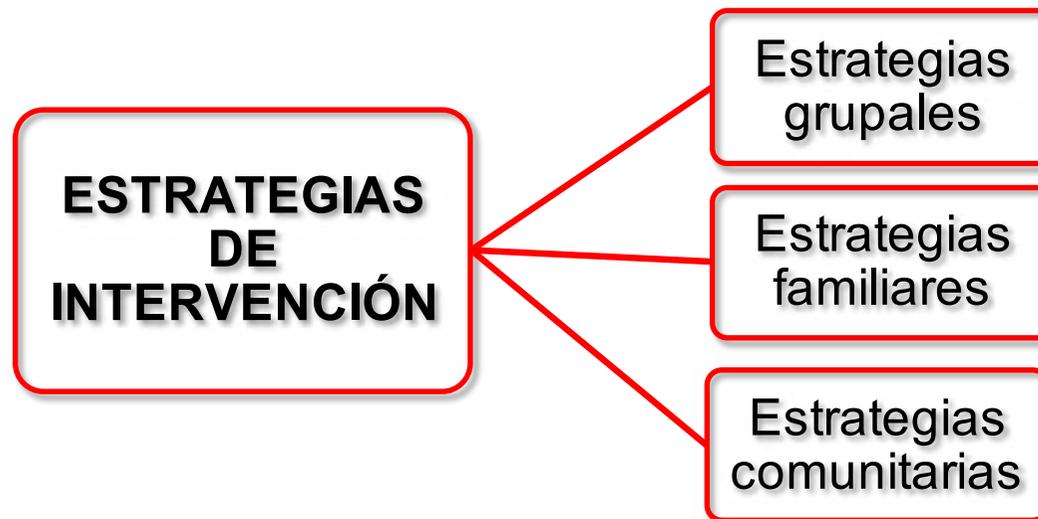
# CONTENIDOS EDUCATIVOS



# ESTRATEGIAS DE CAPTACIÓN E INTERVENCIÓN



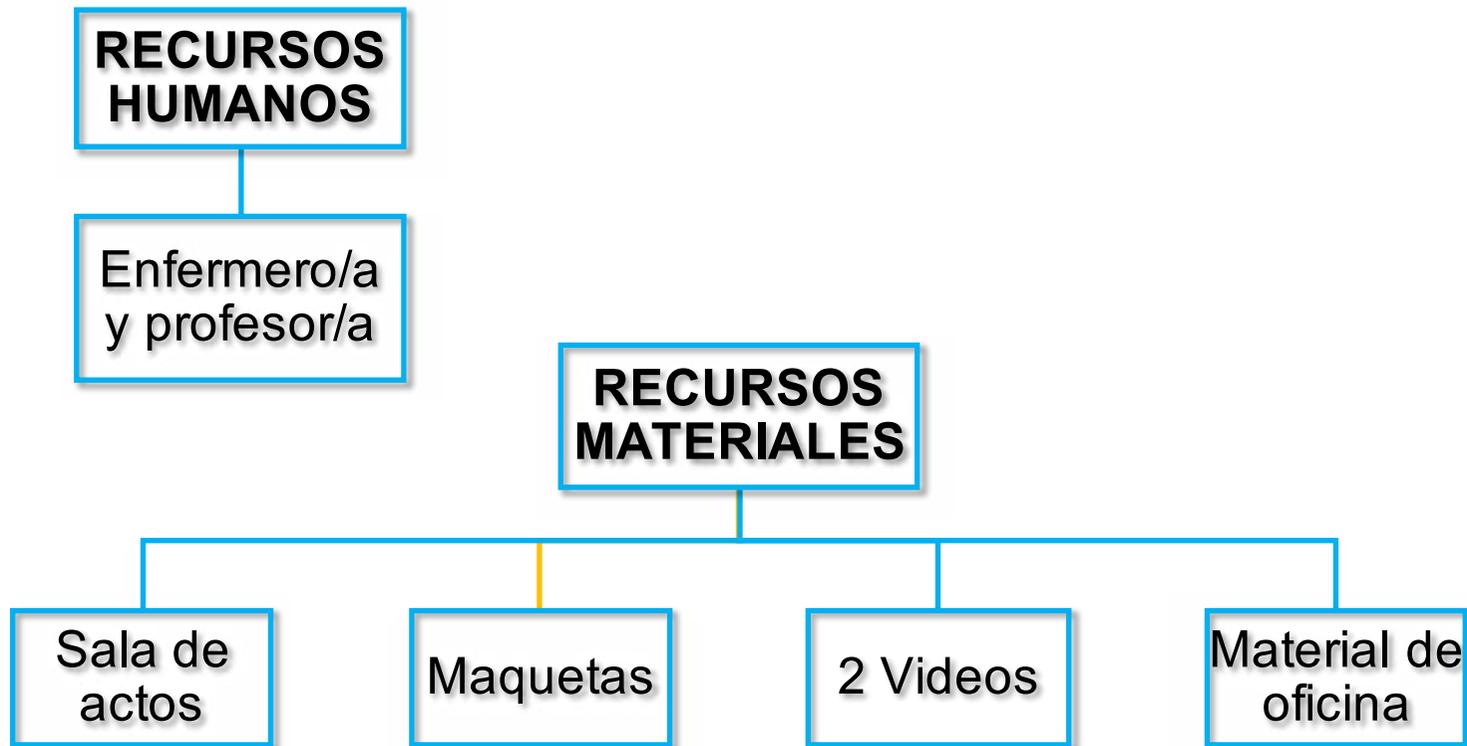
# ESTRATEGIAS DE CAPTACIÓN E INTERVENCIÓN



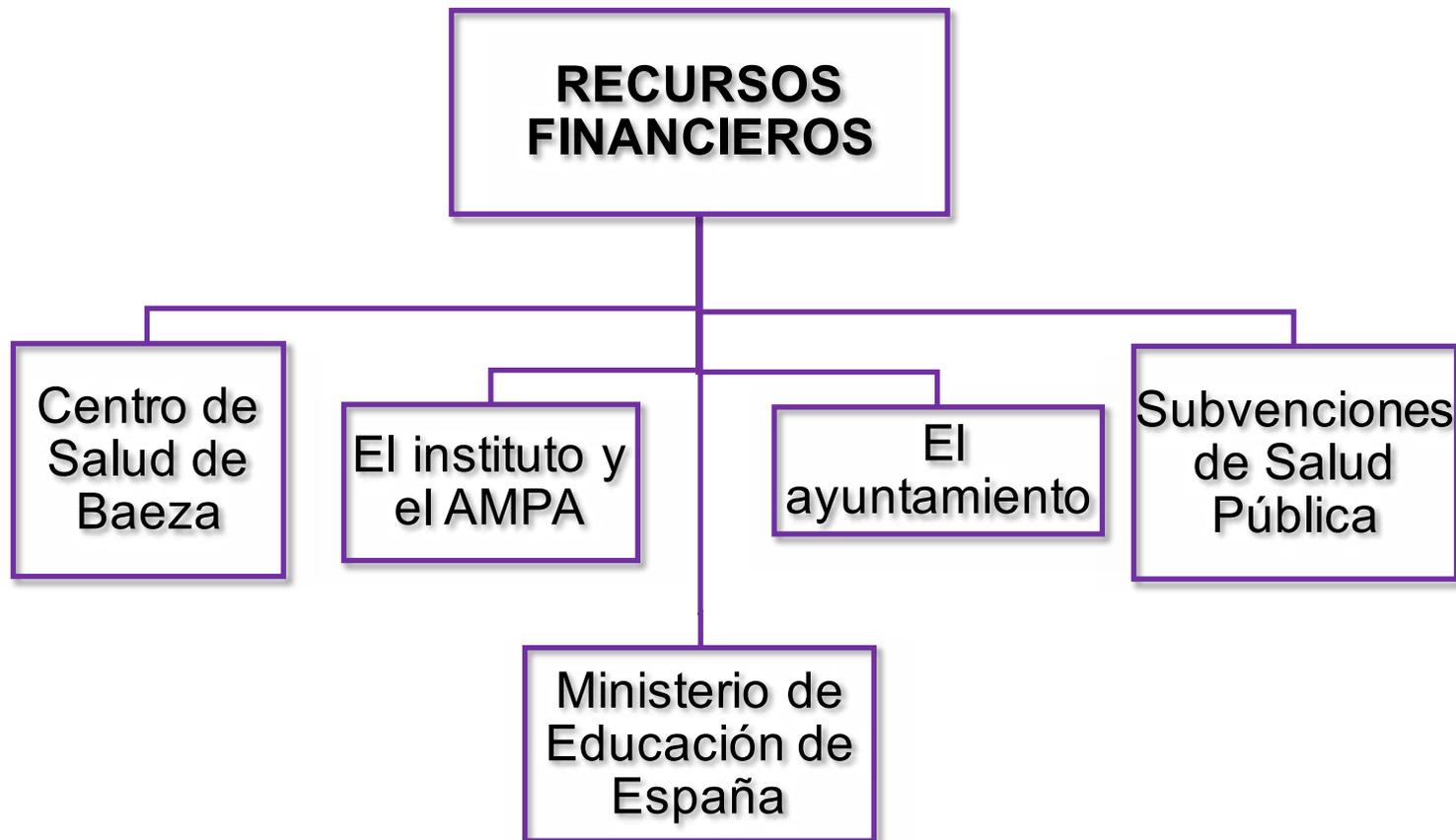
# ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA EDUCATIVA



# PREVISIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS



# PREVISIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS



# DISEÑO DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

➤ **EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA**

➤ **EVALUACIÓN DEL PROCESO**

**Cuestionario con escala Likert**



**MATRIZ DAFO:** Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades

➤ **EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS**

**Cuestionarios para cada objetivo**

Excepto: el uso de los anticonceptivos

# ORGANIZACIÓN INTERVENCIONES/ACTIVIDADES

**SESIÓN 1:** Presentación del programa y un juego “el abecedario”.



**SESIÓN 2:** Estudio de 3 casos y juego “la baraja de póker”.



**SESIÓN 4:** Tormenta de ideas y dos juegos: “¿Quién es quién?” y “El mundo de los prejuicios se contagia”



**SESIÓN 3:** Elección de la mejor alternativa, el juego “A ordenar” y la demostración

# ORGANIZACIÓN INTERVENCIONES/ACTIVIDADES

## **SESIÓN 5:**

Video fórum de la negociación del uso de anticonceptivos y un juego “Lo haría...no lo haría”

## **SESIÓN 7:**

Dos juegos de la presión de iguales: “Defendiendo lo que es mío” y “¿alguna duda”

**SESIÓN 6:** Charla coloquio de la necesidad del dialogo y role-playing: “en directo”.



## BIBLIOGRAFÍA

- Torres Robles JC. Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes. Epidemiología, Percepción y Conocimiento. Paraninfo Digit [Internet]. 2014;año VIII(N. 20):6. Available from: <http://www.index-f.com/para/n20/083.php>
- Vinuesa M. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016. Minist Sanidad, Serv Soc e Igual [Internet]. 2013;1(2):182. Available from: [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013\\_2016.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf)
- Sánchez Casal MI, Mata Saborido MJ, Rivas Macías D. Proyecto de investigación: Estrategias educativas para la prevención de comportamientos sexuales de riesgo en los jóvenes. Early Hum Dev [Internet]. 2013;83(1):1–11. Available from: <http://www.index-f.com/para/n19/299d.php>

# BIBLIOGRAFÍA

- Arias L, Vásquez ML, Dueñas EP, García LM, Tejada EL. Comportamiento sexual y erotismo en estudiantes universitarios, Cali, Colombia. Colomb Med. 2011;42(3):309–18.
- Castillo LA, Lucía M, Truissi V, Dueñas EP, García LM, Tejada EL. Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Relacionadas Con Las Infecciones De Transmisión Sexual En Estudiantes Universitarios. 2010;10(1):43–9.
- Masiá G, Guerrero Masiá M, García-Jiménez E, Moreno López A. Conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos. Rev pediatría atención primaria. 2008;10(39):433–42.
- 11. Castillo-Arcos L, Benavides-Torres R. Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: Teoría de rango medio. Aquichan. 2012;12(2):169–82.

# BIBLIOGRAFÍA

- Carrasco Fernández T. Fenomenología del comportamiento y práctica en salud sexual de un grupo de adolescentes escolarizados. *Ética los Cuid* [Internet]. [cited 2017 May 19]; Available from: <http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/eticuidado/n14/et9709.php>
- Belda Pérez Ada; Vila Candel R. Estudio de las conductas de riesgo en las prácticas sexuales de los adolescentes. *Enferm Integr* [Internet]. 2015; Available from: <http://www.enfervalencia.org/ei/109/ENF-INTEG-109.pdf>
- Caballero, M.C, Camargo, F. A., Castro BZ. Prácticas inadecuadas del uso del condón y factores asociados en estudiantes universitarios. *Salud UIS*. 2011;43(3):257–62.
- Organización Mundial de la Salud. *Salud Sexual, uso correcto del preservativo*. 2016;1. Available from: [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/)



# **TEMA 6. SÍNDROME DE ESTRÉS MEDIAL DE LA TIBIA**

**MARÍA DE LOS ÁNGELES BUENO CASTAÑEDA  
AMPARO MARTÍNEZ VILLALBA  
RAQUEL MORELL MARCO  
ARTHI GIMENO RUIZ**

# **ÍNDICE**

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. CLÍNICA**
- 3. ETIOLOGÍA**
- 4. ESTUDIO DE LA LESIÓN**
- 5. FACTORES DE RIESGO**
- 6. TRATAMIENTO**
- 7. CONCLUSIONES**
- 8. BIBLIOGRAFÍA**

# 1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de estrés medial de la tibia (SEMT) es una lesión de la pierna muy común entre los atletas. Esta lesión está relacionada con un uso excesivo de la actividad deportiva.

Las lesiones en la pierna por SEMT son muy frecuentes y lo bastante graves como para provocar el cese de la actividad al deportista que la padece.

Entre un 60 y un 80% de las lesiones deportivas son causadas por un sobreuso. La incidencia está reportada en hasta un 35% de los atletas profesionales y amateurs.

Durante muchos años se han utilizado los términos shin splints, periostitis tibial y dolor en la pierna de esfuerzo para describir una gran cantidad de diagnósticos que causan dolor en la pierna durante la actividad deportiva.

## **2. CLÍNICA**

La clínica se presenta como un dolor intenso localizado en el tercio medio distal de la frontera posteromedial de la tibia.

La aparición del dolor está relacionada con el aumento de los tiempos de entrenamiento, la distancia recorrida y el aumento de la intensidad de la actividad.

El aspecto clínico característico de esta lesión es un dolor que aparece al inicio de la actividad y cesa con el reposo. Conforme avanza la lesión puede estar presente durante todo el ejercicio e incluso perdurar en casos graves en las actividades de la vida cotidiana.

En la exploración se hace presente una sensibilidad muy característica y difusa en una extensión de unos 5cm del borde posteromedial de la tibia a nivel del tercio medio-distal.

Atendiendo a la clínica, es muy importante realizar un diagnóstico diferencial entre otras patologías relacionadas con este mecanismo de lesión, como pueden ser las fracturas por estrés de la tibia o el síndrome compartimental.

### **3. ETIOLOGÍA**

La etiología del SEMT no está clara. Pese a que el lugar anatómico donde se produce el dolor es bien conocido, a día de hoy la anatomía implicada en este proceso es todavía objeto de especulación entre los investigadores.

Entre las hipótesis más aceptadas se encuentran la hipótesis de tracción de las fibras sobre el periostio, la hipótesis de reacción de estrés en el hueso, y la hipótesis combinada de las dos hipótesis anteriores.

## 4. ESTUDIO DE LA LESIÓN

Los estudios histológicos no muestran que exista inflamación en el periostio. Sí que se encontró actividad osteoblástica aumentada y osteocitos disminuidos.

Los estudios por imagen muestran una clara asociación entre el SEMT y la disminución local de la densidad ósea.

La gammagrafía ósea visualiza una hipercaptación difusa de las zonas afectadas en el hueso.

La resonancia magnética aprecia una afectación lineal de la tibia y edema en periostio y médula ósea.

La TAC muestra osteopenia en la cortical de la tibia y algunas cavidades de resorción ósea.

La densitometría evidencia pérdida de densidad en la tibia.

## 5. FACTORES DE RIESGO

Los factores intrínsecos relacionados con el SEMT son:

- Excesivo rango de pronación del pie.
- Sexo femenino.
- Aumento del IMC.
- Menor perímetro de la pierna.
- Historia previa de SEMT.

Entre los factores extrínsecos se han hallado:

- Errores de entrenamiento: aumento de la intensidad, tiempo y distancias de manera rápida.
- Variaciones en el terreno (terrenos duros).
- Zapatillas en mal estado.

## 6. TRATAMIENTO

En muchos casos el SEMT puede resolverse guardando el tiempo de descanso necesario junto con crioterapia.

Se deben controlar los factores de riesgo.

El control del exceso de pronación por medio de soportes plantares puede resultar beneficioso.

Si pese al tratamiento conservador las molestias perduran, el tratamiento quirúrgico que ha mostrado mayor éxito ha sido el tratamiento por ondas de choque extracorpóreas.

El pronóstico general es bueno y el retorno a la actividad tras el tratamiento y la desaparición de la sintomatología debe ser gradual e individualizado.

## 7. CONCLUSIONES

El SEMT es una lesión por sobreuso muy común que afecta a deportistas de todo el mundo.

Actualmente no existen evidencias científicas claras acerca de la etiología de la lesión.

Gracias a los estudios histológicos y de imagen se han hallado resultados que señalan que en el SEMT existe una lesión por estrés en el hueso.

El control de los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos es clave para su prevención, así como un entrenamiento paulatino y adecuado a cada deportista.

Se necesitan llevar a cabo más investigaciones de alta calidad para conocer más sobre este síndrome.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Yates B, White S: The incidence and risk factors in the development of medial tibial stress syndrome among naval recruits. *Am J Sp Med*, 2004 Apr-May; 32 (3): 772-80.
- Clement DB: Tibial stress syndrome in athletes. *J Sports Med*, 1974 Mar-Apr; 2 (2): 81-5.
- Mubarak SJ, Gould RN, Lee YF, Schmidt DA, Hargens AR: the medial tibial stress syndrome: A cause of shin splints. *Am J Sp Med*, 1982 Jul-Aug; 10 (4): 201-5.
- Bouche RT, Johnson CH. Medial tibial stress syndrome (tibial fasciitis): a proposed pathomechanical model involving fascial traction. *J Am Podiatr Med Assoc*, 2007 Jan-Feb; 97 (1): 31-6.
- Beck BR, Osterig LR, Oregon E. Medial tibial stress syndrome: the location of muscles in the leg in relation to symptoms. *J Bone Joint Surg Am*, 1994 Jul; 76 (7): 1057-61.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Rathleff MS, Samani A, Olesen CG, Kersting UG, Madeleine P. Inverse relationship between the complexity of midfoot kinematics and muscle activation in patients with medial tibial stress syndrome. *J Electromyogr Kinesiol*, 2011 Aug;21(4):638-44. Epub 2011 Apr 6.
- Plisky MS, Rauh MJ, Heiderscheit B, et al. Medial tibial stress syndrome in high school cross-country runners: incidence and risk factors. *J Orthop Sports Phys Ther* 2007 Feb; 37 (2): 40-7.
- Moen MH, Holtslag L, Bakker E, et al. The treatment of medial tibial stress syndrome in athletes; a randomized clinical trial. *Sports Med Arthrosc Rehabil Ther Technol*, 2012 Mar 30;4(1):12.



# **TEMA 7. FARMACOLOGÍA EN EL ANCIANO**

**LORENA ALONSO SOBRINO  
LAURA VALDÉS SOBRECUEVA  
MARGARITA TEJÓN MORÁN**

# **ÍNDICE**

**1- MARCO CONCEPTUAL**

**2- MARCO METODOLÓGICO:**

**2.1. OBJETIVOS**

**2.2. MÉTODO**

**3- RESULTADOS:**

**3.1. GERIATRÍA Y TIPOS DE PACIENTES ANCIANOS**

**3.2. FISIOLOGÍA DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA**

**3.3. POLITERAPIA**

**3.4. RAM E INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS**

**3.5. PRESCRIPCIÓN INADECUADA Y CRITERIOS**

**PARA SU DETECCIÓN.**

**4- CONCLUSIONES**

**5- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

# 1. MARCO CONCEPTUAL

Uno de los grandes objetivos de las ciencias de la salud es aumentar la calidad y la esperanza de vida de las personas. Año tras año, la esperanza de vida sigue aumentando. Actualmente, en España, los mayores de 65 años representan el 18,4% de la población. Por lo tanto, todos los problemas relacionados con su salud son de elevada importancia en el ámbito de la Salud Pública. La población anciana es la que acumula mayor prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidad, siendo un desafío para la terapéutica actual, ya que consumen entre el 25-50% de los medicamentos prescritos y son responsables del 70% del gasto farmacéutico total. Alrededor de 40% de los adultos mayores de 65 años reciben entre 5 y 9 medicamentos y 10% recibe más de 10.

Al menos 10% de las hospitalizaciones de adultos mayores son por reacciones adversas a medicamentos y la mortalidad es significativamente más alta.

Esta población es especialmente sensible a los problemas relacionados con los medicamentos por muchas razones, entre las que se encuentran los cambios fisiológicos asociados a la edad, farmacocinéticos y farmacodinámicos, que modifican el comportamiento de los medicamentos, la polimedicación debida a la presencia de comorbilidades, la malnutrición y la atención de múltiples especialistas y en diferentes niveles asistenciales.

Además, constituyen un grupo de especial interés debido al incremento de ingresos hospitalarios y morbimortalidad, muchas de ellas relacionadas con la prescripción inadecuada de fármacos. Los organismos internacionales, como la OMS, trabajan desde hace años para establecer criterios que eviten la aparición de estos errores que, en muchas ocasiones, son evitables.

La enfermería se dedica a cuidar a las personas, y debido a que cada año hay más personas mayores que jóvenes, nuestra profesión va a tener que desarrollar gran parte de su labor en este sector de la población.

## 2. MARCO METODOLÓGICO

### 2.1. OBJETIVOS.

El ***objetivo principal*** del trabajo es realizar una revisión, análisis, identificación y reflexión del impacto y de los principales problemas que se dan en la población anciana en relación a la farmacoterapia, así como una identificación de las principales medidas de mejora.

Los ***objetivos específicos*** son:

- Describir el proceso de envejecimiento y que enfermedades están asociadas a él.
- Desarrollar los procesos farmacocinéticos y farmacodinámicos que ocurren en el cuerpo del anciano.
- Detallar las interacciones medicamentosas y las reacciones adversas medicamentosas.
- Analizar los criterios para la detección de la prescripción inadecuada.

## **2.2. MÉTODO.**

Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica, buscando en fuentes y bases de datos como Google Académico, PubMed, Medwave, Cuiden, páginas web, guías de práctica clínica y además, una búsqueda manual con temática de envejecimiento y farmacología.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron: enfermería geriátrica, envejecimiento, farmacología, farmacocinética, farmacodinamia, efecto adverso, pluripatología.

Como criterio de inclusión, seleccioné los artículos en español más completos y actuales sobre el tema a tratar.

## **3. RESULTADOS**

### **3.1. GERIATRÍA Y TIPOS DE PACIENTES ANCIANOS**

La Geriatria se define como la rama de la medicina que estudia, diagnóstica y trata enfermedades, tanto agudas como crónicas, el tratamiento, ya sea farmacológico o no, la recuperación funcional y la rehabilitación social, de las personas mayores. En España, fue reconocida como especialidad médica en 1978.

La rama de la enfermería que integra los conocimientos de la geriatría, y presta cuidados de alta calidad y especializados a las personas mayores, es la Enfermería Geriátrica, la cual fue otorgada a las enfermeras el 3 de julio de 1987.

La población anciana no es homogénea. Personas de la misma edad presentan estados de salud muy diferentes. Se utilizan varios términos para definir estos perfiles.

Según un estudio publicado por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, se diferencian cuatro perfiles.

1. **Anciano sano:** Se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Además no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.

**2. Anciano enfermo:** Es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único. No suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda.

3. **Anciano frágil:** Es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. En estos casos, procesos intercurrentes (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización, etc.) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales.

En estos ancianos frágiles la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria, aunque, pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente; en otras palabras, sería una situación de prediscapacidad.

**4. Paciente geriátrico:** Es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social.

De todos estos perfiles, el que presenta un mayor desafío en Salud Pública es el anciano frágil puesto que si bien conserva parte de su independencia tiene un gran riesgo de convertirse en dependiente.

En el paciente geriátrico se dan una serie de enfermedades que originan discapacidad tanto funcional como social. Son los llamados **Síndromes Geriátricos**: *inmovilidad, integridad de la piel, inestabilidad y caídas, malnutrición, hipotermia y deshidratación, incontinencias, estreñimiento e impactación fecal, insomnio, iatrogenia, deterioro cognitivo.*

Por otro lado, las enfermedades relacionadas con el envejecimiento que causan más muertes y discapacidad en mayores de 85 años son: *arterioesclerosis, cáncer, Alzheimer, hipertensión esencial, cataratas, anemia de Falconi, síndrome de Bloom, amiloidosis, diabetes mellitus, cirrosis de Laennee, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), Parkinson*

## **3.2. FISIOLÓGÍA DE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA**

El proceso de envejecimiento no es en sí mismo una enfermedad, pero sí facilita y modifica su aparición. Este proceso presenta varias características comunes: es intrínseco, universal, progresivo, dinámico y heterogéneo.

Es por ello que debemos prestar especial importancia a los cambios fisiológicos que se producen en el organismo con la edad puesto que, conociendo dichas modificaciones, podemos atajar problemas derivados de la prescripción de fármacos no condicionada a la edad del paciente.

Se define ***farmacodinamia***, como el estudio de los efectos bioquímicos y fisiológicos de los fármacos así como su mecanismo de acción. Analiza la interacción de la molécula del fármaco con el receptor.

No disponemos de mucha literatura sobre las modificaciones farmacodinámicas en el anciano, pero algunos estudios han demostrado que en la vejez, los receptores sufren modificaciones tanto en su número como en su sensibilidad y la respuesta celular, así como otras modificaciones en el sistema central, periférico y autónomo en algunas de las enfermedades que afectan a estas edades, modificándose la respuesta a determinados medicamentos

La ***farmacocinética*** es el estudio de la absorción, distribución, metabolismo y excreción de los medicamentos. Todos estos procesos están alterados en mayor o menor medida en el anciano. La farmacocinética sugiere que los cambios en la respuesta a medicamentos con la edad se deben a estas alteraciones.

La **absorción** enteral de un fármaco está determinada por su solubilidad, la dosis, el flujo sanguíneo, y la motilidad gastrointestinal.

A partir de los 65 años, se producen cambios morfológicos y fisiológicos que pueden modificar la absorción de un medicamento, tales como:

- aumento del pH gástrico.
- disminución de la producción de ácido gástrico.
- disminución de la velocidad de vaciamiento gástrico.
- disminución del flujo sanguíneo esplácnico.
- disminución de la motilidad intestinal.
- disminución de la superficie de absorción.

- disminución en la salivación que implica dificultad en la deglución.
- disminución de la disolución de medicamentos administrados por vía sublingual.
- con respecto a la administración de fármacos por vía intramuscular, debemos considerar la menor proporción de masa muscular y de flujo sanguíneo en el paciente anciano.

En relación a la **distribución**, una vez que el fármaco está absorbido se vehiculiza a todo el organismo aprovechando la corriente sanguínea.

Con el envejecimiento se producen cambios que afectan a la distribución de los fármacos como:

— *Modificaciones de la composición corporal*: aumento del tejido adiposo, disminución de la masa músculo esquelético, disminución del agua corporal total, disminución del agua extracelular.

— *Modificaciones en las proteínas plasmáticas e hícticas*: disminución de la albúmina, aumento de la alfa-glicoproteína.

— *Otras modificaciones corporales*: disminución del gasto cardíaco, aumento de las resistencias vasculares periféricas, disminución del gasto sanguíneo hepático y renal y aumento de la fracción de eyección cardíaca.

El concepto de **metabolismo** o **biotransformación**, se define como los cambios que se producen en las moléculas de los fármacos mediante la acción de sistemas enzimáticos que se encuentran localizados en distintos lugares del organismo, principalmente el hígado.

En el anciano se producen una serie de cambios fisiológicos que pueden modificar el metabolismo farmacológico, tales como:

- disminución del flujo sanguíneo hepático.*
- disminución de la masa hepática.*
- disminución de la capacidad metabólica hepática.*

Los cambios producidos por la edad pueden perjudicar a la fase I del metabolismo (oxidación, reducción e hidrólisis); mientras que la fase II (glucoronización, acetilación y sulfación) se verá menos afectada.

Con relación a la **excreción**, la vía más importante de eliminación de los fármacos es la renal. Greenblatt y cols. observaron en 1982 que es a este nivel donde se producen los efectos más notables de la edad sobre la farmacocinética de los medicamentos.

Las modificaciones fisiológicas que se producen en los ancianos y que podrían afectar a la eliminación renal de los fármacos, incluyen:

- disminución del flujo sanguíneo renal.*
- disminución de la filtración glomerular.*
- disminución de la capacidad de secreción tubular renal.*

Por tanto, en el anciano debemos determinar la disminución de la función renal para evitar sobredosis relativas, excesiva acumulación del fármaco, efectos adversos concomitantes, y una semidesintegración prolongada, como ya enunció Terezhalmly en 1989.

### 3.3. POLITERAPIA.

La **polifarmacia** es uno de los principales problemas que presenta los pacientes geriátricos, afectando al 34,2% de la población anciana y, constituyendo uno de los problemas destacados de salud pública.

Por **polifarmacia** se entiende el uso concomitante de cuatro o más medicamentos. Se trata de una cifra comúnmente aceptada, puesto que todavía no existe ningún consenso. Este hecho provoca un aumento de las probabilidades de sufrir reacciones adversas, interacciones medicamentosas, duplicidad de tratamiento y un mayor número de efectos adversos; suponiendo una barrera más para el cumplimiento terapéutico.

De igual modo no hay que olvidar que, en determinadas situaciones la combinación de fármacos no sólo resulta beneficiosa sino también necesaria

La politerapia es, además, uno de los criterios definitorios de **fragilidad** en el anciano. La importancia de la polifarmacia en este tipo de personas se debe al riesgo que tiene una mayor utilización de fármacos en un paciente especialmente predispuesto a padecer reacciones adversas a fármacos, enfermedades concurrentes, déficits orgánicos por el propio envejecimiento y errores en la administración de los medicamentos.

En el anciano, la causa fundamental de politerapia es la **comorbilidad**. Su definición formal es la presencia concurrente de 2 o más enfermedades diagnosticadas médicamente en el mismo individuo, con el diagnóstico de cada una de estas enfermedades basado en criterios establecidos y no relacionadas causalmente con el diagnóstico primario.

Es necesario establecer una serie de **medidas** que aseguren la adecuada utilización de fármacos en este grupo poblacional:

- *La norma básica es prescribir el menor número de fármacos posible y en dosis terapéuticas adecuadas.*
- *Revisar y monitorizar periódicamente la farmacoterapia para evitar duplicidades.*
- *Valorar muy estrictamente la aparición de efectos indeseables o secundarios y de interacciones.*
- *Se deben elegir siempre los fármacos mejor tolerados por el paciente, siendo fáciles de tomar y con pautas de administración sencillas.*
- *Deben darse una serie de instrucciones por escrito, y toda la información debe explicarse de forma clara y comprensible.*

### 3.4. RAM E INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS.

Una ***reacción adversa medicamentosa (RAM)*** se define, según la OMS, como cualquier respuesta a un fármaco que sea nociva o indeseable y que se produzca en las dosis utilizadas en el hombre para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento.

Estas reacciones son especialmente frecuentes en los ancianos y están motivadas por diversos factores de riesgo:

*-Cambios fisiológicos y un deterioro progresivo de los sistemas homeostáticos.*

*-Una elevada prescripción de fármacos debido a la pluripatología.*

*-Factores psicosociales, como el incumplimiento terapéutico, la automedicación, errores en las tomas y problemas nutricionales.*

*-Otros factores de riesgo serían la edad y el sexo.*

Los estudios nos dicen que:

-Entre un 10-20% de los pacientes hospitalarios entre 65 y 75 años de edad presentan alguna reacción adversa a medicamentos.

-Se estima que la probabilidad de presentar una RAM cuando se consume un fármaco es del 5%, porcentaje que se eleva al 100% cuando consumen 10 o más fármacos.

-Algún estudio incluso ha demostrado que las RAM son responsables directa o indirectamente de hasta un 18% de las muertes hospitalarias, siendo en un 28% prevenibles.

Las RAM más comunes en el paciente anciano tienen lugar en el sistema ***cardiovascular, nervioso y urinario.***

Las RAM suponen ***la cuarta causa de muerte*** en el anciano tras la cardiopatía isquémica, el cáncer y el ictus, y constituyen una fuente importante de dependencia en su mayor parte reversible.

Es importante destacar aquí un fenómeno conocido como “***cascada de prescripción***”, que se produce cuando un efecto adverso de un medicamento no es reconocido como tal y se considera un nuevo síntoma, añadiéndose al tratamiento un medicamento nuevo y pudiendo producir otros efectos.

Una revisión sistemática de 14 estudios prospectivos muestra que los fármacos responsables del 51% de las RAM que motivan hospitalización pertenecen básicamente a cuatro grupos farmacológicos:

**-Antiagregantes (16%).**

**-Diuréticos (16%).**

**-AINES (11%).**

**-Anticoagulantes (8%).**

Los fármacos que suelen provocar las RAM más graves también pueden agruparse en cuatro categorías:

-Los **cardiovasculares** (diuréticos y digoxina, principalmente).

-**AINES**.

-**Antiagregantes y anticoagulantes**.

-**Fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central** (neurolépticos, antidepresivos, ansiolíticos y anticomiciales).

***Una interacción medicamentosa*** supone la alteración del efecto de un fármaco como consecuencia de la acción de otro.

El resultado de la interacción puede ser sinérgico, potenciador o antagonista.

Muchas veces estas interacciones no pueden evitarse ya que el riesgo que supondría el cese de la utilización del fármaco supera los efectos nocivos que se producen por interacciones.

Es importante recalcar la existencia de un incremento proporcional que se produce en la aparición de interacciones medicamentosas en función del número de fármacos utilizados.

### **3.5. PRESCRIPCIÓN INADECUADA Y CRITERIOS PARA SU DETECCIÓN.**

Se considera una prescripción inapropiada:

- Cuando el riesgo de sufrir efectos adversos es superior al beneficio clínico, especialmente cuando hay evidencia de la existencia de alternativas terapéuticas más seguras y/o eficaces.
- Uso de fármacos con una mayor frecuencia o mayor duración de la indicada.
- Uso de fármacos con un elevado riesgo de interacciones medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad.
- Fármacos duplicados o de la misma clase.
- La no utilización de fármacos beneficiosos que sí están clínicamente indicados.

La prescripción inapropiada es fuente importante de morbimortalidad y es prevenible.

Para esto se han desarrollado distintas herramientas de prescripción.

Una de las más conocidas son ***los criterios de Beers***:

-Fueron creados el año 1991 en Estados Unidos para detectar medicamentos potencialmente inapropiados en residencias.

-Fueron modificados para personas que viven en la comunidad los años 1997, 2003 y su última actualización corresponde al año 2012.

- Corresponden a un listado de medicamentos a evitar en el adulto mayor, con el objetivo de mejorar su cuidado evitando y reduciendo la exposición a medicamentos potencialmente inapropiados.

Los criterios de Beers mencionan tres tipos de fármacos inapropiados:

*-Fármacos que deben ser evitados en el anciano por riesgo innecesariamente alto o ineficacia.*

*-Medicamentos que no deben ser utilizados en estos pacientes por presentar una patología específica.*

*-Medicamentos a usar con precaución.*

Además menciona fármacos con fuerte efecto anticolinérgico. En total presenta 53 medicamentos.

Tienen la desventaja de sólo mencionar medicamentos a evitar y no incluir otros patrones de prescripción inapropiada como las interacciones entre fármacos, duplicidad terapéutica o la prescripción inapropiada por omisión de fármacos que deberían utilizarse.

Otra herramienta para detectar prescripción inapropiada son ***los Criterios STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) / START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment)***:

- Nacen en Reino Unido.

- También utilizan consenso Delphi y metodología basada en evidencia, y está publicada la versión española.

- La ventaja respecto a los criterios de Beers es que no sólo menciona los medicamentos a evitar (con el nombre STOPP), sino también menciona los medicamentos que deberían ser considerados a utilizar en mayores de 65 años bajo ciertas condiciones no habiendo contraindicaciones (bajo criterios START).

## **4. CONCLUSIONES**

El aumento de la esperanza de vida en España y el nuevo escenario epidemiológico, con un incremento de enfermedades crónicas, suponen un reto para el Sistema Nacional de Salud.

Cabe destacar que los problemas relacionados al uso de medicamentos en el anciano son altamente prevalentes.

Debemos considerar que el anciano presenta reacciones adversas a medicamentos de forma especial. En muchas ocasiones éstos son la causa principal de los ingresos hospitalarios y en otras ocasiones, de defunciones.

Como consecuencia de esto se trabaja y se debe seguir trabajando en la optimización de métodos para la detección de prescripciones potencialmente inadecuadas.

Entre estos métodos, los más conocidos son los Criterios de Beers y los Criterios STOPP/START.

Consideramos que es importante utilizar estos métodos y es un punto fundamental en el ámbito de la sanidad debido a que en todos los aspectos supone un beneficio, ya sea para el paciente, mejorando su calidad de vida y el número de hospitalizaciones, como para la reducción del gasto sanitario.

Por todo ello, los diferentes especialistas debemos trabajar para conseguir un diagnóstico integral de cada uno de los pacientes, ya que constituyen un grupo muy heterogéneo de personas con necesidades muy diferentes. El tener los diagnósticos del paciente claros, así como la revisión periódica y sistemática de los medicamentos que utiliza, nos puede ayudar a prevenir los problemas relacionados al uso de medicamentos.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ✓ INE. Instituto Nacional de Estadística [sede web]. INEbase; [acceso 30 de junio 2017] Indicadores de Estructura de la Población (1 pantalla). Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1417>.
- ✓ Fuentes P, Webar J. Prescripción de fármacos en el adulto mayor. Medware [revista en internet] 2013. [acceso 1 de julio 2017]; 13(4). Recuperado a partir de: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5662>
- ✓ ROBLES RAYA, M.J, et al. “Definición y objetivos de la especialidad de Geriatria. Tipología de ancianos y población diana”. Capítulo 1.  
[http://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S3505%2001\\_1.pdf](http://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S3505%2001_1.pdf)
- ✓ Machado A, Argüelles S, Ayala A. Biología en el envejecimiento. En : Herrera J, Montero JC, coordinadores. Atención farmacéutica en geriatría. 1º ed. Madrid: Elsevier; 2005. P.17-32

- ✓ MIRANDA, M., OLIVAR, T. “Fisiología del envejecimiento”. Revista El farmacéutico,( 501), p. 54. (53-57 EF501 CURSO.Indd). 1 de marzo de 2014.
- ✓ Bascones Martínez A. Tratado de Odontología, Tomo IV. Madrid: Trigo; 1998. p. 3583- 600.
- ✓ Bullón Fernández P, Machuela Portillo G. Tratamiento odontológico en Pacientes Especiales. Madrid: Normon; 2004
- ✓ Greenblatt DJ. Reduced serum albumin concentration in the elderly: A report from the Boston Collaborite Drug Surveillance Program. American Geriatric Society. 1979;27:20-32.
- ✓ Terezhalmay GT. Farmacoterapia racional en la vejez. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. 1989;1:61-8.

- ✓ GÓMEZ AYALA, A.E., “Paciente anciano. Tratamiento farmacoterapéutico a este segmento de la población”. Revista Offarm. Vol. 26. Núm. 11. Diciembre 2007.
- ✓ “Fragilidad y Polifarmacia”. Siete días médicos. Revista de atención primaria.
- ✓ MARTÍNEZ VELILLA, N.I., DE GAMINDE INDA, I., “Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano”. Revista Medicina Clínica. Vol. 136. Núm. 10: 441-446. Abril 2011
- ✓ CASTILLO, E., SANAHÚJA, M.A., “Adaptación del tratamiento farmacológico al envejecimiento”. Curso de atención farmacéutica: deterioro cognitivo y demencias. Departamento de Farmacia. Universidad CEU Cardenal Herrera. Núm 502. 15 marzo 2014. Madrid

- ✓ BAENA DÍEZ, J.M. “Reacciones adversas en pacientes geriátrico en atención primaria” En VI Jornadas de Farmacovigilancia. Ponente 1, Mesa redonda II: La seguridad de los medicamentos en situaciones especiales. Comunidad de Madrid.30-26 marzo.2006
- ✓ GÓMEZ-PAVÓN, J. et al. Recomendaciones en la prevención de reacciones adversas a medicamentos en personas mayores con demencia. RevEspGeriatrGerontol.2010. doi:10.1016/j.regg.2009.10.002.
- ✓ Fick DM, Semla TP. 2012 American Geriatrics Society Beers Criteria: new year, new criteria, new perspective. J Am Geriatr Soc. 2012 Apr;60(4):614-5./CrossRef/Pubmed



# **TEMA 8. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

**SOFÍA MARTÍNEZ VÍLLA**

**MARINA PENA LÓPEZ**

**PAULA MARÍA MORENO SALMERÓN**

**SELENA COSTELA ALCÁZAR**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- ¿QUÉ ES?
- ¿CÓMO SE MIDE?
- CONDICIONES PARA UNA CORRECTA MEDICIÓN
- TIPOS DE HIPERTENSIÓN
- SÍNTOMAS
- CRISIS HIPERTENSIVA
- PREVENCIÓN Y CUIDADOS
- BIBLIOGRAFÍA.

# INTRODUCCIÓN

Problema de salud pública relevante.

34% de las personas comprendidas entre los 35 y 64 años la padecen.

Relacionada con:

- ➡ 46,4% de muertes por enfermedades cerebrovasculares.
- ➡ 42% de muertes coronarias.
- ➡ 25,5% de muertes totales.

## ¿QUÉ ES?

Enfermedad crónica que se produce cuando los niveles de tensión arterial son  $\geq 140$  mmHg/ 90mmHg.

Cuando T.A normal (120/80 mmHg) y tres factores de riesgo cardiovascular (Diabetes Mellitus, lesiones en órganos diana y/o enfermedad clínica asociada) se considera hipertenso.

# ¿CÓMO SE MIDE?

Tres tipos de medición :

- Medida de tensión en consulta.
- MAPA ( Monitorización ambulatoria de la tensión arterial).
- AMPA ( Automedida domiciliaria de la tensión arterial).

# **CONDICIONES PARA UNA CORRECTA MEDICIÓN**

- Estar sentado al menos durante 5 min.
- Escoger el brazo donde se va a medir.
- Colocar el manguito a la altura del corazón.
- Colocar el fonendoscopio en la arteria humeral.
- Insuflar el tensiómetro hasta una cifra adecuada.

# TIPOS DE HIPERTENSIÓN

- Hipertensión primaria, esencial o idiopática: más frecuente, afecta aproximadamente al 90%. Etiología desconocida.
  - Factores no modificables: Herencia, Sexo, Edad, Raza.
  - Factores modificables: Sobrepeso, consumo de sodio, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo, Tabaco.
- Hipertensión secundaria: Se debe a una enfermedad o factor externo conocido, afecta al 10% de los hipertensos.
- Otros tipos:
  - Hipertensión Sistólica Aislada
  - Hipertensión de Bata Blanca
  - Pseudohipertensión
  - Hipertensión Sistólica Aislada en Jóvenes

# SÍNTOMAS

- Cefalea.
- Mareos al levantarse o al cambiar de posición.
- Epíxtasis.
- Visión borrosa.
- Zumbido de oídos.
- Náuseas.
- Respiración entrecortada.
- Sudor excesivo.

# CRISIS HIPERTENSIVA

- Aumento de la presión arterial, generalmente con presión diastólica superior a 120 mmHg.
- Tipos:

✘ URGENCIA NO COMPLICADA (Incremento de TA > 220/120 mmHg **CON ó SIN** síntomas inespecíficos)

✘ URGENCIA COMPLICADA (Incremento de la TA > 220/120 mmHg **CON** daño orgánico severo ó repercusión cardiovascular)

# PREVENCIÓN Y CUIDADOS

- Reducción de peso.
- Reducción del consumo de sodio.
- No ingerir bebidas alcohólicas.
- No ingerir bebidas excitantes.
- Evitar el tabaco.
- Aumento de la actividad física.
- Seguir el tratamiento prescrito.

# BIBLIOGRAFÍA

- EHRICA.“Manual de intervención de enfermería en hipertensión y riesgo cardiovascular”, 2012 ed. Ergon 2003
- **saludydeporte.consumer.es** [citado 04 marz 2009]. Disponible en: <http://saludydeporte.consumer.es/enfermedadydeporte/hipertension/index.html>
- **Geosalud.com** [citado 25 feb 2009]. Disponible en: <http://www.geosalud.com/hipertension/hipertension-arterial.html>
- **insp.mx** [citado 6 marz 2009]. Disponible en: [http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/ICCE\\_02.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/ICCE_02.pdf)
- **.seh-lelha.org** [citado 25 feb 2009]. Disponible en: <https://www.seh-lelha.org/revista-hta/>



# **TEMA 9. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA GUIADA POR EL BEBÉ**

**JUANA GARCIA NAVARRO  
GEMA RUBIO POSTIGO  
VERONICA FORTE SERRANO  
ROSA MARÍA CABRERA MARTÍNEZ**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CONCEPTO DE ALIMENTACIÓN BLW
- BENEFICIOS QUE DEFIENDE EL MÉTODO BLW
- PRINCIPALES CONTROVERSIAS
- REQUISITOS PARA QUE SEA UN MÉTODO SEGURO
- PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

# INTRODUCCIÓN

Siguiendo las indicaciones de la Organización Mundial de la salud, a partir de los 6 meses de vida se puede introducir la alimentación complementaria a los lactantes. La manera más extendida en nuestra sociedad de comenzar con los alimentos es haciendo papillas o purés para facilitar su ingestión a los bebés.

Sin embargo, en los últimos años, está siendo cada vez más conocida la llamada alimentación Baby Led Weaning (BLW), lo que significa alimentación guiada por el niño. Este método genera bastante controversia ya que los alimentos no son procesados, solamente si es necesario se cocinan para que estén blandos, pudiendo favorecer, según algunos profesionales, el atragantamiento en los lactantes.

El momento de iniciar la alimentación complementaria está bastante definido en nuestro país, sin embargo, la manera de hacerlo no tanto.

Esto justifica una adecuada formación de los profesionales sanitarios para asesorar correctamente a las familias antes de comenzar con la alimentación complementaria en los bebés.

# CONCEPTO DE ALIMENTACIÓN BLW

Gill Rapley, nutricionista que ha estudiado el desarrollo de los lactantes durante años, fue quién dio nombre a este método en Reino Unido.

Alimentación Baby Led Weaning significa realmente destete guiado por el bebé. Se suele utilizar la palabra alimentación para no inducir una confusión ya que los lactantes siguen con la lactancia materna o artificial a pesar de comer otros alimentos. Con este método es el propio lactante quien dirige su alimentación, es decir, elige los alimentos que tomar de entre los que se le ofrecen. Además, éstos no serán en forma de papillas sino sólidos o cocinados para que estén blanditos y se les presentarán en una forma y tamaño adecuados, por ejemplo en trocitos alargados.

Al principio para el niño es un juego, experimenta con la comida, la toca, se la lleva a la boca, puede que no se la trague...Así va conociendo olores, texturas y sabores por sí mismo. Además, este método nos indica que el niño comparta con la familia el momento de la comida, para crear un vínculo positivo.

Uno de los motivos que defienden sus seguidores es que si hasta los 6 meses de edad el niño se alimenta de la leche materna o de fórmula a demanda, por qué no continuar siguiendo su instinto natural. El propio bebé elige el alimento que capte su atención y comerá hasta que esté saciado por sí mismo, sin que un adulto le pueda obligar a comer más.

También se ha visto que hay niños que no aceptan las papillas desde el principio y otros niños que tienen dificultades para pasar de los alimentos triturados a los sólidos cuando son más mayores. Por ello, Gill Rapley destaca los beneficios de comenzar directamente con la comida tal y como la consumen los adultos.

## **BENEFICIOS QUE DEFIENDE EL MÉTODO BLW**

- Los niños exploran su entorno; conocen texturas, sabores y olores diferentes por sí mismos. Por tanto, se favorece su desarrollo sensorial, motor y cognoscitivo.
- Los niños desarrollan una buena relación con la comida.
- Al comer con los padres el bebé puede imitar conductas favoreciendo así su aprendizaje.
- Se potencia el desarrollo de la musculatura de la boca y de la cara a comenzar a masticar tempranamente.
- El niño aprende a reconocer la saciedad, no es alimentado en exceso, previniendo así la obesidad.

## **PRINCIPALES CONTROVERSIAS**

El método BLW genera bastante controversia ya que al comenzar con alimentos sólidos lo primero que se piensa es en el riesgo de atragantamiento del bebé. En este sentido, Gill Rapley defiende que el niño inicia la acción de tragar por sí mismo mejor cuando es él mismo quien se lleva algo a la boca y no cuando se le introduce una cuchara y lo aspira.

Respecto a esto se han realizado pocos estudios hasta el momento que comprueben si hay más probabilidad de atragantamiento siguiendo este método.

Un estudio realizado en Nueva Zelanda por Morison et al a 51 niños en 2016 no encontró diferencia al respecto. Sin embargo, este estudio señala que el consumo de nutrientes puede verse afectado en los niños por una deficiencia de hierro, zinc y vitamina B12.

Los profesionales que apoyan este método defienden que protege de la obesidad ya que los niños muestran preferencias por alimentos vegetales y los niños que comen papillas se decantan por los dulces. Este es el caso del Dr. Ellen Townsend, psicólogo de la Universidad de Nottingham, que siguió a 155 niños y llegó a la conclusión de que los alimentados por el método BLW después preferían hidratos de carbono de absorción lenta tipo pan, pasta y patatas; y los niños que fueron alimentados con cuchara preferían los dulces.

La realidad es que es necesario realizar más estudios para poder encontrar una relación clara entre comenzar la alimentación con sólidos y estas consecuencias.

## REQUISITOS PARA QUE SEA SEGURO

- ✓ Los alimentos se presentarán de un tamaño adecuado para que el niño pueda cogerlos y llevárselos a la boca, como por ejemplo alargados.
- ✓ No se presentarán alimentos pequeños tipo frutos secos.
- ✓ El niño es capaz de mantenerse sentado de manera estable y se lleva objetos a la boca por sí solo. Esto ocurre aproximadamente a los 6 meses, pero puede ocurrir un poco después.
- ✓ Buena función motora de la boca.
- ✓ No dejar al niño sólo mientras come.
- ✓ Que el niño esté tranquilo y activo ya que para él al principio es un juego. Si está muy ansioso o adormilado puede tener más riesgo de atragantamiento.

# **PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Una de las principales funciones de la enfermera es la educación para la salud y el acompañamiento a la familia.

Como hemos visto, la introducción de la alimentación complementaria no está pautado en sentido estricto en nuestra sociedad. Cuando unos padres tengan intención de realizar el método BLW con su niño la enfermera debe asesorar sobre la manera más segura de comenzar con el mismo, comprobar que el niño esté preparado, sobre todo en el caso de niños prematuros o alguna enfermedad .

Además es conveniente realizar un seguimiento nutricional, sobre todo de hierro que es un nutriente muy necesario en el segundo semestre de vida, informando a la familia de la importancia de introducir alimentos variados y equilibrados en la dieta.

Respecto al riesgo de atragantamiento (aunque hay estudios que no encuentran diferencias) es positivo educar a la familia sobre actuaciones a realizar en su caso.

## BIBLIOGRAFÍA

- Espín Jaime B, Martínez Rubio A. El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. *Baby led weaning: ¿ventajas?, riesgos?* En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría [Internet] 2016 [consulta 6 octubre 2017]. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 59-66. Disponible en: <[https://www.aepap.org/sites/default/files/1mr\\_3.2\\_el\\_paso\\_de\\_la\\_teta\\_a\\_la\\_mesa\\_sin\\_guion\\_escrito\\_baby\\_lead\\_weaning.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/1mr_3.2_el_paso_de_la_teta_a_la_mesa_sin_guion_escrito_baby_lead_weaning.pdf)>
- Velasco Manrique MV. Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. *Med Natur* [Internet]. 2014 [consulta 4 de octubre 2017]; Vol8 - N°2:64-72. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4847927.pdf>>

- Pubmed [Internet]. BMJ Open. 2016. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months; [consulta 2 octubre 2017] Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27154478>>
- Cochrane Plus [Internet]. Evid Pediatr. 2017. La alimentación complementaria a demanda con soporte parental educativo no incrementa el riesgo de sofocación. [Consulta 3 octubre 2017]. Disponible en: <<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=12148270&DocumentID=ID201713019>>



# **TEMA 10. ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y DERIVACIÓN DEL PIE DIABÉTICO.**

**ROCÍO CASTELL CANO  
ANA LISBONA SERRANO  
ROCÍO JIMÉNEZ LAGUNA**

# ÍNDICE

- **Introducción**
- **Objetivos**
- **Metodología**
- **Desarrollo**
  - 1.1 Factores de Riesgo**
  - 1.2 Educación diabetológica en la prevención del Pie Diabético**
  - 1.3 Abordaje de las úlceras de Pie Diabético**
    - a) Clasificación**
    - b) Tratamiento de las Úlceras**
  - 1.4. Derivación a otros profesionales de la salud**
- **Conclusión**
- **Referencias**

# INTRODUCCIÓN

Según la OMS hay 347 millones de personas con DM en el mundo<sup>1</sup>.

De entre las complicaciones durante la evolución de la enfermedad, el Pie Diabético (PD) tiene una mención destacada no solo por el detrimento de la calidad de vida si no también por los recursos socioeconómicos que suponen.

En España; de las amputaciones de miembros inferiores que se realizan, aproximadamente el 75% se practican a diabéticos y un 85% de las amputaciones fueron preámbulo de una úlcera en el pie o pie diabético<sup>2</sup>.

Es por ello que los objetivos planteados en esta revisión sistemática son encontrar las mejores formas de abordar el Pie Diabético desde la perspectiva de Enfermería.

## **OBJETIVOS**

1. Conocer los factores de riesgo que hacen que se desarrolle el Síndrome de Pie Diabético para prevenir complicaciones.
2. Conocer si la educación diabetológica enfocada al Pie Diabético tiene alguna repercusión positiva para evitar las úlceras de pie diabético.
3. Conocer el abordaje enfermero ante las úlceras de Pie Diabético: clasificación, curas y derivación interdisciplinar.

## **METODOLOGÍA**

La elaboración de la investigación bibliográfica, se ha desarrollado por medio de búsquedas bibliográficas en las siguientes bases de datos: Ciberindex y dentro de ésta Cuiden Plus y Cantárida, Elsevier, Lilacs, Proquest Nursing, Scielo; durante los meses de Enero a Marzo de 2015.

Conjuntamente se realizaron otras búsquedas páginas oficiales y buscadores:

Google Académico, ISI Web of Knowledge, OMS, SED, Red GDPS, Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs, GNEAUPP; con la estrategia de búsqueda de booleanos “and” y las siguientes palabras clave:

Pie Diabético, diabetic foot, pie diabético and prevención, pie diabético and factores de riesgo, pie Diabético and tratamiento, pie diabético and enfermería, pie Diabético and prevención.

## **DESARROLLO**

### **1.1 Factores de Riesgo**

Los más frecuentes son úlcera previa, neuropatía periférica, retinopatía diabética, deformidades óseas, déficits de cuidado del pie, calzado inadecuado, enfermedad vascular periférica entre otras (González de la Torre H y cols. 2010, Merino B y cols)<sup>3,4</sup>.

## **1.2 Educación diabetológica en la prevención del pie diabético**

La educación sistemática y continua sobre el cuidado de los pies puede contribuir a la disminución de amputaciones (Pérez Rodríguez MC y cols 2013)<sup>5</sup>

## **1.3 Abordaje de las Úlceras de Pie Diabético**

### ***a) Clasificación***

Wagner, U. Texas, Medición ancho y largo<sup>6</sup>

### ***b) Tratamiento local de la Úlcera***

Causa, control metabólico, preparación del lecho de la herida, cura local y descarga<sup>7</sup>

## **1.4 Derivación a otros profesionales de la salud**

Cuando dentro de nuestras posibilidades como profesionales no podemos hacer más por el paciente, hay que tomar la decisión de derivar a otros profesionales en el momento adecuado, para evitar en última instancia el desenlace de la amputación<sup>8</sup>

Carmona Serrano J.L. y cols. promueven la derivación al servicio de cirugía vascular cuando el paciente presente EVP (Enfermedad Vascular Periférica), para realizarle un estudio diagnóstico, seguimiento y revascularización si es preciso<sup>9</sup>.

Por otro lado del Castillo Tirado, R.A. y cols. presentan una serie de aspectos a tener en cuenta para hospitalizar al paciente<sup>10</sup>:

- “Infecciones de alto riesgo que amenaces la integridad de la extremidad.
- Infección en el paciente con circulación precaria por el peligro de gangrena.
- Gran tumefacción y edema en los pies.
- Celulitis ascendente.
- Afectación de los espacios profundos del pie.
- Osteomielitis.
- Complicaciones del estado general: sepsis, deshidratación, insuficiencia renal.

- Descompensación diabética (hiperglucemia).
- Falta de respuesta al tratamiento correcto en 4-5 días.
- Paciente no colaborador o no autosuficiente.
- Imposibilidad de asistencia domiciliaria adecuada ”.

## **CONCLUSIÓN**

El profesional de Enfermería debe detectar los Factores de Riesgo precozmente para evitar las lesiones crónicas denominadas úlceras de Pie Diabético.

Enfermería de Atención Primaria es clave en la enseñanza del autocuidado que a través de las estrategias de información, evaluación, entrevista motivacional y enseñanza práctica capacitará al paciente en su autocuidado evitando así que los pies se lesionen.

El abordaje de las úlceras de pie diabético es muy extenso y para su tratamiento se necesita la integración multidisciplinar.

# BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. *Diabetes nota descriptiva nº 312*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/> (acceso 18 Febrero 2015).
2. Perez Rodríguez, M.C, Simone de Mazzo, G, Nogueira, A., Trevizan, P.C., Mendes, M.A. Cuidado de los pies diabéticos antes y después de la intervención educativa. *Enfermería Global*. 2013; 29(1695-6141): 43-52.
3. González de la Torre H, Perdomo Pérez E, Quintana Lorenzo M, Mosquera Fernández A. Estratificación de riesgo en pie diabético. *Gerokomos*.2010; 21 (4):172-182.
4. 12. Merino B, Del Río L, Mengíbar L, Salvador R, Revilla A, Gastambide V et al. Manejo y cuidados de la úlcera diabética: revisión y puesta al día. *Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas*. 2010; 13(3): 131-134
5. Perez Rodríguez, M.C, Simone de Mazzo, G, Nogueira, A., Trevizan, P.C., Mendes, M.A. Cuidado de los pies diabéticos antes y después de la intervención educativa. *Enfermería Global*. 2013; 29(1695-6141): 43-52.
6. Contreras Fariñas R, Ibáñez Clemente P, Roldán Valenzuela A, Torres de Castro O G .Guía de Práctica Clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular y heridas (AEEVH) Segunda Edición. AEEVH Sevilla; 2014. <http://www.aeev.net/pdf/AEEV%2035%20calidad%20web.pdf> (acceso 27 de Febrero 2015).
7. Del Castillo Tirado, R.A, Fernández López, J.A, Del Castillo Tirado, F.J. Guía de práctica clínica en el pie diabético. *Archivos de Medicina*. 2014;10 No2:1(103823/1211): 1-17
8. Serrano Carmona, J.L, Perez Chavez, F.J, Benlamin el Mallem, B, Latre Lopez, A, Boubes Bellaghmouch, I.K.R.A.M. Prevención primaria en el pie diabético. *Parainfo digital*. 2013;19(1988-3439): 1-7
9. Del Castillo Tirado, R.A, Fernández López, J.A, Del Castillo Tirado, F.J. Guía de práctica clínica en el pie diabético. *Archivos de Medicina*. 2014;10 No2:1(103823/1211): 1-17



# **TEMA 11. LOS CENTROS DE SALUD Y LA ATENCION PRIMARIA**

**RAQUEL ARADRA ROMERA**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **DEFINICIONES**
- **FUNCIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA**
- **PROGRAMAS A DESARROLLAR POR LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
- **EQUIPOS DE APOYO**

# INTRODUCCIÓN

La creación de la atención primaria ha supuesto una mejora en la accesibilidad, organización y calidad de la atención sanitaria.

De esta manera se ha obtenido un método más eficiente y organizado para poder atender las necesidades y demandas de los pacientes.

Así pues, se han conseguido unos mejores resultados en la salud y en la satisfacción de los usuarios.

# DEFINICIONES

- **Atención Primaria:**

Es el primer nivel al que los usuarios deben acudir cuando tienen un problema o quieren prevenirlo. Debe garantizar la continuidad y globalidad de la atención sanitaria a lo largo de la vida del paciente.

- **Centro de Salud:**

Es el lugar físico en el que se desarrollan las actividades asistenciales de atención primaria de una zona básica de salud. Estas actividades son realizadas por el equipo básico de salud, integrado por el personal sanitario y no sanitario, y por los equipos de apoyo.

# **FUNCIONES DE LA ATENCION PRIMARIA**

La principal función es la de prestar asistencia sanitaria básica de forma ambulatoria, domiciliaria o de urgencia, coordinada con los servicios especiales.

También debe desempeñar las siguientes funciones:

- ✓ Realizar actividades de promoción de la salud, actuaciones sobre el medio ambiente y fomento de la participación ciudadana en la resolución de sus problemas de salud.
- ✓ Llevar a cabo el diagnóstico de salud de la zona que tenga asignada.
- ✓ Realizar la prevención de las enfermedades identificadas en el diagnóstico de salud.
- ✓ Colaborar en actividades de docencia e investigación
- ✓ Participar en programas con otras instituciones sobre salud mental, laboral y ambiental.
- ✓ Evaluar las actividades realizadas y sus resultados.

# PROGRAMAS A DESARROLLAR POR LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

- **De carácter básico**

Relacionados con el diagnóstico de salud:

- ✓ Atención materno-infantil.
- ✓ Atención al adulto.
- ✓ Atención al anciano.
- ✓ Atención al medio.

- **De carácter específico**

Relacionados con áreas de prevención concretas:

- ✓ Vacunación infantil.
- ✓ Diagnostico precoz de cáncer en la mujer.
- ✓ Vacunación antigripal en grupos de riesgo.
- ✓ Atención al niño sano, etc.

# EQUIPOS DE APOYO

Los equipos de atención primaria cuentan con apoyo especializado en odontología, salud mental, atención a la mujer, farmacia, laboratorio, radiología, etc. Éstos suelen estar ubicados en centros especializados.

Entre estos equipos de apoyo hay grupos específicos con programas concretos. Algunos ejemplos son:

- Centros y unidades básicas de orientación familiar.
- Unidades de salud mental.
- Unidades de psicoprofilaxis obstetricia.

# BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:**

**Técnico especialista sanitario, temario parte general.**  
**Editorial MAD.**

- **Página WEB :**

**[PDF]**[organización general de la atención primaria - Ministerio de Sanidad ...](#)

[www.msssi.gob.es/](http://www.msssi.gob.es/)

[Atención primaria de salud - Wikipedia, la enciclopedia libre](#)

[https://es.wikipedia.org/wiki/Atención\\_primaria\\_de\\_salud](https://es.wikipedia.org/wiki/Atención_primaria_de_salud)

**[PDF]**[3 Descripción de los niveles de atención sanitaria.](#)

[Atención primaria ...](#)

[https://www.serina.es/empresas/cede\\_muestra/216/TEMA%20MUESTRA.pdf](https://www.serina.es/empresas/cede_muestra/216/TEMA%20MUESTRA.pdf)



**TEMA 12. ACTUACION  
ENFERMERA EN LA ATENCION DE  
CALIDAD PARA LA ARTROSCOPIA  
DE RODILLA.**

**M<sup>a</sup> JOSE SASTRE MARTINEZ  
JESICA PERONA MARTINEZ  
M<sup>a</sup>DEL MAR RAMOS SIMONELLI  
GINA RAMOS SIMONELLI**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCION**
- **OBJETIVOS**
- **METODOLOGIA:**
  - **Riesgos**
  - **Cuidados**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSIONES**

# INTRODUCCION

La artroscopia de rodilla es un proceso quirúrgico mínimamente invasivo. Permite el diagnóstico y tratamiento de diversos problemas en la articulación administrando anestesia raquídea (según características del paciente) y posicionando al paciente en decúbito supino con flexión de 90° del miembro afectado. La enfermera que participa en la cirugía( instrumentista ) debe tener conocimientos sobre la patología de la rodilla, control de anestesia , colocación del paciente , instrumental necesario, colocación, tiempo de isquemia y técnica quirúrgica para garantizar la seguridad del paciente en todo el proceso.

# OBJETIVOS

- Optimizar el rol enfermero durante el intraoperatorio
- Controlar la seguridad del paciente sometido a la intervención de artrodesis de rodilla.
- Unificar criterios y técnicas que garanticen una atención de calidad
- Evitar complicaciones postoperatorias

## **METODOLOGIA**

Usaremos una hoja de control, como herramienta para el seguimiento del paciente durante todo el proceso quirúrgico. En ella se anotarán los diagnósticos detectados y se establecerán las actividades enfermeras desde el momento del ingreso hasta el alta.

Durante el intraoperatorio, el profesional de enfermería deberá proporcionar asistencia integral al paciente (control de la llegada del paciente al quirófano, identificación del mismo, ayuda para anestesia, colocación manguito de isquemia,...)

Realizaremos un check list quirúrgico:

- Profilaxis antibiótica
- Revisión indicadores esterilización / equipos
- Localización quirúrgica

## **RIESGOS :**

- RIESGO DE LESION POSTURAL PERIOPERATORIA:
  - Ayudar en la colocación del paciente
  - Situar al paciente en DS consiguiendo una correcta alineación corporal, colocar material acolchado en las prominencias óseas y evitando presión en nervios.
  - Vigilar presión manguito de isquemia
  - Verificar integridad de los cables de luz fría, cámara, vaporizador ...

- RIESGO DE INFECCION :

- Rasurar zona de incisión en caso necesario
- Realizar lavado de la zona quirúrgica previo a la preparación antiséptica de la piel.
- Mantenimiento de la esterilidad durante la manipulación de todo el material quirúrgico
- Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos si procediese.

## **CUIDADOS EN EL USO DE LA ISQUEMIA:**

- Protegeremos la piel con una venda de algodón usando un manguito adecuado a la extremidad del paciente.
- Elevaremos la extremidad afectada y procederemos al vaciado de la pierna mediante el uso de una venda elástica.
- Programaremos el tiempo no superando las 2 horas y controlaremos la presión
- Finalizada la intervención y realizado el vendaje de la extremidad, desinflaremos el manguito progresivamente, comprobaremos la T<sup>a</sup> , el color de los dedos y el pulso distal.

## **RESULTADOS**

Tras el análisis de la valoración continua sobre los cuidados del paciente, reflejada en la hoja de control , se observa que administrando cuidados estandarizados durante la cirugía artroscópica de rodilla, mejora el grado de seguridad del paciente y no se detectan eventos adversos que disminuyan la calidad de ésta.

## CONCLUSIONES

Estudios hablan que, al menos unos siete millones de pacientes, se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente promueve la realización del listado de verificación de seguridad quirúrgica, en la iniciativa “ La cirugía segura salva vidas”. Para ello, es imprescindible procurar un marco de actuación estandarizado en nuestra actividad enfermera. Tanto, las intervenciones por artroscopia como, los cuidados enfermeros, han evolucionado en los últimos años consiguiendo así, una mejora en la seguridad del paciente. Una buena organización y unos buenos conocimientos contribuyen a que la enfermería participe activamente en el proceso , favoreciendo una perfecta atención de calidad para el paciente.

# BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** Artroscopia diagnóstica y quirúrgica de la rodilla, Vicent Chassaing. Guía de enfermería en artroscopia de rodilla, Chirra.
- **Página**  
**web :** [www.mylibreto.com/libros/cuadernos-de-artroscopia](http://www.mylibreto.com/libros/cuadernos-de-artroscopia)  
[www.medlinePlus.gov](http://www.medlinePlus.gov) (artroscopia de rodilla)



**TEMA 13.**

**HISTERECTOMÍA PASO A PASO.**

**LUZMILA MARÍA SALCAN LONDO.**

# ÍNDICE

- 1. Definición.**
- 2. Descripción.**
- 3. Ubicación Anatómica.**
- 4. Histerectomía.**
- 5. Tipos de Histerectomía.**
- 6. Procedimientos quirúrgicos adicionales.**
- 7. Anestesia.**
- 8. Métodos de diagnósticos.**
- 9. Protocolos de instrumentación paso a paso.**

# **1.DEFINICIÓN:**

**Es la cirugía para extirpar el útero o la matriz de una mujer. El útero es el área donde el bebé crece cuando una mujer está embarazada.**

## **2.DESCRIPCIÓN:**

**Durante una histerectomía el médico puede extirpar todo el útero o sólo parte de éste.**

**Las trompas de Falopio (conductos que conectan los ovarios al útero) y los ovarios pueden también extirparse.**

### **3.UBICACIÓN ANATÓMICA:**

**El útero o matriz es un órgano musculoso. Se encuentra en la zona hipogástrica, entre la vejiga y el recto y se asemeja en las mujeres sexualmente maduras, a la forma de una pera boca abajo. Tiene de 7 a 9 cm de longitud. El útero tiene un peso medio de 50 a 60 gramos.**

#### **ÚTERO:**

**Es un órgano muscular hueco que se ubica en la pelvis femenina, entre la vejiga y el recto. Los ovarios producen óvulos que se desplazan a través de las trompas de Falopio.**

## **ANATOMÍA:**

- **Cérvix o cuello del útero**: las zona más interior, situada en el interior de la vagina llamada así por ser de forma alargada y estrecha.
- **Cuerpo del útero**: la parte más ancha, situada por encima del cuello. Dicho cuerpo del útero está constituido por dos capas. La más interna se denomina endometrio. Por fuera de ella se sitúa la capa muscular o miometrio con capacidad de contraerse durante el parto.

## **4.HISTERECTOMÍA:**

**Las razones por las cuales una mujer puede necesitar una histerectomía.**

**El procedimiento se puede recomendar si tiene:**

- **Cáncer del útero, con mayor frecuencia cáncer endometrial.**
- **Cáncer de cuello uterino una afección precancerosa del cuello uterino llamada displasia cervical.**
- **Cáncer ovárico.**
- **Complicaciones durante el parto, como el sangrado incontrolable.**

## **4.HISTERECTOMÍA:**

- **Dolor crónico (prolongado) de la pelvis.**
- **Endometriosis grave que no mejora con otros tratamientos.**
- **Sangrado vaginal prolongado e intenso que no puede controlarse con medicamentos u otras cirugías.**
- **Deslizamientos del útero hacia la vagina (prolapso uterino)**
- **Tumores en el útero como miomas uterinos.**
- **Adenomatosis la cual provoca periodos abundantes y dolorosos.**

## **4.HISTERECTOMÍA:**

**Hay muchas formas diferentes de llevar a cabo una histerectomía y se puede hacer a través de incisión quirúrgica ya sea en el abdomen o en la vagina.**

**El medico la ayudara a decidir qué tipo de histerectomía es la mejor para usted.**

**El procedimiento depende de la historia clínica y la razón para la cirugía.**

## 4.HISTERECTOMÍA:

- **Histerectomía abdominal**: el cirujano hace una incisión quirúrgica de 5 a 7 pulgadas en la parte inferior de su abdomen. El corte puede ir ya de arriba abajo o a través del abdomen, justo por encima del vello púbico, éste se denomina corte de tipo bikini.
- **Histerectomía vaginal**: el cirujano hace un corte en la vagina a través del cual saca el útero. La herida se cierra con puntos de sutura.

## 5.TIPOS DE HISTERECTOMÍA

- Histerectomía superficial (o *supra cervical*): se extirpa solo parte superior del útero. El cuello uterino se deja en su lugar.
- Histerectomía total: se extirpa todo el útero y el cuello uterino.
- Histerectomía radical: se extirpa del útero, el tejido en ambos lados del cuello uterino y la parte superior de la vagina. Ésta se hace principalmente si usted tiene cáncer.

## **5.TIPOS DE HISTERECTOMÍA**

- **Histerectomía laparoscópica: Un laparoscopio es un tubo angosto con una cámara diminuta en el extremo. El cirujano hará 3 o 4 incisiones pequeñas en su abdomen e introducirá el laparoscopio y otros instrumentos quirúrgicos a través de dichas aberturas. Luego corta el útero en pedazos pequeños que se puedan extraer a través de estas pequeñas aberturas.**

## 5.TIPOS DE HISTERECTOMÍA

- **Histerectomía robótica**: Este procedimiento es similar a la cirugía laparoscópica, pero se utiliza una máquina especial (robot). La cirugía robótica casi siempre se usa para llevar a cabo una histerectomía cuando una paciente tiene cáncer o sobrepeso y la cirugía vaginal no es segura.

## 6.PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

### ADICIONALES:

- Salpingooforectomía bilateral: Esto implica la extirpación de ambos ovarios y ambas trompas.

## **7.ANESTÉSIA:**

- **Anestesia Epidural o Raquídea.**
- **Anestesia general.**

## **8. METODOS DIAGNOSTICOS**

- **Examinación pélvica bimanual.**
- **Ultrasonografía.**
- **MRI (imágenes de la resonancia magnética.)**
- **CT (tomografía computarizada)**

# 9.PROTOCOLO DE INSTRUMENTACIÓN

## PASO A PASO

### ELEMENTOS E INSUMOS.

- Paquete de ropa o bulto de laparotomía.
- Compresas.
- Rollos abdominales.
- Lápiz de ELECTROBISTURI.
- Guantes estériles.
- Gasas.
- Apósitos abdominal adherente.

# 9.PROTOCOLO DE INSTRUMENTACIÓN

## PASO A PASO

### SUTURAS:

- Catgut cromado 1, 2.
- Vicryl 1.
- Catgut simple 2/0.
- Prolene o nylon 2/0 o 3/0. Aguja recta.

### SOLUCIONES:

- Solución salina estéril.

# 9.PROTOCOLO DE INSTRUMENTACIÓN

## PASO A PASO

### ARREGLO DE MESA DE HISTERCTOMIA ABDOMINAL.

#### MESA DE MAYO:

- Mango de bisturí 1,3.
- Tijera de mentzembraum y tijera de mayo.
- Pizas Kelly curva.
- Pinzas Rochester curva.
- Pinzas allis.
- Pinzas de disección con y sin dientes.
- Separador de Farabeuf

## 10.BIBLIOGRAFIA

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002915.htm>
- <http://netdoctor.elespanol.com/articulo/extirpacion-utero-o-histerectomia>
  - <https://www.youtube.com/watch?v=fP-Xem4PLP4>
- <http://saludpelvica.com/histerectomia-abdominal-recuperacion/>
  - ENCICLOPEDIA.



# **TEMA 14. DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE**

**ROGELIO JOSÉ RODRÍGUEZ PÉREZ**

**PILAR DORANTES ROMERO**

**RAQUEL HERNÁNDEZ GARRIGUES**

**GARA COSTA JIMÉNEZ**

# ÍNDICE

- Descripción del caso.....Pag. 3
- Exploración y pruebas.....Pag. 4
- Juicio Clínico y Diagnóstico Diferencial.....Pag. 5
- Conclusión.....Pag. 6
- Bibliografía.....Pag. 7

## **DESCRIPCIÓN DEL CASO.**

Paciente de sexo femenino de 13 años y 6 meses de edad que consulta por dolor abdominal y vómitos de 3 días de evolución.

Menarquía hace 6 meses. No patologías previas de relevancia. No alergias conocidas. Dolor abdominal de 3-4 días de evolución, difuso, irradiado a epigastrio, que en ocasiones se acompaña de vómitos. No alteración del ritmo de deposición. Acudió a un servicio de urgencias donde se le pautó ranitidina y omeprazol. Acude por persistencia del cuadro. La paciente refiere que, estando en su país (Venezuela), ha presentado 3 cuadros de dolor abdominal aislados en los últimos 2 meses, que ha relacionado con la menstruación. Espera la menstruación en estos días.

## **EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Afebril, buen estado general, buena hidratación de piel y mucosas, buena coloración. Obesidad troncular. Abdomen blando y depresible. Dolor abdominal difuso a la palpación en epigastrio y flancos. No se palpan masas abdominales. Peristaltismo normal. Puño percusión lumbar: negativa. Auscultación cardiorrespiratoria normal. ORL: normal. Neurológico normal.

TA: 127/85. FC:99. T<sup>a</sup>:37,8°C. Peso:66 Kg.

Se realiza una analítica sanguínea y ecografía abdominal que mostraron: Hto 37,8% Hb 13,4 g/dl, plaquetas 338.000/ml, leucocitos 7.700/ml (N 46%); glucosa 79 mg/dl, creatinina 0,55 mg/dl, proteínas 77 g/l, albúmina 41 g/l, bilirrubina total 2,1 mg/dl, colesterol 206 mg/dl, ALT 475 UI/L, AST 215 UI/L, GGT 243 UI/L, amilasas 427,8 UI/L, lipasa 1298UI/L. Ecografía abdominal: vía biliar poco distendida con imagen de litiasis de 15 mm. Páncreas no valorable por interposición de gas intestinal.

## **JUICIO CLÍNICO**

Pancreatitis aguda secundaria a Litiasis Biliar.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Teniendo en cuenta los síntomas que presentaba la paciente podríamos pensar en una apendicitis, ya que es una patología muy común en niños de esta edad y presentaba dolor en epigastrio. Pero, tras valorar la exploración y pruebas complementarias, se pudo diagnosticar la pancreatitis.

## CONCLUSIÓN

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en el ámbito de la Pediatría de Atención Primaria. Aproximadamente, dos terceras partes de los casos son de origen médico, el resto tiene un origen quirúrgico. La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria, causada por la liberación intersticial y, en consecuencia, la autodigestión del páncreas por sus propias enzimas. El tratamiento es hospitalario con el ingreso del paciente. Si en las primeras horas aparecen signos de gravedad, está indicado el ingreso en UCI. El tratamiento está orientado a eliminar la causa, combatir los síntomas y evitar las complicaciones locales. Por tanto, Para poder realizar un correcto diagnóstico de los cuadros de dolor abdominal es muy importante realizar una pormenorizada anamnesis y una cuidadosa exploración física, que nos permitan después orientar las exploraciones complementarias, si son necesarias.

# **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bourrillon A. Dolor abdominal. Elsevier-Masson; 2009.
2. Plunkett A, Beattie RM. Recurrent abdominal pain in childhood. J R Soc Med. 2005;99(3):101-6.
3. McOmber ME, Shulman RJ. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in children. Curr Opin Pediatr. 2007;19(5):581-5.



**TEMA 15. EL NIVEL DE SATISFACCIÓN  
DE LA MUJER CON LA EXPERIENCIA  
DE PARTO AL USAR PLAN DE PARTO  
Y NACIMIENTO.**

**MIRIAM MATENCIO SOLER**

**GEMA MENÉNDEZ GÓMEZ**

**MARÍA ÁNGELES HERNÁNDEZ CARRILLO**

**MARTA SÁNCHEZ LIDÓN**

# ÍNDICE

- 1. Introducción**
- 2. Marco teórico**
  - 2.1. Estrategia Nacional Atención al Parto Normal
  - 2.2. Participación de las mujeres en la toma de decisiones
  - 2.3. plan de Parto y Nacimiento
  - 2.4. Justificación
- 3. Objetivos**
- 4. Material y método**
- 5. Discusión**
- 6. Conclusiones**
- 7. Referencias bibliográficas**

# 1. Introducción

A partir del siglo XX se produce la medicalización de la atención al parto, dejando a un lado la asistencia desde un punto de vista más natural y fisiológico para pasar a la asistencia que hoy conocemos en este ámbito.

Este cambio ha supuesto alejar a la mujer del control sobre su proceso de parto en beneficio del profesional que la asiste durante el mismo, con la implantación del Plan de Parto y Nacimiento se pretende devolver a la mujer la autonomía y poder de decisión sobre cómo quiere llevar a cabo su proceso de parto, siendo ésta informada de todas las posibilidades y teniendo la oportunidad de elegir por ella misma.

## **2. Marco teórico**

Desde los inicios de la humanidad, ha existido la figura de la matrona como persona que acompaña a la mujer en su proceso de parto.

La primera referencia escrita que se tiene de la intervención de una matrona la encontramos en el Antiguo Testamento, donde aparece la que es considerada la primera matrona, Débora, también se refleja el uso de la silla de partos y de como José solicita la presencia de dos matronas para atender el parto de María.

En el año 1541, aparece el primer manual sobre asistencia a partos en España dirigido a las matronas, obra titulada “Libro del arte de las comadres y del regimiento de preñadas y paridas y de los niños” de Damián Carbón.

## **2. Marco teórico**

En 1609, se escribe el primer manual de obstetricia escrito por y para matronas en una lengua común, “Observations diverses sur la Sterilité, perte de fruit, foecondité, accouchements et maladies et des femmes, et enfants nouveaux naiz” de Bourgeois. En la obra demuestra su amplia experiencia en la asistencia a partos tanto eutócicos como distócicos, sus conocimientos sobre anatomía y su colaboración con los cirujanos.

### **2.1. Estrategia Nacional Atención al Parto Normal**

Uno de los objetivos de la Estrategia Nacional de Atención al Parto Normal es promover el uso de prácticas basadas en la mejor evidencia científica disponible.

## **2. Marco teórico**

Los únicos procedimientos que se realizarán a la criatura recién nacida durante este tiempo de contacto piel con piel con su madre, son su identificación y el test de Apgar.

Informar a las madres sobre las ventajas del contacto piel con piel.

Posponer las prácticas de profilaxis ocular, peso, vitamina K, etc., al finalizar el contacto precoz.

No deben realizarse de forma rutinaria la aspiración de secreciones, el lavado gástrico, el paso de la sonda orogástrica, el paso de sonda para confirmar la permeabilidad de las fosas nasales y el paso de sonda rectal.

## **2. Marco teórico**

### **2.2. Participación de las mujeres en la toma de decisiones**

Se le debe informar a la mujer sobre el proceso fisiológico del parto y sobre las diferentes prácticas clínicas que se llevan a cabo en la atención al parto.

Esta información debe ser completa, comprensible, informar sobre beneficios y posibles riesgos y estar basada en la mejor evidencia disponible, para que puedan llevar a cabo una buena toma de decisiones.

Se respetarán las decisiones de la mujer siempre que no haya ningún riesgo ni para la madre ni para el feto.

## **2. Marco teórico**

### **2.3. Plan de Parto y Nacimiento**

El plan de parto es un documento mediante el cual la mujer puede expresar sus preferencias y deseos sobre su proceso de parto, lo que será de gran ayuda para los profesionales sanitarios que se encarguen de la atención al parto ya que tendrán acceso a dicha información<sup>1</sup>.

Además evitará que la mujer tenga que comunicar sus decisiones en el momento del parto, en el cual se encuentra en un estado más vulnerable tanto física como psicológicamente.

## **2. Marco teórico**

### **2.4. Justificación**

Este estudio pretende determinar si existe variación en el nivel de satisfacción que presentan las mujeres en su experiencia de parto al presentar un plan de parto comparado con las mujeres que no presentan dicho plan.

Para ello se plantea la siguiente pregunta PICO:

¿El uso del Plan de Parto y Nacimiento (I) aumenta el nivel de satisfacción (O) en las mujeres durante su proceso de parto (P)?

### **3. Objetivos**

**Objetivo general:**

Conocer el nivel de satisfacción de las mujeres con la experiencia de parto en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

**Objetivos específicos:**

Determinar las diferencias en el desarrollo del parto entre las mujeres que presentan Plan de Parto y Nacimiento y las que no lo presentan.

Conocer la prevalencia del uso de Plan de Parto y Nacimiento.

Determinar las diferencias en cuanto al grado satisfacción de las distintas variables relacionadas con la experiencia de parto entre las mujeres que presentan Plan de Parto y Nacimiento y las que no lo presentan.

## **4. Material y método**

Se propone la realización de un estudio cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal.

### **Población de estudio**

Como muestra se tomarán a todas las mujeres que dan a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de la Región de Murcia durante un periodo determinado que cumplan los criterios de inclusión y de exclusión.

### **Criterios de inclusión:**

Mujeres con embarazo a término

Mujeres que hayan entregado el consentimiento informado

Mujeres que hayan complementado la encuesta de satisfacción

## 4. Material y método

### **Criterios de exclusión:**

Gestante múltiple

Cesárea

Parto pretérmino

Feto cruz

Afección grave en parto o puerperio inmediato de la madre o del recién nacido

## **4. Material y método**

### **Recogida de datos y variables**

La recogida de datos se realizaría mediante el cuestionario autocumplimentado en el que se recogen variables sociodemográficas, obstétricas y un cuestionario validado de satisfacción de las mujeres con la experiencia de parto, Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale<sup>12</sup> (Anexo II), que consta de un total de 34 ítems, divididos en 6 subgrupos, cada ítem se evalúa mediante una escala Likert de 5 puntos, desde muy insatisfecha (1 punto), hasta muy satisfecha (5 puntos)

## **4. Material y método**

**Las variables a estudio son:**

Variables sociodemográficas y obstétricas:

Edad de la mujer

Nivel de estudios

País de nacimiento

Edad gestacional

Hijos previos

Tipo de parto (eutócico o instrumentado)

Uso de Plan de Parto y Nacimiento

## 5. Discusión

Los principales resultados que cabría esperar obtener, según lo indican estudios similares, serían una baja prevalencia del uso del Plan de Parto, alrededor del 3%, y un mayor nivel de satisfacción en cuanto a la experiencia de parto en el caso de las mujeres que presentan plan de parto, si éste ha sido respetado y ha habido conformidad y aprobación por parte de la mujer en caso de tener que modificarlo.

El uso del plan de parto se relaciona con un aumento del contacto piel con piel, pinzamiento tardío del cordón y una mayor tasa de partos eutócicos.

## **5. Discusión**

Las mayores diferencias entre la satisfacción de las mujeres que presentan o no plan de parto las podríamos encontrar en los subgrupos Dilatación, Expulsivo y Acompañante y confort, debido a que estas tienen un carácter más personal, por lo que podríamos encontrar una mayor satisfacción en estas áreas en las mujeres que presenten plan de parto cuando éste sea respetado, ya que uno de los ítems a valorar es su grado de participación, que sería alto y satisfactorio de cumplirse la premisa anterior

## 5. Discusión

La baja prevalencia de uso de plan de parto se puede deber a que, como indican otros estudios, la mayoría de las mujeres desconocen la existencia de este plan debido a que desde las consultas de Atención Primaria no se les informa de la posibilidad de realizar dicho plan. Otra de las razones podría ser debido a la incomodidad que el plan de parto suscita en algunos profesionales que lo interpretan como una amenaza a su profesionalidad saber hacer.

Aunque, por otro lado, existen muchos profesionales a los que el uso del plan de parto les orienta para poder ofrecer una asistencia con mayor calidad y así poder aumentar la satisfacción de la mujer.

## **5. Discusión**

En el caso de que el plan de parto no fuera respetado, se podrían presentar niveles más bajos de satisfacción, así en distintos artículos se observa que en las mujeres que presentaron plan de parto se obtuvieron niveles más bajos de satisfacción debido a que no se habían alcanzado sus expectativas o no se habían respetado sus deseos, dado que uno de los elementos que más influye en la satisfacción de la mujer con su experiencia de parto son las expectativas personales.

## **5. Discusión**

La comunicación por parte de los profesionales sanitarios es otro de los ítem con más relevancia para aumentar el nivel de satisfacción de la mujer, ya que si la comunicación es eficiente y la mujer percibe cómo se le consulta cada paso y que en cada momento está informada de cómo progresa su parto, de los resultados de las posibles pruebas que se deban realizar y de lo que pasará a continuación se sentirá más segura y cómoda

## 5. Discusión

Como posibles limitaciones de este estudio nos encontramos ante un posible sesgo de selección debido a las negativas a participar o a una posible autoselección, donde sólo participaría aquella mujer que estuviera o bien motivada por una grata experiencia o la mujer que quisiera desahogarse debido a una mala experiencia.

Otro riesgo que es susceptible de producirse sería el de memoria, que dependería del momento en que se realizara la encuesta, debido al tiempo sucedido entre el momento del parto y la realización de dicha encuesta.

## **6. Conclusiones**

Según los artículos revisados, se puede concluir que el nivel de satisfacción aumenta cuando se cumplen las expectativas de las mujeres, es decir cuando se cumple su plan de parto, ya que es el documento mediante el cual pueden expresar sus preferencias y deseos para poder alcanzar dichas expectativas.

Resaltar que actualmente la prevalencia de uso del Plan de Parto y Nacimiento es muy baja.

Además el uso del plan de parto se relaciona con un deseo por parte de la mujer de llevar a cabo un parto lo más aproximado a las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud.

## **6. Conclusiones**

Por ello se propone concienciar a los profesionales sobre el uso del plan de parto mediante sesiones de formación continuada tanto en Hospitales como en Centros de Salud. Lo que facilitará no solo su cumplimiento durante el parto, sino que también aumente la prevalencia de uso gracias a la comunicación con la mujer durante su embarazo por parte de la matrona en atención primaria.

Como futuras líneas de investigación se podría realizar un seguimiento para comprobar si existe un aumento en el uso del plan de parto y determinar sus repercusiones en el proceso de parto.

## **6. Conclusiones**

Además sería de interés la posibilidad de llevar a cabo este estudio de forma multicéntrica en todos los hospitales materno-infantiles de la Región de Murcia para poder obtener resultados con una mayor validez externa.

## 7. Referencias bibliográficas

- Donahue M. P. *Historia de la Enfermería*. Ed. Doyma. 1985.
- Martínez Rojo C. *La profesión matrona a través de manuales escritos por parteras europeas del siglo XVII*. [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia. 2014.
- Domínguez-Alarcón C. *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Primera edición. Madrid. Ed. Pirámide. 1986
- Serrano I. *La formación de matrona a lo largo de la historia*. Asociación Navarra de Matronas. 2002
- Marriner Tomey A., Raile Alligood M. *Modelos y teorías en Enfermería*. 6º edición. Madrid: Elsevier; 2007

## **7. Referencias bibliográficas**

- *Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.*
- *Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra. 1996*
- *Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Definición de parto normal. Veléz-Málaga. 2006*
- *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto. 2008*

## 7. Referencias bibliográficas

- *Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Parto y Nacimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2008*
- *Suárez-Cortés M., Armero-Barranco D., Canteras-Jordana M., Martínez Roche ME. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; 23 (3): 520-6*
- *Mas-Pons R., Barona-Vilar C., Carreguí-Vilar S., Ibáñez-Gil N., Margaix-Fontestad L. y Escribá-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. Gac. Sanit. 2012; 26 (3): 236 -242*

## 7. Referencias bibliográficas

- *Higuero-Macías JC., Crespillo-García E., Mérida-Téllez JM., Matín-Martínez SR., Pérez-Trueba E. y Mañon Di Leo JC. Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. Matronas Porf. 2013; 14 (3-4): 84-91*
- *Berrocal Gil AB., Galán Martín de la Leona D., Parreño Sánchez RM., Mateo Jurado I. y Carmona Moral JV. Análisis del grado de cumplimiento del plan de parto en el departamento de Gandía. Enf. Integ. 2015; 107: 35 -40*
- *Murcia Salud [Internet]. [Fecha de consulta 15 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/>*

## 7. Referencias bibliográficas

- Arnau Sánchez J, Martínez Roche M E, Nicolás Viguera M D, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. 2012. 7 (2): 25-247.
- Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM). Población según zonas básicas de salud y edad, por sexo. [Actualizado a 01/03/2016; Fecha de consulta: 05/04/2016]. Disponible en: <http://www.carm.es/econet>
- Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calid Asist. 2001

## 7. Referencias bibliográficas

- *Servicio Murciano de Salud (ES). Programa Integral de Atención a la Mujer. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2012.*
- *Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a sistematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002.*



# **TEMA 16. MASAJE INFANTIL.**

**NATALIA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ**

**MARTA VERA CAMPOS**

**LAURA GARCÍA GARCÍA**

**SANDRA LEÓN GARCÍA**

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. ¿QUÉ ES EL MASAJE INFANTIL?
4. BENEFICIOS
5. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DEL MASAJE
6. ¿CUÁNDO COMENZAMOS?
7. PIERNAS Y PIES
8. VIENTRE
9. PECHO

# **ÍNDICE**

**10. BRAZOS Y MANOS**

**11. CARA**

**12. ESPALDA**

**13. SITUACIONES ESPECIALES**

**14. SITUACIONES EN LAS QUE PUEDE ESTAR  
CONTRAINDICADO**

**15. CONCLUSIONES**

**16. BIBLIOGRAFÍA**

# INTRODUCCIÓN

El tacto es el primer sentido que se desarrolla en el niño y por tanto constituye un medio extraordinario de estimulación sensorial, muy útil para potenciar el vínculo afectivo entre el niño y sus padres. Los niños necesitan recibir estímulos afectivos que le transmitan seguridad y confort, comunicación y relajación, aceptación y amor. El masaje es una forma efectiva de cubrir estas necesidades. Por otro lado, el masaje potencia la capacidad de escucha activa y empatía, lo que influye positivamente en la interacción madre-hijo

# OBJETIVOS

1. Conocer los beneficios del masaje infantil
2. Aprender la técnica del masaje infantil
3. Potenciar el vínculo afectivo entre el niño y sus padres

# ¿QUÉ ES EL MASAJE INFANTIL?

El masaje infantil es una técnica tierna y agradable, que por medio de la estimulación táctil nos permite comunicar de una forma intensa con el mundo corporal y emocional del niño

Es el arte de la comunicación a través de las miradas, las sonrisas, el contacto, las palabras, el juego, etc., que nos acercan a nuestro bebé

# **BENEFICIOS**

- Favorece el desarrollo fisiológico, psicológico y emocional del bebé
- Establece una vía de comunicación mediante la estimulación táctil
- Fortalece el vínculo padres-hijo
- Fomenta la relajación del bebé

# FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DEL MASAJE

- Elegir el lugar y el momento adecuado, respetando el ritmo propio de cada niño
- Ambientes cálidos. Temperatura de la habitación confortable
- El ritmo del masaje ha de ser continuado evitando los cambios bruscos
- Movimientos suaves y lentos, rítmicos y relajados
- Es conveniente estar y permanecer relajado
- Observar las respuestas del niño
- Posición de los padres: espalda recta, sentado con las piernas cruzadas estando el bebé enfrente sobre una superficie cómoda
- Quitar todos los elementos que puedan dañar o molestar al bebé durante el masaje (relojes, anillos...)
- No olvidar pedirle permiso al bebé antes de comenzar, por ejemplo “frotarse las manos mientras le comentamos lo que vamos a hacer”

## ¿CUÁNDO COMENZAMOS?

- Tan pronto como quieran los padres
- Durante los primeros 6-7 meses es recomendable un masaje diario
- Etapa de gateo y comienzo a caminar 1 ó 2 sesiones a la semana, debido a que se encuentran en una etapa de agitación
- Etapa de 2 a 3 años se aconseja una sesión diaria tras el baño o previo a acostarse

## PIERNAS Y PIES

- Vaciado hindú: con una mano sujétale el tobillo, la otra amóldala a su pierna y deslízala hacia el tobillo. Una vez por la parte interna de la pierna, y la siguiente, por la parte externa
- Pulgar tras pulgar: desliza tus pulgares por la planta de su pie, desde el talón a la base de los dedos
- Vaciado sueco: del tobillo a la cadera, con una mano y luego la otra. Una mano por la parte interna de la pierna, y la otra por la parte externa
- Rodamientos: las dos manos, desde la cadera hasta el pie
- Movimiento integrador: con las dos manos simultáneamente, realiza un barrido desde la cadera y bajo las nalgas, hasta los pies

# VIENTRE

- Manos que reposan: esta posición indica que vas a iniciar el masaje en esa zona. Ayuda a la toma de contacto. Sitúa tus manos quietas, con calidez, sobre el vientre del niño, sin dar peso
- Oleadas: con una mano plana amoldada al vientre del bebé, deslízala desde el ombligo hacia la parte baja del vientre; una mano después de la otra, a modo de olas o molino de agua
- Sol y Luna: con la mano izquierda da vueltas en la dirección de las agujas del reloj, sin levantar el contacto, es el sol. Cuando la izquierda llega a las 6 horas, la mano derecha dibuja una luna, de las 8 a las 6 horas, en la dirección contraria del reloj

# PECHO

- Manos que reposan: indica que vas a iniciar el masaje en esta zona. Coloca tus manos sobre el pecho del niño, quietas, sin dar peso
- Abrir libro y corazón: abrir las manos hacia ambos lados de la caja torácica, dibujando un corazón y juntando en el esternón; subir y volver a abrir
- Movimiento integrador: desliza tus manos por su pecho, abdomen, piernas y pies, integrando todas las zonas masajeadas

# BRAZOS Y MANOS

- Vaciado hindú: con una mano sujétale la muñeca, la otra amóldala a su hombro y deslízala hacia la muñeca. Una vez por la parte interna del brazo, y la siguiente, por la parte externa
- Estirando de un hilo: abre la mano del bebé con tus pulgares. Realiza un rodamiento en cada uno de sus dedos, y alarga el movimiento en el aire, como si estiraras suavemente de un hilo imaginario
- Vaciado sueco: de la muñeca al hombro, con una mano y luego la otra. Una mano por la parte interna del brazo, y la otra por la parte externa. desde la muñeca al hombro
- Rodamientos: las dos manos, desde el hombro hasta la mano
- Movimiento integrador: desliza tus manos por sus brazos, manos, pecho, abdomen, piernas y pies

# CARA

- Abrir un libro sobre la frente: con tus pulgares o toda la mano sobre su frente. Abrir hacia los lados. Evita tapar la visión del bebé, en especial hasta los 7-9 meses
- Deslizar pulgares sobre las cejas: del centro hacia fuera
- Relajación de la mandíbula: con las yemas de los dedos, ambas manos simultáneamente, dibuja pequeños círculos masajeando las mejillas y unión de las mandíbulas, hacia las orejas. Desliza a continuación los dedos por la parte superior externa de las orejas, bajando por detrás de ellas hacia la barbilla

# ESPALDA

- Manos que reposan: una al lado de la otra cubriendo la espalda del niño/a
- Barrido: amolda tu mano derecha, o la dominante, y deslízala por su espalda, desde el cuello hacia el culito. Mientras, la otra mano se mantiene fija en las nalgas del pequeño
- Peinado: con todos los dedos de tu mano abiertos, a modo de peine, desciende por la espalda hasta las nalgas. Ampliar el movimiento hasta los pies. Realizarlo cada vez más despacio, hasta acabar como si pasaras una suave pluma, integrando desde la cabeza hasta los pies

# SITUACIONES ESPECIALES

## ➤ **Cólicos:**

- Manos que reposan en el vientre
- Oleadas. Repetir este movimiento 6 veces
- Rodillas sobre el vientre: (sin juntarlas si el bebé aún no gatea). Mantener esta posición durante 5 segundos
- Toques de relajación
- Sol y Luna. Repetir este movimiento 6 veces
- Rodillas sobre el vientre
- Toques de relajación

Repetir toda la secuencia en este orden, 3 ó 4 veces, en 2 ó 3 ocasiones durante el día (pueden aprovecharse los momentos de cambio de pañal)

## SITUACIONES ESPECIALES

- **Fiebre:** Para bajar la fiebre puede realizar algunos movimientos del masaje básico, humedeciendo las manos en agua caliente en vez de en aceite, manteniendo tapado al niño, excepto en la zona a masajear
- **Llanto:** El masaje favorece la relajación del bebé, por lo tanto, ayuda a calmar el llanto
- **Prematuro:** Se utiliza la misma técnica de masaje pero en lugar de utilizar toda la mano utilizaremos dos o tres dedos

## **SITUACIONES EN LAS QUE PUEDE ESTAR CONTRAINDICADO**

- Si el niño duerme no se le debe despertar. Nunca se debe aplicar un masaje en contra de su voluntad
- En el caso de infección no es recomendable hacer masaje
- Cuando se han administrado vacunas es conveniente esperar 48 horas para el masaje general y una semana para el masaje en la zona de punción
- En los niños diabéticos hemos de tener en cuenta que el masaje en la zona de punción de la insulina acelera la absorción de ésta

# CONCLUSIONES

- Los beneficios se pueden dividir en cuatro categorías: estimulación, relajación, alivio e interacción
- La estimulación táctil favorece el desarrollo fisiológico, psicológico y emocional del bebé
- Establece una vía de comunicación con sus hijos mediante el tacto
- El masaje infantil potencia el vínculo afectivo entre el niño y sus padres

# BIBLIOGRAFÍA

1. Schneider, V. Masaje infantil. Guía práctica para el padre y la madre. Barcelona: Ediciones Medici; 2002.
2. Asociación Española de Masaje Infantil [sede Web]. Barcelona: AEMI; 2015 [acceso 21 de septiembre de 2016]. Beneficios del masaje [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.masajeinfantil.org/aemi/masaje-infantil/beneficios-del-masaje/>
3. Díaz NM, Gómez CI, Ruiz MJ. Tratado de enfermería de la infancia y la adolescencia. Madrid: McGraw-Hill; 2006.
4. Márquez F, Poupin L, Lucchini C. Efectos del masaje en el recién nacido y el lactante. Index Enferm. 2007; 16(57): 42-46.
5. Martínez H, Torres A P; Ramos Y M, Gómez E. Un masaje para el recién nacido Shantala. Enferm C.Real. 2011; 63: 26-27.
6. Iriarte B, Zapata N, Parrilla C. La importancia y beneficios del masaje infantil. Pulso. 2010; 62: 40-43.
7. González ML. Masaje infantil. Med Natur. 2007; 1(2): 102-119.
8. Yates CC, Mitchell AJ, Booth MY, Williams DK, Lowe LM, Whit Hall R. The effects of massage therapy to induce sleep in infants born preterm. Pediatr Phys Ther. 2014; 26(4): 405-410.



**TEMA 17. ANGIOGRAFIA.  
GENERALIDADES.**

**LAURA ARONSON HELLIN**

# INDICE

1. DEFINICION
2. VENTAJAS
3. PERSONAL NECESARIO
4. PREPARACION DEL PACIENTE
5. REALIZACION

# 1. DEFINICION

- Es el método de imágenes que permite visualizar lo vascular más precisamente.
- Se usa una inyección de contraste a través de un catéter colocado por vía endovascular percutánea desde la ingle (acceso femoral) o desde el brazo (acceso braquial) hasta el segmento arterial que se desee estudiar. Ya allí y durante la inyección del contraste, se toman imágenes de Rx.
- Un proceso computerizado de sustracción digital permite visualizar el interior de las arterias solamente, eliminando las estructuras vecinas.
- Hay tres tipos de angiografías: con catéter, por Tc, y por RM. Estas dos últimas son las técnicas no invasivas.

## 2. VENTAJAS

- Es el estudio por imágenes más seguro, preciso, sensible y específico para evaluar la circulación arterial.
- La severidad de la enfermedad arterioesclerótica no limita la determinación del hallazgo angiográfico ya que la evaluación es completa y puede practicarse en múltiples proyecciones.
- Constituye una evaluación arterial dinámica que permiten determinar el flujo sanguíneo en todas sus fases y características.

### 3. INCONVENIENTES

- No evalúa las paredes de la arteria ni las estructuras adyacentes, solo el interior de la arteria.
- Es un método invasivo, aunque hay que puntualizar que los riesgos del procedimiento incluyen reacciones alérgicas o tóxicas al contraste son menores al 1%.
- Demuestra el hallazgo en un solo plano correspondiente a la proyección angiográfica practicada.
- Es costoso.

## 4. PREPARACION DEL PACIENTE

- El paciente debe informar a su médico de todos los medicamentos que tome, alergias, enfermedades recientes o cualquier condición médica como embarazo. Es importante q informe al técnico y o médico en caso de estar en estado.
- No podrá comer ni beber nada después de la media noche anterior al procedimiento.
- El día de la prueba un radiólogo le explicara la prueba al paciente y le pedirá q firme los consentimientos informados.
- Justo antes del estudio el técnico o DUE rasurará el área del cuerpo donde se inserta el catéter.

## 5. REALIZACION

- El paciente recibirá medicamentos para ayudarlo a que se relaje,. Se le pondrá paños estériles dejando una abertura donde se inserta el catéter. El médico pondrá un anestésico en la zona de inserción y una vez adormecida le insertara el catéter ayudado de un equipo de fluoroscopia para ayudarlo a ver el cable de guía y el catéter.
- El cable se saca una vez este el catéter en posición correcta y se toman imágenes rápidas mientras se inserta el contraste en el torrente sanguíneo.
- El cardiólogo necesitará tomar varias tomas de imagen para asegurar que se complete un estudio adecuado de todos los vasos.
- Se le pedirá al paciente q este totalmente quieto mientras le toman las imágenes.
- Al final del procedimiento retirara el catéter y ejercerá presión en el área durante 10 min.

# BIBLIOGRAFIA

- Dose reduction in paediatric MDCT: general principles A Paterson, DP Frush - Clinical radiology, 2007 – Elsevier C.P. Davis, T.F. Hany, S. Wildermuth, M. Schmidt, J.F. Debatin
- ANGIOGRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA, de Rafael Ceballos Atienza
- Angiografía Generalidades de Anne G. Osborn



**TEMA 18. CUIDADOS DE  
ENFERMERIA EN PACIENTES CON  
EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR  
OBSTRUCTIVA CRÓNICA)**

**LAURA LÓPEZ FERNÁNDEZ  
M<sup>a</sup> CARMEN TORTOLA SAURA**

# ÍNDICE

1. DEFINICION DE EPOC
2. CAUSAS
3. FACTORES DE RIESGO
4. SINTOMAS
5. CLASIFICACION DE EPOC
6. CUIDADOS DE ENFERMERIA
7. REHABILITACIÓN RESPIRATORIA
8. BIBLIOGRAFÍA

## **DEFINICION DE EPOC**

Es una enfermedad respiratoria caracterizada por una limitación al flujo de aéreo que no es totalmente reversible. Esta limitación se suele manifestar en forma de disnea, y por lo general, es progresiva. Se asocia con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas nocivas y gases, principalmente derivados del humo del tabaco que pueden producir otros síntomas como tos crónica acompañada o no de expectoración.

### **- Algunos puntos clave sobre la Prevalencia de EPOC en España:**

- La prevalencia de EPOC en adultos de 40-80 años en España se estima del 10,2% (15,1% en varones y 5,7% en mujeres), aunque varía ampliamente según áreas geográficas.

-La prevalencia de EPOC incrementa debido al envejecimiento de la población y, sobre todo, al aumento de la prevalencia entre la población femenina fumadora.

-Existe un alto grado de infradiagnostico de la EPOC

-Se aprecia una reducción del infratratamiento de la EPOC.

## 2. CAUSAS

La causa más frecuente de la EPOC es el uso del tabaco prolongado. Sin embargo no todos los fumadores desarrollan EPOC y no todas las personas que la padecen tienen una historia de tabaquismo, los no fumadores también la pueden padecer.

.Otros factores que pueden causar EPOC:

- Exposición a polvos y químicos en el ambiente laboral (polvo de carbón y silicio).
- Contaminación del aire en interiores.
- Fumadores pasivos.
- Deficiencia de Alpha1-antitripsina. Trastorno hereditario y poco común que aumenta la posibilidad de padecer enfermedades de pulmón e hígado
- Infecciones respiratorias en la infancia.

### **3. FACTORES DE RIESGO**

- La exposición al humo del tabaco. El factor de riesgo más importante para la EPOC es el tabaquismo a largo plazo.
- Las personas con asma que tienen hábito de fumar. La combinación de asma, una enfermedad crónica de las vías respiratorias y el fumar, aumentan el riesgo de padecer EPOC.
- La exposición laboral a polvos y químicos.
- Edad. Se desarrolla lentamente durante años, por lo que la mayoría de las personas tienen entre 35-40 años de edad cuando comienzan los síntomas.
- Genética.

## 4. SINTOMAS

Al comienzo, es posible que la EPOC no cause síntomas o que estos sean leves. A medida que la enfermedad empeora, los síntomas se agravan. Los signos y síntomas comunes de EPOC son:

- Tos persistente o que produce mucha mucosidad; a menudo esta tos se conoce como «tos de fumador»
- Sensación de falta de aire, especialmente durante la actividad física.
- Sibilancias (se produce al respirar)
- Presión en el pecho.

No todas las personas presentan los síntomas descritos.

La intensidad de los síntomas dependerá del grado de daño pulmonar que la persona tenga.

## 5. DIAGNOSTICO

Para el diagnostico de la EPOC, se utilizan las Pruebas de función Pulmonar.

Estas pruebas miden la cantidad de aire que se puede inhalar y exhalar, la rapidez con que puede sacar el aire de los pulmones y que también los pulmones pasen el oxigeno a la sangre.

La prueba principal para diagnosticar el EPOC es la espirometría.

Otras pruebas que también se pueden utilizar para el diagnóstico son la radiografía de tórax o un análisis de Gases arteriales.

## **6. CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

El personal de enfermería deberá valorar el estado respiratorio del paciente así como los signos de deterioro.

También deberá encargarse tanto de la terapia como de la educación para la salud del paciente, ayudándole a cambiar los hábitos que resulten nocivos para la salud y fomentando aquellos que le ayuden a sobrellevarla.

Para llevar a cabo los cuidados de enfermería en este tipo de pacientes deberemos realizar un Plan de Cuidados, basado en las 14 Necesidades de Virginia Henderson y en los diagnósticos de enfermería según la taxonomía de la NANDA, los resultados esperados (NOC) y las intervenciones de enfermería propuestas (NIC).

Cuando tengamos todos los datos recogidos podremos realizar los cuidados propuestos.

- **Valoración según las 14 necesidades de Virginia Henderson:**

1. Respiración y circulación: esta necesidad se verá alterada en paciente con EPOC. Podremos observar signos y síntomas y factores de riesgo (si fuma o no).
2. Alimentación e Hidratación: valorar el tipo de alimentación y si bebe al menos 2l de agua al día.
3. Eliminación: valorar las veces que el paciente micciona y deposita, si tiene estreñimiento...
4. Movimiento: valorar si sale a pasear y si puede realizar actividad física, ya que la mayoría de estos pacientes la tienen limitada por la disnea.
5. Reposo/ sueño: horas de sueño, calidad del sueño.
6. Higiene: valorar si es la adecuada, valorar la piel.
7. Termorregulación: si la temperatura corporal esta alterada

8. Vestirse y desnudarse: valorar si existe déficit de autocuidado.
9. Seguridad: valorar el entorno, trabajo...
10. Comunicación: valorar el nivel de conciencia
11. Distracción: aficiones, hobbies...
12. Religión/espiritual: valorar a que religión pertenece, si es practicante...
13. Sentido a su vida: como se siente y afronta la enfermedad
14. Aprendizaje: Si conoce su enfermedad, tratamiento...

- **Plan de cuidados de enfermería.**

- ✓ Diagnósticos NANDA.

- Deterioro del intercambio caseoso (00030)

- Deterioro de la deambulaci3n (00088)

- Fatiga (00093)

- Patr3n respiratorio ineficaz (00032)

- Limpieza ineficaz de las v3as respiratorias (00031)

- Intolerancia a la actividad (0092)

Estos son algunos diagn3sticos que pueden presentar los Pacientes con EPOC, aunque no todas las personas que padecen la enfermedad tienen los mismos patrones alterados.

✓ Resultados (NOC)

- Estado respiratorio: intercambio gaseoso y ventilación
- Conservación de la energía
- Tolerancia a la actividad
- Estado de los signos vitales
- Nivel de movilidad
- Conocimiento de los cuidados en la enfermedad

✓ Intervenciones (NIC)

- Fisioterapia respiratoria
- Mejora de la tos
- Oxigenoterapia
- Terapia de ejercicios
- Manejo de la vía aérea
- Ayuda para dejar de fumar

## 7. REHABILITACION RESPIRATORIA

La rehabilitación respiratoria consiste en la realización de una serie de ejercicios que mejorarán el estado físico y, por tanto, su calidad de vida. Los objetivos de estos ejercicios son:

- Aliviar la sensación de ahogo
- Facilitar las actividades de la vida diaria.
- Mejorar el estado de ánimo.

Los componente fundamentales de los programas de Rehabilitación Respiratoria son el entrenamiento muscular, la educación y la fisioterapia respiratoria, siendo aconsejable también contemplar la terapia ocupacional, el soporte psicosocial y la intervención nutricional.

La Rehabilitación Respiratoria es una parte fundamental del tratamiento de los pacientes con EPOC, y así, lo reconocen las principales guías de tratamiento de la enfermedad.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Guiasalud.es. Disponible en <http://www.guiasalud.es/egpc/EPOC/completa/apartado04/epidemiologia.html>
2. Chestnet.org. EPOC: causas y factores de riesgo. Disponible en [www.chestnet.org/~media/chesnetorg/Foundation/.../CausasYFactoresdeRiesgo.ashx](http://www.chestnet.org/~media/chesnetorg/Foundation/.../CausasYFactoresdeRiesgo.ashx)
3. Escarrabill, J. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): visión global y continuidad de cuidados. An. Med. Interna. 2003; 20(7): 337-339
4. Revista-portalesmedicos.com. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-cuidados-enfermeria-epoc/3/>
5. P. De Lucas,R. Güell,V. Sobradillo,C. Jiménez,M. Sangenis,T. Montemayor  
**Normativa Rehabilitación Respiratoria**  
Arch Bronconeumol, 36 (2000), pp. 257-274



**TEMA 19. GUÍA DE INFORMACIÓN AL  
PACIENTE QUIRÚRGICO.  
CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

**ROSARIO TORAL SIMÓN  
ISABEL CUTILLAS ABELLÁN  
JESÚS CARPENA VELANDRINO  
PILAR VILLAESCUSA SÁNCHEZ**

# ÍNDICE

•CONCEPTO.....	3
•QUIÉN ES EL ENCARGADO DE INFORMAR?.....	4
•SOBRE QUE HAY QUE INFORMAR Y COMO SE DEBE INFORMAR ?.....	5
•A QUIEN HAY QUE DAR LA INFORMACIÓN Y EXCEPCIONES PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	6
•BIBLIOGRAFÍA.....	7

# CONCEPTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Antes de someterse a una intervención , el paciente debe dar su consentimiento por escrito. Esto protege al paciente de cualquier procedimiento que no se conozca o no se desee. Además, también protege al hospital y al personal sanitario ante cualquier reclamación por parte del propio paciente o familiar. De esta manera, el consentimiento se convierte así en una parte del historial del paciente y va con él hasta el quirófano.

Es un acuerdo con el paciente, donde este acepta un tratamiento o procedimiento , prescrito por el médico, después de que se le haya informado totalmente de este, incluyendo sus riesgos y complicaciones. La aceptación del mismo es un intercambio entre el paciente y el médico.

## **QUIÉN ES EL ENCARGADO DE INFORMAR?**

Conseguir tal aceptación del consentimiento informado es responsabilidad del médico. La enfermera/o debe atestiguar el consentimiento del paciente, es decir:

- Verificar firma del paciente.

- Corroborar que el paciente realmente ha comprendido lo que se le ha explicado, es decir, que está totalmente informado.

- Atestiguar el intercambio entre el paciente y el médico.

Si la enfermera/o cree que el paciente no comprende las explicaciones del médico, es importante que éste sea informado de este hecho, ya que el consentimiento debe ser dado por un individuo con capacidad de comprender sus implicaciones y el firmante debe poseer la suficiente información como para que tome él mismo la decisión en último término.

# **SOBRE QUÉ HAY QUE INFORMAR Y COMO SE DEBE DAR LA INFORMACIÓN?**

La información necesita incluir las posibilidades de tratamiento, diagnóstico y pronóstico. Se deberá informar acerca del nombre del procedimiento, objetivos y la forma de realizarlo. Además, habrá que informar acerca de consecuencias seguras de la intervención, los beneficios en el tiempo y los riesgos posibles. También se informará sobre procedimientos alternativos con sus riesgos, efectos secundarios, molestias etc.

La información se debe dar de forma oral y escrita. Las palabras técnicas y/o barreras del lenguaje pueden dificultar la comprensión. Si un paciente no sabe leer, se le debe leer el consentimiento antes de que lo firme; si el paciente no puede hablar el mismo idioma que el profesional que le informa, se tiene que requerir la presencia de un intérprete.

## **A QUIEN INFORMAR Y EXCEPCIONES**

La información se debe dar al paciente. Si éste da su autorización, también tienen derecho a recibirla familiares o allegados. Si el paciente tiene menos de 12 años y, a juicio del médico, reúne las condiciones de madurez suficientes para recibir la información y otorgar su consentimiento, el consentimiento informado lo firmarán él y sus padres. En incapacidad relativa, si el médico valora que el paciente no tiene capacidad para decidir, aun siendo mayor de edad, es necesario el consentimiento de los allegados, a quienes corresponderá la representación. Las excepciones para la obtención del consentimiento informado son cuando la no realización de un procedimiento suponga riesgo para la comunidad, cuando la patología sea muy urgente y no permita demoras, cuando exista una orden judicial. y cuando la persona no tenga capacidad mental o física, ya que el derecho recae sobre la familia.

# BIBLIOGRAFÍA

- Organización Colegial de Enfermería en España. Código Deontológico de la Profesión de Enfermería en España. Consejo General de Enfermería en España.1989.
- Pastor García y León Correa. Manual de ética y legislación de Enfermería.Mosby.1997.
- Consentimiento Informado. EMCA. [en línea].[Consulta:2 de Septiembre de 2017].  
<https://sms.carm.es/somosmas/web/programaemca/consentimiento-informado> >



**TEMA 20. ESTUDIO SOBRE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN  
ATENCIÓN DOMICILIARIA**

**MARTÍN FLORES SALDAÑA**

# ÍNDICE

- JUSTIFICACIÓN.
- ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.
- HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.
- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.
- ESTRATEGIA BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA.
- DISEÑO Y MÉTODOS.
- APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE RESULTADOS.
- ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.
- CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO.
- BIBLIOGRAFIA.

# JUSTIFICACIÓN

El **envejecimiento de la población**, el aumento de las **enfermedades crónicas**, y el incremento del grado de **dependencia**, provoca que una parte de nuestros pacientes, necesiten **atención en sus propios domicilios** por no poder desplazarse o considerarlo como el mejor lugar terapéutico.

**El domicilio** se ha convertido en un importante lugar de **prestación de servicios** sanitarios, **no exento de riesgos.**

Probablemente, la **seguridad en el contexto domiciliario** requiera nuevas **estrategias y soluciones distintas** a las desarrolladas en el **ámbito hospitalario.**

# JUSTIFICACIÓN

Es importante destacar que **los conocimientos** con los que contamos sobre la epidemiología del **error y el daño**, las causas y los factores que contribuyen a éstos, así como las soluciones posibles, pertenecen casi en **su totalidad al ámbito hospitalario**

Es por ello que una **atención de calidad** debe contemplar la seguridad del paciente tanto en el ámbito de la **Atención Especializada** (Hospitales), de la **Atención Primaria** (Centros de Salud), como en el propio **Domicilio del Paciente**.

# JUSTIFICACIÓN

Este proyecto de investigación pretende **conocer, analizar y evaluar** el impacto de **los EA** sobre las características de los pacientes y su asistencia en el domicilio como lugar terapéutico, establecer estrategias orientadas a mejorar la **cultura de Seguridad del Paciente**, reduciendo o eliminando, los acontecimientos adversos generados como consecuencia del proceso asistencial.

## ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Los **primeros estudios** con repercusión sobre la seguridad del paciente se publicaron por el Inst. Amer. Med. en su informe **“To Err is Human”** en el año 1999. Se evidencia la **magnitud y consecuencia de los errores** en la atención sanitaria. “En EE.UU entre 44.000 y 98.000 pacientes **fallecían al año** por errores médicos”.

En **nuestro país**, el informe (**ENEAS**) 2006, Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización, y

«Estudio de la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria (AP) de Salud» (**APEAS**)

Suponen **por su relevancia** las primeras **estrategias de mejora** de la **seguridad del paciente** y **significaron un importante avance** en el **conocimiento de los Efectos Adversos (EA)** en la atención sanitaria.

# HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

- I. Conocer la **prevalencia de efectos adversos** que se dan en los sujetos visitados en el domicilio **influirá positivamente** en mejorar la **calidad asistencial**.
- II. La elaboración de **estrategias preventivas** de los EA en la Atención Domiciliaria **puede ser altamente efectiva**, al ser evitables el 70% de los EA en general y el 80% de los EA graves en particular.
- III. La **gravedad del paciente y las comorbilidades** asociadas a su enfermedad de base **influirán negativamente** en la aparición de sucesos adversos indeseables.
- IV. Disponer de **instrumentos de identificación, medición y evaluación** de eventos adversos **influirá positivamente** en la seguridad del paciente.

# HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

**V.** Una estrategia de **cultura de seguridad** dirigida a **profesionales** sanitarios **influirá positivamente** en la disminución del evento adverso.

**VI.** Una estrategia de **cultura de seguridad** dirigida a **pacientes** y cuidadores **influirá positivamente** en la disminución del evento adverso.

**VII.** Un **entorno socio-familiar deficiente** **influirá negativamente** en la calidad de seguridad del paciente en la atención domiciliaria.

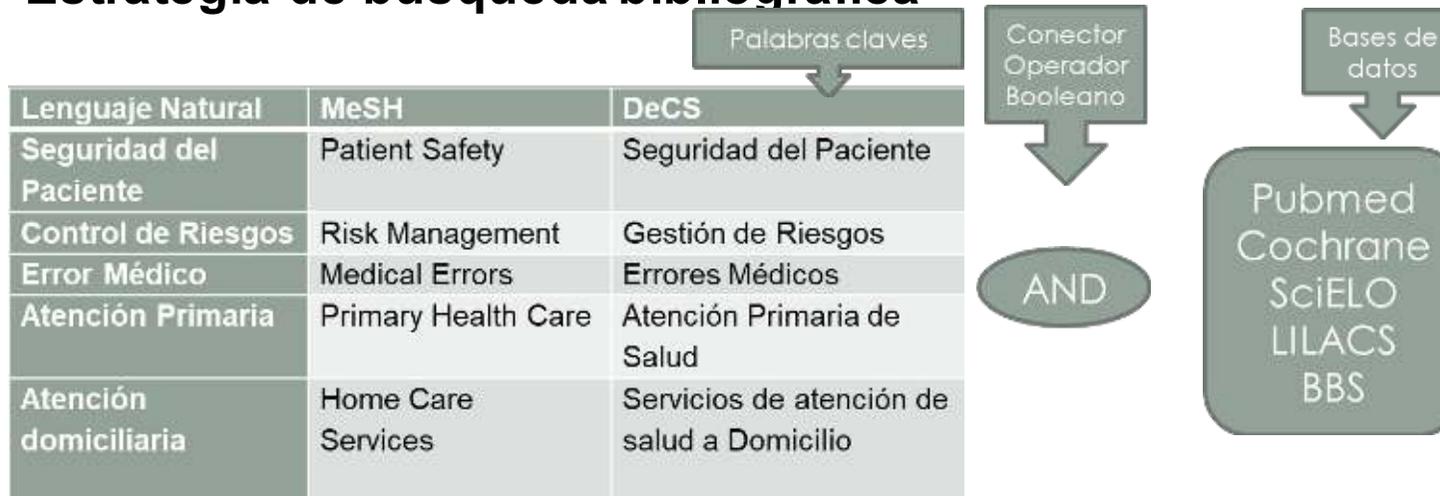
# OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

## OBJETIVOS Generales

- I. **Identificar qué sucesos adversos** se derivan de la asistencia sanitaria en el hogar del paciente, **incluyendo incidentes** sin daño para el paciente y **Eventos Adversos** que ocasionan daño para el paciente.
  
- II. **Mejorar la cultura de la seguridad del paciente** a partir del análisis y discusión de datos obtenidos.
  
- III. **Implementar** en los EAP **estrategias** encaminadas a **mejorar la seguridad del paciente** en sus domicilios.

# DISEÑO Y MÉTODOS

## Estrategia de búsqueda bibliográfica



### LIMITES.

- Artículos originales de revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorios y experimentales.
- Art. con acceso libre en español e inglés.
- Horizonte temporal, últimos 10 años y
- Adultos ambos sexos  $\geq 15$  años.
- Alguna de las palabras claves incluidas en título o resumen del artículo.

# **DISEÑO Y MÉTODOS**

Tipo de diseño:

Estudio epidemiológico de carácter observacional de tipo descriptivo y prospectivo en el tiempo.

Periodo de estudio:

El periodo elegido para la realización del estudio será de 15 meses comprendidos entre los meses de marzo del 2018 a junio del 2019.

Población de estudio:

Aquellos pacientes que por su condición o situación no pueden desplazarse al centro de atención sanitaria o para los que su domicilio es su mejor lugar terapéutico.

# DISEÑO Y MÉTODOS

## Descripción de la muestra:

**Representada** por pacientes **incluidos en los siguientes epígrafes:**

- pacientes **agudos,**
- **crónicos avanzados,**
- **geriátricos,**
- **terminales, postquirúrgicos,**
- con problemas de **salud mental,** que cumplen criterios de inclusión

# DISEÑO Y MÉTODOS

## **Criterios de Inclusión:**

- Adultos **mayores de 15 años**, aleatorio para sexo y grupo etario,
- Pacientes que **no pudiendo desplazarse al centro** de AP, son **atendidos en su domicilio habitual y permanente.**
- Pacientes que no pudiendo desplazarse al centro de AP, son **atendidos en el domicilio temporal de sus familiares.**
- Firmen documento de **consentimiento informado (CI) de participación.**
- En posesión de la **Tarjeta SIP activa.**
- Tener **asignado en el EAP profesional sanitarios** (Médico y Enfermero).
- **Pertenecer a cualquiera** de los 11 **Centros** de AP, o los 30 **Consultorios Auxiliares** incluyendo los 3 CSI de las **9 Zonas Básicas** del Departamento 03.

# DISEÑO Y MÉTODOS

## Cálculo del tamaño de la muestra:

Se tomó como **población de referencia una población de 69.363 pacientes con tarjeta SIP y epígrafe: “consulta en atención domiciliaria”** registrados en Historia Clínica Electrónica ABUCASIS para el Departamento 03 La Plana.

Fuente: Memoria de Gestión de Conselleria de Sanitat Universal i Salut

Total visitas atención domiciliaria AP	45.757 hab.
Total visitas atención domiciliaria AC	15.071 hab.
Total visitas domicilio atención casos complejos Nivel 3 y UHD	8.535 hab.
Total epígrafe Visitas a domicilio ejercicio 2016 Dto.03 La Plana	<b>69.363 hab.</b>

# DISEÑO Y MÉTODOS

## Cálculo del tamaño de la muestra:

- Realizados los **cálculos mediante aplicación** informática (Granmo" versión 7.12).
- Según resultados, pudimos confirmar que:

**Una muestra aleatoria de 238 individuos era suficiente para estimar,**

con una **confianza o seguridad del 95%** una **proporción esperada** del 5%,  $p = 0,05$ .

**Una precisión del 3%**

**Población (N)** de 69,363 hab

**El porcentaje de reposiciones o perdidas se ha previsto sea del 15%.**

# DISEÑO Y MÉTODOS

## **Método de recogida de datos:**

Como método para la recogida de datos, **realizaremos un procedimiento de muestreo probabilístico polietápico.**

En **primer lugar**, seleccionaremos **al azar** una **muestra aleatoria y representativa** (mediante muestreo simple aleatorio), **entre el 100% de los centros de salud y consultorios auxiliares** que integran el **mapa sanitario** del Departamento 03.

**Segundo lugar** una selección también **al azar representativa** y proporcional de los **diferentes cupos médicos asignados a los EAP seleccionados.**

# DISEÑO Y MÉTODOS

## Medición de las variables utilizadas.

En **nuestro estudio** se combinan **variables tanto cuantitativas** como **cualitativas**, ponderando las segundas sobre las primeras.

Las variables **cualitativas** serán **evaluadas** mediante **frecuencias relativas, y absolutas**.

Las variables **cuantitativas** se **evaluarán** mediante la **media y la desviación estándar**.

# DISEÑO Y MÉTODOS

## Medición de las variables utilizadas.

Para la **correlación de las variables cuantitativas** continuas se medirán por medio de la correlación de **Pearson** o Spearman.

Se utilizará la prueba **Chi-cuadrado** para **variables cualitativas categóricas**

y la **T student** para **comparación de variables cuantitativas** continuas.

**Nuestro análisis estadístico** se realizará con el **sistema informático SPSS v.20** y/o Excel 2010.

# DISEÑO Y MÉTODOS

TÍTULO:

ESTUDIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN DOMICILIAR

• Los instrumentos:

**CRD**  
CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

- **INCIDENTE:** Factores desencadenantes de eventos adversos
- **PELIGROS:** Factores de exposición y riesgos para la salud en el hogar
- **TINETTI:** Evaluación de la marcha y el equilibrio
- **NSI:** Evaluación de la salud nutricional
- **BRADEN:** Valoración del riesgo de úlceras por presión
- **BARTHEL:** Valoración de las actividades básicas de la vida diaria
- **LAWTON:** Escala de actividades instrumentales de la vida diaria
- **EVAA:** Escala de valoración de la autonomía para el autocuidado
- **PFEIFER:** Valoración mental del área cognitiva
- **TIN CORTO:** Test del informador
- **MORISKY:** Adherencia al tratamiento farmacológico
- **GIJON:** Escala de valoración socio-familiar
- **ZARIT:** Sobrecarga del cuidador

ALUMNO: FLORES SALDAÑA, MARTÍN

- Se estructuran en **tres formularios**.
- **1.-Incidentes: items, elaborados a partir** del realizado en el estudio **APEAS**.
- **2.-Escala:** Se utilizan **11 Escalas** para la **valoración general** de los pacientes.
- **3.-Cuestionario de riesgos y/o Peligros,** que **evalúa** los riesgos y **peligros potenciales** en la **vivienda** (Según formulario de la Universidad de Columbia) . (**CRD**)

# ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

El Equipo de investigación **cuenta con:**

- La aprobación del proyecto por el CEIC
- Tanto Investigador principal y co-investigadores tienen dilatada productividad científica original, publicados en los últimos cinco años así como comunicaciones en congresos
- Están perfectamente capacitados para desarrollar y liderar este proyecto de investigación.
- Se dispondrá de las estructuras físicas y medios materiales facilitados por la propia Conselleria. Cuenta con biblioteca, aula de informática, soporte informático, acceso a internet.

# CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO

La duración del proyecto será de 15 meses, desde su inicio en Marzo del 2018 hasta conclusión junio 2019, según se detalla en diagrama de Gantt adjunto.

AÑO ACTIVIDAD	2018												2019											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión Bibliográfica			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■						
Elección Instrumentos						■	■																	
Diseño Protocolo						■	■	■																
Redacción marco teórico							■	■																
Presentación Proyecto Gerencia Departamento 03							■																	
Presentación Proyecto CEIC de AP C. Valenciana							■	■																
Diseño base de datos							■	■																
Recogida de Datos									■	■	■	■	■											
Análisis de Datos										■	■	■	■	■										
Resultados																	■	■	■					
Discusión, Conclusiones																	■	■						
Publicación																			■	■	■	■	■	

# BIBLIOGRAFIA

**Charles Vincent y René Amalberti.** Safer Health Care: Strategies for the Real World. (1.<sup>a</sup> Edición, septiembre de 2016) Editorial Modus Laborandi, S.L

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Eds. **“To err is Human”**: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington D: National Academy Press; 1999. [última consulta. 17\_4\_2017], 13(51), 69-71. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>

Amalberti R, Brami J ‘Tempos’ management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. BMJ Qual Saf. (2012) 21(9):729-736.

# BIBLIOGRAFIA

Aranaz, J. M., Aibar Remón, C., Vitaller Burillo, J., Mira Solves, J. J., Orozco Beltrán, D., & Terol García, E. **Estudio APEAS**. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. (2008). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en:  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)

Decreto-ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. [disponible],  
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/DOCV-r-2015-90519-consolidado.pdf>



# **TEMA 21. HERPES OCULAR: HERPES ZOSTER VS HERPES SIMPLE**

**EVA MARIA CASTELL CANO  
CARMEN ROMAN SALIDO**

# ÍNDICE

- Introducción
- Descripción del caso clínico
- Conclusiones
- Bibliografía

# INTRODUCCION

Herpes zóster se produce por reactivación del virus de la varicela- zoster. El virus de la varicela se transmite vía aérea, la primoinfección produce varicela, el virus queda latente en los ganglios nerviosos reactivándose y produciendo herpes zoster en infecciones posteriores, la clínica cursa con la aparición de vesículas en el trayecto del nervio sensitivo, esto produce dolor que puede ser incapacitante si se produce neuralgia postherpética. En el ojo el nervio más afectado es el oftálmico.

La clínica puede incluir edema parpebral, dolor, fotofobia, vesículas, si afecta a la zona interna del ojo como cornea puede producir queratitis, e incluso pérdida de visión.

El herpes simple se contagia por contacto directo, tras la infección primaria queda en estado latente siendo frecuentes las reactivaciones.

El herpes simple que afecta a ojos frecuentemente es el tipo 1, la clínica es similar a la del herpes zoster.

## **DESCRIPCION DEL CASO**

Mujer de 38 años que acude a centro de salud con picor y ligera inflamación en lagrimal ojo izquierdo. Tiene antecedentes de herpes oftálmicos, en una ocasión con afectación corneal, queratitis y pérdida de visión. A las 24 horas vuelve a acudir por dolor que se extiende hacia frente y nariz, presentando inflamación de párpado superior e inferior, enrojecimiento. La exploración del primer día consistió en visualización con luz. El segundo día se procedió a la tinción del ojo con fluoresceína y observación con lupa, no se observó afectación dendrítica ni afectación ocular, aunque sí gran hiperemia y leve punteado. El diagnóstico fue herpes simple y diagnóstico diferencial: Herpes/ conjuntivitis. El tratamiento consistió en aplicación de aciclovir en pomada oftálmica cada 4 horas durante 8 días.

## CONCLUSIONES

El herpes oftálmico puede ser producido por herpes simple o herpes zoster, el primero es un virus intraaxonal y el segundo esta en los ganglios de los nervios sensitivos, en caso de herpes zoster la reactivación de este es más agresiva y aunque ambos pueden afectar a la visión el herpes zoster es sin duda más peligroso y doloroso ya que el nervio oftálmico es rama terminal del nervio trigémino, nervio causante de neuralgias dolorosas. Las recidivas en el herpes simple son frecuentes y raras en el caso de herpes zoster. Un tratamiento precoz evita complicaciones como perdida visión y neuralgias postherpéticas.

# BIBLIOGRAFÍA

- AM Cebrian, J Puig, J Diez. Epidemiología del herpes zoster.cap.1. 1 ed. Marge Médica Books. 2010
- Mario Muñoz Monroy. Herpes Zoster Oftálmico. Presentación de un caso. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2015;14(1):43-48
- Lourdes Alonzo-Romero Pareyón. Herpes Zoster. Dermatología Rev Mex 2011;55(1)
- JJ Ríos Girard, JA Aldrete. Herpes zóster trigeminal. Tratamiento del herpes zóster oftálmico en fase eruptiva por bloqueo del ganglio de Gasser. Rev. argent. Anestesiol 2003;61(3):151-160.
- <http://www.aapos.org/es/terms/conditions/57>

- <http://www.abms.org/newsearch.asp><https://es.scribd.com/document/354442635/03-Herpes-Zoster-Campins-pdf>
- <http://www.clevelandclinic.org/health/sHIC/html/s8861.asp>



# **TEMA 22. THE DOCTOR: CAMBIO DE PERSPECTIVA EN EL PROFESIONAL SANITARIO MODERNO**

**LUCÍA MARTIÑO CANGA  
LETICIA RODRÍGUEZ RIVERA  
CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA  
LORENA GARCÍA ARIAS**

# ÍNDICE

- RESUMEN
- INTRODUCCIÓN
- DESARROLLO
- CONCLUSIÓN

## **RESUMEN**

La visión de la sociedad frente al profesional sanitario y al enfermo ha cambiado radicalmente en los últimos años. En la sanidad actual de las pruebas complementarias, el sujeto enfermo ha pasado a un segundo plano frente a los datos objetivos, lo que ha provocado que muchas veces se ignoren necesidades psicológicas y emocionales de la persona en una situación tan compleja y difícil como la patología.

El mero hecho de sentirte enfermo por que la sociedad te etiqueta como tal provoca una serie de situaciones y emociones que dejan huellas profundas en la personalidad del individuo, que van a alterar completamente su pensamiento y sus actos a partir de ese momento.

Es entonces cuando el papel del profesional sanitario va a adquirir un componente emocional importantísimo, pues no sólo va a ejercer de sanador de las alteraciones físicas, si no que actuara como canalizador de las experiencias personales del paciente y de la visión sobre sí mismo que éste tenga.

La película *The Doctor* narra la historia de Jack Mackee, prestigioso cirujano cuya percepción del mundo va a cambiar radicalmente al serle diagnosticado cáncer de laringe. A partir de ese momento, experimentará lo mismo que los pacientes que antes trataba, y deberá enfrentarse a situaciones y emociones desconocidas hasta entonces para él.

# INTRODUCCIÓN

La medicina es una de las ciencias que mayor evolución ha sufrido en los últimos siglos, con especial énfasis a partir de la segunda mitad del siglo XX. No hablamos sólo del rechazo de ideas retrógradas como la existencia de humores o castigos divinos, sino de algo mucho más específico como la relación con el paciente: de una medicina explicativa por parte del sujeto (la información de los síntomas por parte de éste era fundamental en el diagnóstico) se fue pasando a una tendencia apreciativa, en la que la persona que padecía la enfermedad fue perdiendo importancia frente a las evidencias o signos clínicos; hasta llegar a la época actual o de las pruebas complementarias, en las que los sentimientos, emociones y experiencia del paciente pasan a verse completamente

ignoradas frente a los diferentes análisis, ya que :¿cómo van a importar las sensaciones que vive la persona frente a la objetividad de una radiografía o un análisis de sangre?.

La película The Doctor nos narra la historia del cambio radical de perspectiva sufrido por el reputado cirujano Jack Mackee al serle diagnosticado cáncer de laringe. A partir de este momento, el médico deberá enfrentarse a toda una larga lista de experiencias dolorosas y emocionales relacionadas con el cambio de roles: ha dejado de ser médico para convertirse en paciente, y es así como le va a tratar el mundo a partir de este momento. Jack va a descubrir que todas aquellas emociones tales como inseguridad, miedo, incomprensión y desesperanza que manifestaban sus pacientes pero que no eran relevantes para él, van a aparecer poco a poco en su persona, y deberá afrontarlas sin estar preparado.

La película va a abordar una serie de cuestiones morales y filosóficas que quizá, como futuros profesionales sanitarios, no nos hayamos planteado pero que son de una enorme trascendencia, no sólo como doctores sino también como seres humanos.

# DESARROLLO

## **Distorsión de la relación profesional-paciente:**

La ciencias médicas son completamente diferentes a cualquiera otras disciplinas con las que se le puedan comparar, incluso con aquellas con las que guarda un vínculo de sinergismo puro tales como la biología, la química etc.; ya que, a diferencia de éstas, deben estar ligadas de manera obligatoria a materias que los ejemplos anteriores no necesitan per se; nos referimos a la antropología y la filosofía. Las ciencias médicas son las únicas en el sentido de que su último y exclusivo fin es salvaguardar la vida humana. Así de simple. No importa la especialidad que se elija o lo alejado que pueda estar el profesional del contacto con el paciente, este objetivo va a marcar completamente su recorrido a lo largo de su carrera profesional.

Sin embargo, la función del profesional, debido a los cambios acaecidos en la época contemporánea, ha modificado drásticamente: cuenta con muchos más medios, pero con definitivamente menos tiempo. Es el precio a pagar en el actual sistema de bienestar, que ha conseguido duplicar la esperanza de vida y tratar o al menos cronificar patologías consideradas mortales hasta hace relativamente poco tiempo: tuberculosis, gripe, polio, pian. Todo esto ha provocado como efecto colateral la masificación del sistema sanitario, causando que el profesional disponga de un tiempo muy limitado para atender a cada paciente, lo que conlleva que por pura necesidad deban optar por los datos analíticos y objetivos de las pruebas complementarias frente a la anamnesis ofrecida por el paciente. Como bien muestra la película, en cierto momento Jack está atendiendo a una paciente que presenta una cicatriz postquirúrgica en el tórax. La visita apenas dura

unos minutos, en los cuales éste apenas le mira a los ojos, pasa consulta lo más rápido posible e intenta deshacerse de ella con celeridad, como si estuviera malgastando su tiempo. No sólo despersonaliza al paciente, sino que incluso ridiculiza su cicatriz, como si careciera de relevancia. Este hecho se muestra como un efecto secundario de la mecanización del médico actual, al que el propio sistema le pide que carezca de sentimientos si quiere convertirse en un “perfecto” profesional, pues las emociones son enemigas de la eficacia, como expresa N. Lynoe y B. Mattsson(2004) en su estudio: “El médico es más propenso a ser fiel al sistema sanitario que al paciente”; del mismo modo que el protagonista inculca en sus pupilos: “Entras, lo arreglas y te largas”. El filme nos muestra que la necesidad de reducir la implicación del paciente en su propio tratamiento ha provocado que el médico haya dejado de verlo como una persona, si no como un

aparato averiado que ha de arreglar con la máxima diligencia y sin que éste deba ser involucrado en ningún momento.

**Expansión de los fines de la medicina:**

Como postula en su artículo W.W Souba(2002): “Preservar la vida humana debe estar por encima de los intereses económicos”. Esta afirmación, que a priori nos resulta irrefutable, no deja de ser absolutamente utópica en la sociedad actual. El hecho de que las más importantes investigaciones, las mayores inversiones de capital en temas clínicos y los mejores avances científicos estén a día de hoy realizados por empresas privadas, que por ende buscan un beneficio, implican que la búsqueda altruista del beneficio humano ya no es la meta a alcanzar, sino un balance positivo al final de mes en la relación coste- beneficio. Esto ha provocado consecuencias tales como el descarte de tratamientos que curaban completamente al paciente en detrimento de aquellos que mantenían como crónica la

patología obligando a un desembolso económico prolongado en el tiempo.

No discutiremos aquí las implicaciones morales de esta tendencia, pues existen multitud de posturas en ambos frentes, condenándolo o promoviéndolo, que diversos autores han abarcado con mayor detenimiento. Sin embargo, si nos interesan las repercusiones que tienen en la función del médico moderno. Como experimenta Jack en la película, el dinero manda a día de hoy, especialmente evidenciado en el sistema sanitario estadounidense. Cuando el protagonista solicita que se le realicen otras pruebas diagnósticas que él, con sus conocimientos, sabe que son esenciales, las aseguradoras se niegan y por tanto le son rechazadas. Jack descubre de una forma muy dolorosa de algo que, mientras formaba parte del sistema como médico, no supo ver: que el fin de la medicina no es sanar al paciente, si no obtener un beneficio. Es cierto que los profesionales sanitarios van a

intentar sanar al paciente utilizando todos los medios a su alcance, pero esos medios van a ser proporcionados por un poder superior que considera al enfermo como una inversión, a la que llegados a cierto punto, y si no sigue siendo rentable, van a retirar su ayuda. Como consecuencia de esto, los profesionales sanitarios van a estar sujetos a unas reglas redactadas por empresas, que les van a obligar a actuar atendiendo a determinadas pautas. Todo profesional va a carecer de libre albedrío en su profesión, lo que provoca que, si bien van a ejercer su criterio como médicos, éste va a estar sujeto a directrices fundamentalmente económicas. Un ejemplo es el de los seguros: aunque un doctor considere imprescindible la realización de una prueba, si el seguro no la contempla, no se va a realizar. El criterio del blanco queda eclipsado por el del verde.

## **Errores profesionales: alteración de las funciones del profesional sanitario y la implicación del paciente:**

Cuando se habla de fallos en sanidad, la idea generalizada es que se trata de un error a nivel clínico: mal diagnóstico, mala praxis, déficit en la ejecución de una cirugía.etc; pero, ¿qué ocurre con los errores en el resto de competencias que se le atribuyen a un profesional sanitario? En el film podemos apreciar nada más comenzar, que el Dr. Mackee realiza una intervención en un paciente que ha intentado suicidarse. Se burla del mismo, no sabe ni le importa su nombre y se ríe con la enfermera de esa persona. Más adelante, otro enfermo le llama angustiado acerca de su patología, burlándose Jack de sus dudas. Ciertamente, desde un punto de vista clínico el protagonista ha actuado de forma óptima en todo momento: ha seguido las pautas y ha tratado correctamente las distintas patologías presentadas por los enfermos; y sin embargo ha cometido múltiples errores como profesional sanitario.

Desde el primer momento que se empieza la formación en cualquier carrera sanitaria, se enseña el juramento hipocrático, que absolutamente todo profesional debe conocer. Pues bien, en el 6º párrafo del mismo se establece claramente que: “...no llevaré otro objetivo que el bien del enfermo”. Este “bien” no se refiere exclusivamente a la salud física del paciente, si no a todo aquello que podamos ofrecerle a la persona para mejorar su condición, incluyendo comprensión, paciencia, empatía; cualidades que en muchas ocasiones dejamos de lado, pues nos restan tiempo necesario para otros menesteres, pero que siendo sinceros, muchas veces desechamos inconscientemente por no ser algo tangible y, por tanto, inalcanzables desde una visión objetiva. Esto incluye desestimar la necesidad del paciente de conocer su propia enfermedad, pues como se ha visto en el epígrafe primero son las pruebas las que nos van a dar la información útil, no la persona; por tanto que ésta sea consciente de su

situación ha dejado de ser prioritario. Esta falta de sinergia empática profesional-paciente debe tratar de remediarse, pues la incertidumbre experimentada por cada persona ante su futuro unido a la falta de confianza hacia su profesional puede tener repercusiones importantes en el tratamiento de la patología, y por ende en el resultado de la misma. Ya no hablamos simplemente del hecho moral del respeto a la información del paciente, si no que desde un punto de vista clínico vamos a obtener una serie de ventajas considerables, ya que dicha persona sabrá cómo abordar su tratamiento y disponer de los medios necesarios para el tratamiento óptimo de su enfermedad.

Durante la visión del mundo a través de los ojos de Jack “médico”, éste ha perdido (si es que poseyó en algún momento) toda conexión empática con sus pacientes, causado por una mezcla de soberbia ante su propio talento y la pérdida de lo emocional con el paso del tiempo.

No es hasta que su rol cambia drásticamente que el DR. Mackee experimenta toda esta suerte de sensaciones hasta entonces olvidadas, y es entonces cuando comprende que la función del médico no debe solo enfocarse al tratamiento de la patología desde el punto de vista clínico, si no también psicológico y social. Como afirma a sus alumnos al final de la película: *“Doctores, habéis dedicado mucho tiempo a aprender los nombres latinos de las enfermedades de vuestros pacientes, ahora vais a aprender algo más sencillo, que los pacientes tienen su nombre”*.

# CONCLUSIÓN

La película nos muestra una visión aproximada de la medicina moderna. Jack Mackee no es ni más ni menos que una representación generalizada de cualquier profesional sanitario actual. El protagonista es una consecuencia lógica de lo que la sociedad médica espera de él: en orden de tener éxito profesional, debe aislarse de toda emoción. Debe primar eficacia y rapidez frente a empatía. Se puede argumentar que es posible poseer ambas, y es totalmente cierto. No es nuestra intención defender la falta de sensibilidad, si no comprender el por qué de la misma como primer paso hacia un cambio conceptual y perceptivo. La existencia de los medios necesarios para diagnosticar y tratar cualquier patología sin necesidad de la información otorgada por el paciente ha provocado que paulatinamente éste se

encuentre apartado en su propia enfermedad, y esta falta de implicación personal es la causante de la “cosificación” que Jack aplica hacia las personas en la película. No es hasta que contempla el mundo con los ojos de un enfermo que el Dr. Mackee va a experimentar la impotencia, frustración y soledad que antes él mismo provocaba en el resto.

El estudio en las carreras sanitarias de materias como la antropología o filosofía adquieren una importancia vital, pues van a servir como cimientos para un cambio de mentalidad del profesional hacia el paciente. La existencia de medios científicos exactos en la clínica no implica que se deba obviar la parte moral y social de la misma. Visto con objetividad, es imposible en la época moderna aportar el tiempo y recursos necesarios para satisfacer los objetivos personales que cada paciente espera que se realicen a nivel emocional, pero si es posible establecer un mínimo de atención individual necesaria que al menos sustente las necesidades mínimas a nivel

“humano”: escuchar e informar, esforzarse en la empatía y situarse en el lugar del otro son ejemplo de actividades que no restan una excesiva cantidad de tiempo y sin embargo van a mejorar sustancialmente la visión que el paciente tenga sobre su patología y sobre su profesional sanitario de referencia.

# BIBLIOGRAFÍA

- Lyons A. S, Petrucelli R. J. Medicine: an illustrated history. 1978. 3ª Edición.(citado 28 abril de 2017).p 53-67.Disponible en: EthxWeb: Literature in Bioethics
- Martínez Carretero J. M. Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ECOPE).Educación Médica 8. 2005.p 18-22.
- Martínez Carretero J. M. Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ECOPE). Educación Médica 8. 2005. p 102-107.
- Hobbie R K, Bradley J.R. Intermediate physics for medicine and biology. Springer Science & Business Media, 2007. p 19-21 y p 25-26.

- Lolas-Stepke F. La medicina antropológica de Heidelberg: Una perspectiva personal y algunas reflexiones/Anthropological medicine in Heidelberg: A personal viewpoint and some thoughts. 11ª Edición: Persona.2008. p 33-50.
- Gold E. Almost extinct diseases: measles, mumps, rubella, and pertussis. Pediatrics in review, 17(4). 1996. p 120.
- Lynöe N, Mattsson B. Doctor for patients or doctor for society? Comparative study of GPs' and psychiatrists' assessments of clinical practice. Scandinavian journal of primary health care. 2004. 22(4). p 228-232.
- Souba W. W. Academic medicine and the search for meaning and purpose. Academic Medicine. 2002 marzo. 77(2). p 139-144.

- Drake D, Uhlman M. Making medicine, making money.1<sup>a</sup> Edición Londres : Andrews Mcmeel.1993. p 135-137.
- Marsh F. H. Medicine and money: a study of the role of beneficence in health care cost containment.3<sup>a</sup> edición New York: Harper Business.2006. p 234.
- Edelstein L. The Hippocratic oath, text, translation and interpretation.1<sup>a</sup> Edición Berlín: The Johns Hopkins Press, 1943. P 3-4.
- Bertakis K. D. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. 3<sup>a</sup> Edición New York:The Journal of family practice.1997. p 67-68.



**TEMA 23. CASO CLÍNICO:  
ACTUACIÓN URGENTE DE  
ENFERMERÍA ANTE UNA PACIENTE  
CON HEMORRAGIA POSPARTO.**

**PABLO RUIZ GARCÍA**

# ÍNDICE

- DESCRIPCIÓN DEL CASO
- VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
- RESULTADOS DE ENFERMERÍA
- INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
- ALGORITMO DEL MANEJO DE LA HEMORRAGIA  
POSPARTO
- BIBLIOGRAFÍA

## **DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Mujer de 27 años, embarazada de 30 semanas gestacionales, que tras un período expulsivo prolongado, presenta hemorragia moderada (1500-2000ml) con coágulos abundantes. Presenta síntomas como inquietud, confusión, palidez y oliguria.

# VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- **Frecuencia cardiaca (FC):** 147 latidos por minuto.
- **Tensión arterial (TA):** 75/43mmHg.
- **Temperatura (T<sup>a</sup>):** 37°C.
- **Frecuencia respiratoria (FR):** 20 respiraciones por minuto.
- **Saturación de oxígeno (SpO<sub>2</sub>):** 91%.
- **Electrocardiograma (ECG):** Normal.

# DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- **Disminución del gasto cardiaco** r/c alteración de la frecuencia cardiaca y alteración de la poscarga m/p piel fría, sudorosa, disminución de pulsos periféricos y alteraciones en la tensión arterial.
- **Riesgo de infección** r/c defensas secundarias inadecuadas (disminución de la hemoglobina).
- **Temor** r/c proceso de parto, bienestar fetal y falta de familiaridad con la experiencia m/p comunicación verbal y no verbal e inquietud.

# RESULTADOS DE ENFERMERÍA

- **Signos vitales:** Grado en el que la temperatura, el pulso, la respiración y la presión sanguínea están dentro del rango normal.
- **Perfusión tisular periférica ineficaz:** Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.
- **Estado materno: puerperio.** Grado en el que el bienestar materno está dentro de los límites normales desde el alumbramiento de la placenta hasta completar la involución uterina.
- **Autocontrol del miedo.** Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.

# **INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA**

- **Monitorización de signos vitales**
  - Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio
  - Monitorizar la presión sanguínea después de la toma de medicación
  - Auscultar las presiones sanguíneas de ambos brazos.
  - Monitorizar la pulsioximetría.
  - Identificar causas posibles de los cambios de los signos vitales.

- **Cuidados posparto**

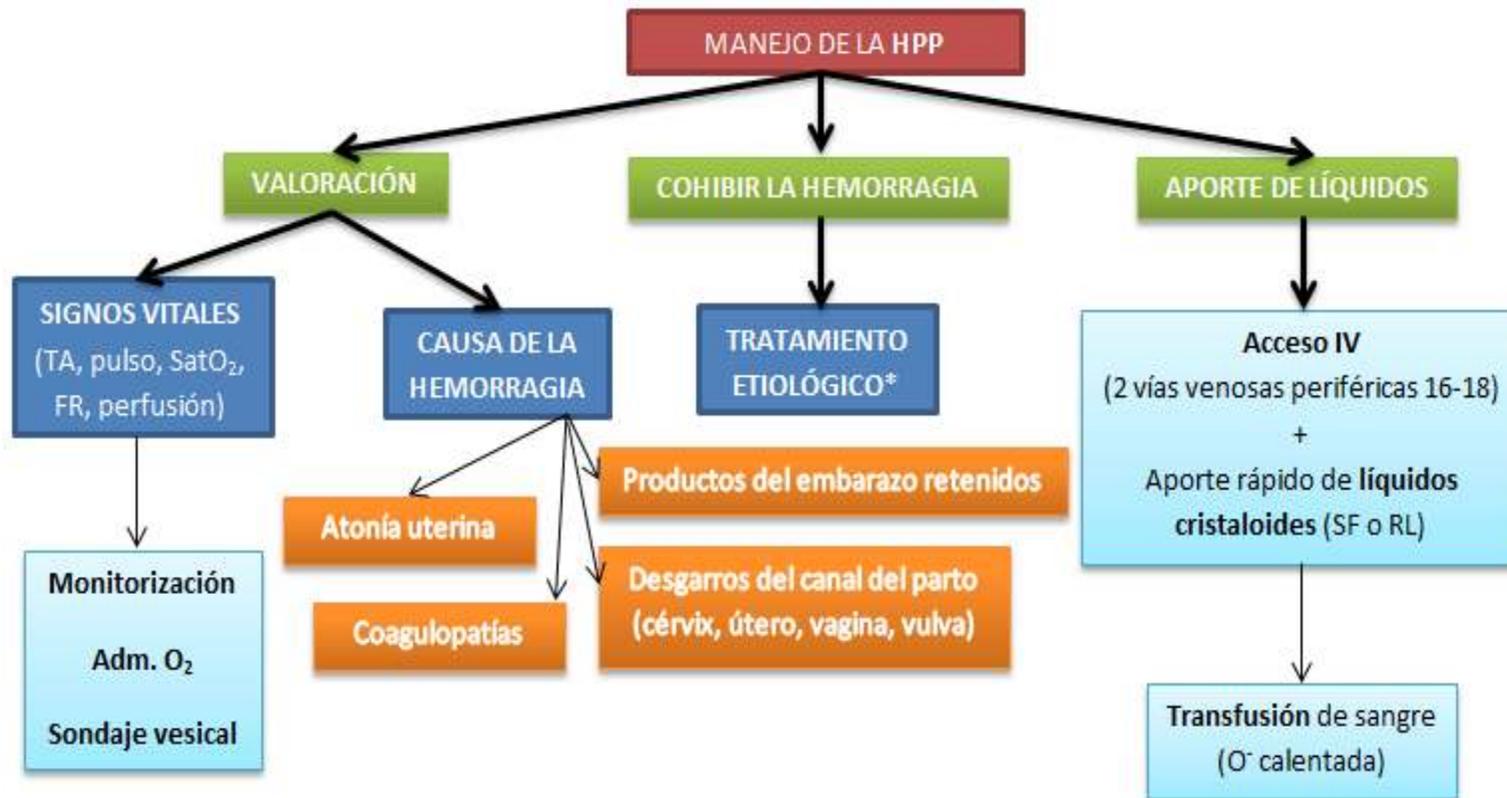
- Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos.
- Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación.
- Masajear suavemente el fondo uterino hasta que esté firme.
- Instruir a la paciente sobre los cuidados perineales para evitar la infección y reducir las molestias.

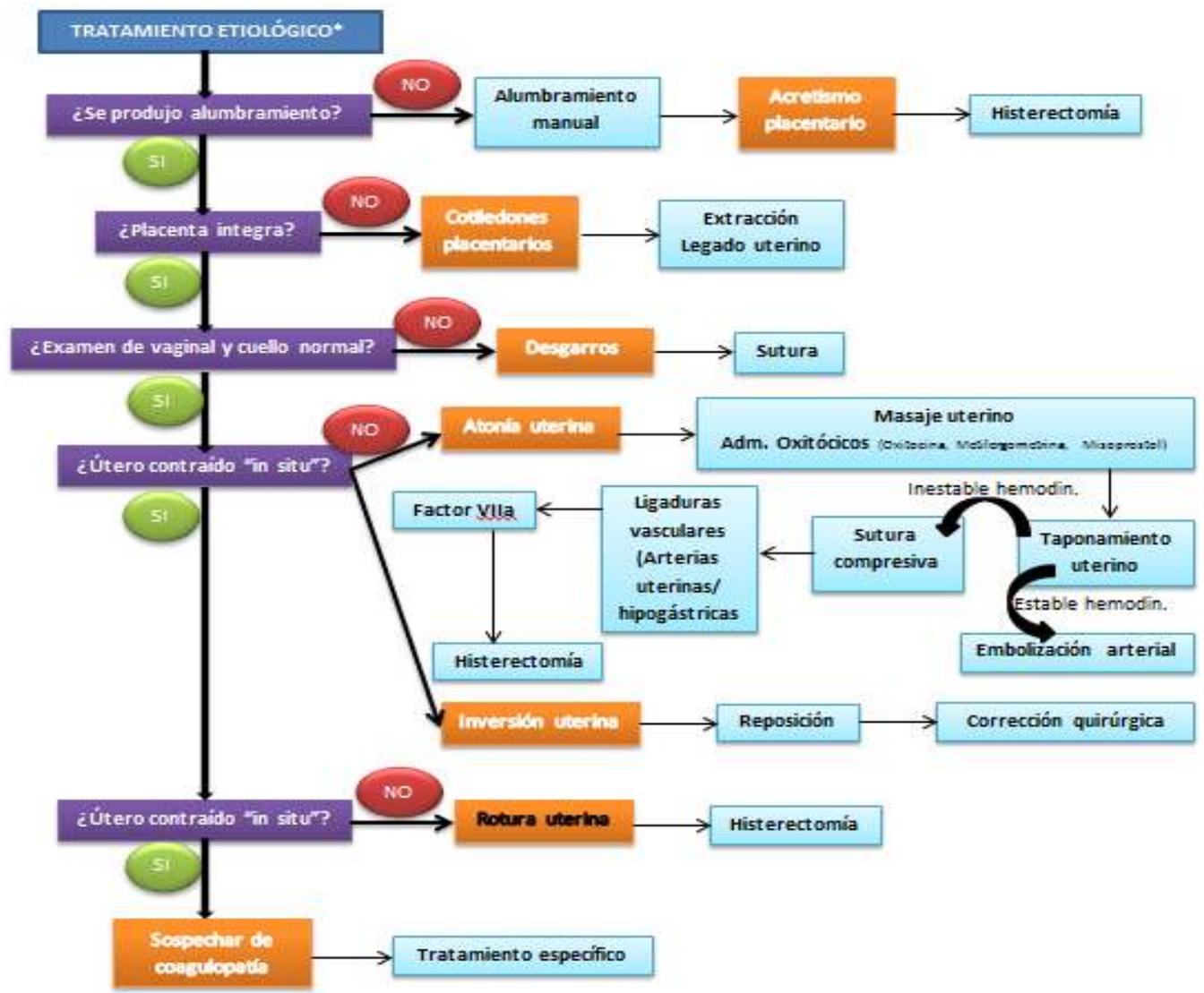
- **Disminución de la hemorragia: útero posparto**
  - Revisar el historial obstétrico y el registro de partos para ver los factores de riesgo de hemorragia posparto.
  - Aumentar la frecuencia de masajes en el fondo uterino.
  - Administrar oxitócicos por vía IV o intramuscular, según protocolo u órdenes.

- **Administración de medicación**
  - Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
  - Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos.
  - Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.

- **Manejo de líquidos**
  - Administrar líquidos intravenosos a temperatura ambiente.
  - Preparar al paciente para la administración de hemoderivados (comprobar la sangre con la identificación del paciente y preparar el equipo de transfusión).
  - Administrar los hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado).

# ALGORITMO DEL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO





## BIBLIOGRAFÍA

- Calle A, Barrera M, Guerrero A. **Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto**. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2008;54: 233-243.
- Moreno Manzanaro A. **Hemorragia posparto**. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. 2013.
- Karlsson H, Pérez Sanz C. **Hemorragia postparto**. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2009, Vol. 32, Suplemento 1; 159-167.
- Morillas F, Ortiz JR, Palacio FJ, Fornet-I, Pérez R, Bermejo L. **Actualización del protocolo de tratamiento de la hemorragia obstétrica**. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2014; 61 (4): 196-204.

- Organización Mundial de la Salud [Internet].  
**Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto.** Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2014. ISBN 978 92 4 354850 0. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500_spa.pdf).
- Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald SJ. **Active versus expectant management in the third stage of labor.** Cochrane Database Syst Rev 2010. No: CD007412.
- Martínez-Galiano JM. **Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento.** Matronas Prof. 2009; 10 (4): 20-26.
- NANDA Internacional. **Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación.** Elsevier. 2009-2011.

- Bulechek G.M, Butcher H.K, Dochterman J.M, Wagner C.M.  
**Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).**  
6ªed. Elsevier. Barcelona, España. 2014.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E.  
**Clasificación de resultados de enfermería (NOC).** 5ªed.  
Elsevier. Madrid, España. 2014.
- Vázquez Lara J, Rodríguez Díaz L, Palomo Gómez R.  
**Manual de atención al parto en el ámbito  
extrahospitalario.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales  
e Igualdad. 2014.
- Arulkumaran S, Karoshi M, Keith LG, Lalonde AB, B-Lynch  
C. **A Comprehensive Textbook of Postpartum  
Hemorrhage: An Essential Clinical Reference for  
Effective Management.** 2ªed. Sapiens Publishing. 2012.



# **TEMA 24. GIMNASIA HIPOPRESIVA EN EL POSPARTO**

**AMANDA MORENO CASADO**

# ÍNDICE

- HIPOPRESIVOS: DEFINICIÓN.
- BENEFICIOS:
  1. RECUPERACIÓN POSTURAL
  2. REDUCCIÓN DEL DOLOR DE ESPALDA
  3. MEJORA DE LA DIÁSTIASIS DE RECTO
  4. RECUPERAR EL TONO DEL SUELO PÉLVICO Y LA FUNCIÓN SEXUAL
  5. AYUDA EN LA RECOLOACIÓN VISCERAL
  6. DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE INCONTINENCIA URINARIA
  7. MEJORA EN LA VASCULARIZACIÓN Y CIRCULACIÓN DE RETORNO
  8. AYUDAA PREVENIR LA DEPRESIÓN POSTPARTO

9. DISMINUCIÓN DE LOS EFECTOS DE LAS  
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POSTPARTO

10. MEJORA DEL TRÁNSITO INTESTINAL

# HIPOPRESIVOS

La gimnasia abdominal hipopresiva consiste, como su propio nombre indica, en generar una hipopresión dentro de nuestra cavidad abdominal. Engloban una serie de técnicas, que mediante diferentes posturas y movimientos y por medio de una contracción de nuestro músculo diafragma en espiración (apnea espiratoria) conseguimos literalmente hacer un efecto de succión de nuestras vísceras, el resultado es una presión negativa dentro de la cavidad abdominal y pélvica, esto provoca una reacción tónica refleja (una contracción refleja muscular) de la musculatura del suelo pélvico y de la faja abdominal.

# **BENEFICIOS**

## **1. RECUPERACIÓN POSTURAL**

Una adecuada postura influye en la tensión postural de los músculos de la espalda conocidos como “antigravitatorios”. Cuando se posee déficit en la musculatura de la espalda unido a otros factores de riesgo (hábitos de vida, sobrepeso, sedentarismo) se pueden crear a largo plazo disfunciones posturales e incluso estructurales.

Las pautas posturales y el trabajo sobre las estructuras estabilizadoras de la columna es una característica notoria de la gimnasia hipopresiva. La recuperación postural, se vuelve muy evidente con tan solo un mes de práctica.

## **2. REDUCCIÓN DEL DOLOR DE ESPALDA**

La etiología del dolor de espalda está relacionada con los cambios fisiológicos, anatómicos y mecánicos que tienen lugar durante el proceso del embarazo,

El dolor suele aparecer en la zona lumbar o en la zona anterior del pubis, en parte debido al cambio en la estabilidad de la pelvis, sistemas de sujeción musculares y ligamentosos. Por ello, es muy recomendable la tonificación de los músculos abdominoperineales y reeducación postural a través de programas como la gimnasia hipopresiva.

## **3. MEJORA DE LA DIÁSTIASIS DE RECTO**

La fuerte acción postural y respiratoria que ejerce la técnica hipopresiva repercute directamente sobre la musculatura abdominal, devolviendo poco a poco la acción perdida durante el embarazo de “corset funcional”.

#### **4. RECUPERAR EL TONO DEL SUELO PÉLVICO Y LA FUNCIÓN SEXUAL**

Es común tras el embarazo sufrir patologías de suelo pélvico tales como la incontinencia urinaria, descenso de órganos, dolor pélvico o simplemente una disminución de la tonicidad y fuerza de los músculos del suelo pélvico,

La fuerza y tono de la musculatura perineal son factores esenciales para mantener un periné “en buena forma”. Si hay una mayor tonicidad del suelo pélvico unida a una mejor propiocepción de dicha zona, ayudará a recuperar las sensaciones sexuales que tanto aminoran tras dar a luz.

## **5. AYUDA EN LA RECOLOACIÓN VISCERAL**

Ello puede ser debido a que los ejercicios hipopresivos, provocan un “efecto de succión” en zona abdominopélvica debido a la aspiración diafragmática que se realiza durante la práctica, conllevando un descenso de la presión intra-abdominal. Ésta misma genera una succión sobre las vísceras pélvicas disminuyendo con ello la tensión ligamentosa.

## **6. DISMINUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE INCONTINENCIA URINARIA**

La incontinencia urinaria en el postparto es algo demasiado común tanto en el postparto como en las mujeres a cualquier edad.

La gimnasia hipopresiva se muestra de mucho interés para frenar dicha patología que tantos problemas ocasiona a la calidad de vida de la mujer que la padece.

## **7. MEJORA EN LA VASCULARIZACIÓN Y CIRCULACIÓN DE RETORNO**

Durante el embarazo disminuyen las resistencias periféricas por acción hormonal, aumenta la presión intraabdominal debido al crecimiento del útero, aumenta el volumen sanguíneo entre otros factores que favorecen la aparición de varices en los miembros inferiores y la pelvis. Por lo tanto, en el postparto es fundamental realizar ejercicio para activar la musculatura y favorecer el retorno venoso. En esta línea, los hipopresivos se muestran eficaces en recuperación de los problemas relacionados con la circulación de retorno, tan típicos en las últimas fases del embarazo y en el postparto.

## **8. AYUDA A PREVENIR LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

ayudará a aportar una sensación de bienestar muy necesaria en esta etapa tan importante disminuyendo la ansiedad y devolviendo la autoconfianza en muchas ocasiones perdida.

## **9. DISMINUCIÓN DE LOS EFECTOS DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POSTPARTO**

En mujeres que han sufrido una intervención quirúrgica como la cesárea o episiotomía, resultaría de utilidad realizar ejercicio hipopresivo puesto incidiría en la disminución de la presión intra-abdominal y tracción del tejido miofascial, ayudando a disminuir adherencias de tejidos y cicatrices internas.

## **10. MEJORA DEL TRÁNSITO INTESTINAL**

Por último, pero no menos importante, recordar la importancia de mantener una frecuencia normal de la defecación en el postparto. La mujer suele ser poco regular y propensa al estreñimiento. El proceso tanto del embarazo, el parto y los factores ambientales que lo rodean puede conllevar problemas de tránsito intestinal en algunas mamás.

Para ello, pautas como son la dieta, la correcta mecánica defectoria y la realización periódica de ejercicio físico son claves para combatir el estreñimiento.

La gimnasia hipopresiva como programa de ejercicio físico global que ayuda a la movilización visceral y disminución de la presión intraabdominal puede ser un coadyuvante ejemplar para aquellas mujeres que tras el parto no han conseguido regular su tránsito intestinal.

# BIBLIOGRAFÍA

Fisioterapia-online.com [actualizado 9 de abril de 2014; citado 10 de octubre de 2017] Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/por-que-realizar-ejercicio-hipopresivo-durante-el-posparto>



**TEMA 25. PROBLEMÁTICA  
GENERAL DE LA MUJER  
GESTANTE CON DIABETES  
MELLITUS:  
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN  
ENFERMERA**

**M<sup>a</sup> EMILIA GARCÍA DÍAZ  
MARÍA MARTÍNEZ MEDRANO**

# ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO
2. OBJETIVOS
3. HIPÓTESIS
4. MATERIAL Y MÉTODO
5. RESULTADOS
6. CONCLUSIONES

# 1. MARCO TEÓRICO

## DIABETES MELLITUS

Enfermedad metabólica producida por deficiencias en la cantidad o utilización de la insulina, cursa con un grupo de trastornos que causan elevación de glucosa en sangre (Hiperglucemia). La hiperglucemia mantenida provoca complicaciones crónicas de tipo macrovascular, microvascular y neuropática en todos los tipos de Diabetes Mellitus.

### Los síntomas de la diabetes mellitus son:

- Polidipsia
- Polifagia
- Poliuria

# TIPOS DE DIABETES MELLITUS

- Diabetes Mellitus Tipo 1
- Diabetes Mellitus Tipo 2
- Diabetes Gestacional
- Otros tipos específicos

# DIABETES MELLITUS TIPO I Y EMBARAZO

## PLANIFICACIÓN

Las mujeres deben tener evaluación preconcepcional y el embarazo debe ser planificado para evitar complicaciones.

MATERNIDAD RESPONSABLE:

Niveles de hemoglobina glicosilada inferior al 7%.

Monitorización de los niveles de glucemia de forma intensiva, mediante glucometrías, tanto antes como 2 horas después de las comidas.

# **RIESGOS DE UN MAL CONTROL PARA LA MADRE**

Los cambios hormonales provocan efectos sobre la diabetes durante la gestación incrementando la predisposición.

## **HIPER/HIPO - GLUCEMIAS**

### **Agravamiento**

➤ **RETINOPATÍA DIABÉTICA**

➤ **NEFROPATÍA DIABÉTICA**

## **RIESGOS DE UN MAL CONTROL PARA EL RECIÉN NACIDO**

- Macrosomía: Peso superior a los 4 KG
- Síndrome de dificultad respiratoria
- Hipoglucemia: 24H
- Hiperglucemia

## 2. OBJETIVOS

- Detectar la problemática general de las mujeres con Diabetes Mellitus durante el embarazo.



- Proponer un programa de Intervención enfermera para mejorar la salud.

### **3. HIPÓTESIS**

- La detección precoz de la problemática de la mujer embarazada con Diabetes Mellitus y un Plan de intervención enfermera, puede prevenir y/o disminuir la aparición de problemas durante el embarazo y el parto.

## **4. MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional, descriptivo y transversal de investigación cuantitativa.

Analizar la problemática más incidente de la mujer con DM embarazada en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia durante el año 2011.

## 31 HISTORIAS CLÍNICAS

### Criterio de inclusión

- ❖ Diagnóstico codificado de DIABETES MELLITUS y EMBARAZO durante el año 2011.

### Criterio de exclusión

- ❖ Historias clínicas “pasivas”, pudiendo estar prestadas o utilizadas .

## 5. RESULTADOS

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>EDAD</b>	19-24 años	7	22,6%
	25-30 años	6	19,4%
	<b>31-36 años</b>	12	38,7%
	37-43 años	6	19,4%
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	Estudios primarios	8	25,8%
	Estudios secundarios	8	25,8%
	Formación profesional	6	19,4%
	Estudios superiores	9	29,0%
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	<b>Trabaja</b>	22	71,0%
	No trabaja	9	29,0%
<b>EMBARAZOS ANTERIORES</b>	SI	18	58,1%
	NO	13	41,9%
<b>TIPO DE PARTO</b>	<b>EUTÓCICO</b>	20	64,5%
	CESÁREA	10	32,3%
	ABORTO	1	3,2%
<b>LACTANCIA MATERNA</b>	<b>PREDOMINANTE</b>	29	93,6%
	NO	2	6,5%
<b>PROBLEMAS ASOCIADOS</b>	Descompensación insulínica	7	22,6%
	Parto inducido	6	19,4%
	Desgarros	1	3,2%
	<b>Sin problemas</b>	17	54,8%
<b>MACROSOMÍA EN RECIÉN NACIDO</b>	Si	6	19,4%
	<b>No</b>	25	80,7%
<b>PUERPERIO FAVORABLE</b>	<b>Si</b>	31	100,0%

# **OBJETIVOS DE ENFERMERÍA**

Reducir los efectos de los riesgos y las complicaciones

- Actuar junto a un equipo sanitario.
- Ejercer un doble control : Atendiendo al embarazo y la diabetes.
- Resolver dudas.
- Planificar los cuidados.

**CONSEGUIR UN ESTILO DE VIDA QUE  
GENERE BIENESTAR EN ELLA Y SU FAMILIA.**

# PLAN DE ACTUACIÓN ENFERMERA

Conocer, escuchar, comprender, dialogar, informar y actuar

- **Valoración Patrones Funcionales de salud:**
- **Percepción de la salud**
- **Nutrición: AGUA, FIBRA, SODIO**
- **Eliminación**
- **Sueño-Reposo: Evitar la Fatiga**



# PLAN DE ACTUACIÓN ENFERMERA



Diagnóstico: Riesgo de nivel de glucemia inestable

Factor de Riesgo: EMBARAZO

## INTERVENCIONES:

- Enseñanza dieta prescrita
- Monitorización signos vitales
- Manejo Hiperglucemia
- Manejo Hipoglucemia



**FAMILIA**

## 6. CONCLUSIONES

- No se plantea problemática general importante.
- Encontramos factores de riesgo r/c el diagnóstico enfermero: Riesgo de nivel de glucemia inestable.
- No se ha podido demostrar el plan de intervención enfermera.
- Control preconcepcional, realizando controles de glucemia para el ajuste de insulina.
- No ha habido un número elevado de casos de macrosomía fetal.
- Recomendable lactancia materna
- Puerperio favorable.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Monteagudo Piqueras O, Escribano Sabater, M<sup>a</sup> C. Palomar Rodríguez J, Alfonso Gutiérrez M, Tormo Díaz M<sup>a</sup> L, Cerezo Valverde M<sup>a</sup> J, Rodríguez Ruiz J, Ramírez Romero P. Plan Integral de Actuación al Diabético 2005-2009 EDITA: Consejería de Sanidad, 2005 IMPRIME: A.G. Novograf D.L.: MU-1.492-2005 I.S.B.N.: 84-95393-56-5.
- Mansilla López M, Mansilla López P. Atención de Enfermería a la embarazada diabética. Servicio de publicaciones de la Universidad de Castilla la Mancha. ISBN: 84-7729-100-4CU288-1991.
- Guía sobre el embarazo para mujeres con diabetes. National Diabetes Information Clearinghouse( NDIC) N<sup>o</sup> 08-5491S -2008

- Diabetes Mellitus en la Región de Murcia, 2002: Prevalencia, grado de conocimiento, tratamiento y control. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. V Volumen 26. Número 673. Octubre 2005.
- Conget I. Diagnostico, clasificación y patogenia de la diabetes Mellitus. Diabetes y enfermedades cardiovasculares. Rev Esp Cardiol 2002; 55(5)528-35. Hospital Clinic i Universitari Villarrael, 170.0836 Barcelona.
- Moreno Altamirano L. Epidemiologia y diabetes. Rev Fac Med UNAM Vol 44 N° 1 Enero-Febrero, 2001.
- Cruz Arandia R, Batros Sicilia JP, Granados Alba a, Castilla Romero ML. Servicio Andaluz de Salud y Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC).2ª ed. Sevilla. SE-3461/06.

- J. Tortora G, Reynolds Grabowski S. Principios de Anatomía y Fisiología. Madrid: Harcourt Brace de España S.A;7ªed.73.
- Sanz Sancehez I, Bascones Martínez A. Diabetes mellitus. Su implicación en la patología oral y periodontal. Av Odontoestomatol.2009; 25(5):249-263. Citado en Scielo S0213-1285200900050003.
- Fundación para la diabetes. Maternidad Responsable. Recuperado de: [www.fundaciondiabetes.org/diabetes/cont02g.htm](http://www.fundaciondiabetes.org/diabetes/cont02g.htm)
- Leno Gonzalez D, Leno González J.L, Lozano Guerrero Mª J. Importancia de un diagnóstico precoz y cuidados de enfermería en diabetes gestacional. Enfermería global. 2005. N°7 ISSN-1695-6141 Disponible en : [revistas.um.es/eglobal/article/view/467](http://revistas.um.es/eglobal/article/view/467)



# **TEMA 26. CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**PEDRO LUIS RUBIO JIMÉNEZ  
MARIA TERESA MORAL NAVARRO  
MARIA JOSÉ RUBIO LIÉBANA**

# ÍNDICE

- **TÉCNICA 1. INCISIÓN EN LA PIEL**
- **TÉCNICA 2. DISECCIÓN DE TEJIDOS**
- **TÉCNICA 3. HEMOSTASIA**
- **TÉCNICA 4. SUTURAS**
- **TÉCNICA 5. RETIRADA DE PUNTOS**
- **BIBLIOGRAFÍA**

# INCISIÓN EN LA PIEL

El corte se debe realizar mediante un único, profundo y continuo trazo. Las tentativas múltiples conllevan bordes de la herida irregulares, con tejidos desvitalizados que se necrosarán. Podemos ayudarnos en el proceso tensando la piel con la otra mano.

La hoja de bisturí debe mantenerse perpendicular a la superficie cutánea para garantizar un buen cierre posterior. Las incisiones deben seguir las líneas de tensión o Líneas de Langhens para disminuir la tracción sobre la herida y así facilitar su cierre.

# DISECCIÓN DE TEJIDOS

Una vez incidida la piel, la posterior separación de los tejidos puede realizarse con tijeras de varias formas:

- Disección cortante: Sólo pueden cortarse de forma segura los tejidos que estén bien expuestos. Esta forma de disección puede realizarse también con bisturí.
- Disección roma: Se realiza introduciendo la tijera cerrada en los tejidos, abriéndola para producir la separación de los mismos. También se puede hacer con pinza mosquito.

# HEMOSTASIA

Si se ha infiltrado adrenalina junto al anestésico, es una medida para controlar el sangrado. Aunque mantener la calma es la primera y mejor forma de asistencia en una hemorragia quirúrgica.

TÉCNICAS BÁSICAS DE HEMOSTASIA EN CIRUGÍA MENOR:

- Compresión digital con gasa: Con una gasa doblada comprimimos la zona sangrante unos 5 minutos. Esta medida es suficiente en la mayoría de situaciones en cirugía menor. Si el punto sangrante es profundo, se comprimirá torunda de gasa montada en una pinza.
- Sutura: En hemorragias capilares persistentes, la propia sutura de la herida es un mecanismo de hemostasia, al acabar se exprimirá la herida con gasas y se aplicará un vendaje compresivo durante 48 horas.

- Hemostáticos: En zonas sangrantes, la aplicación de una tira de celulosa oxidada reabsorbible antes del cierre previene la formación de hematomas.
- Isquemia: Las heridas localizadas en dedos de la mano se pueden isquemizar enrollando el dedo de un guante de látex con la punta cortada hasta la base de la primera falange.
- Ligadura de un vaso: Cuando el sangrado es debido a un vaso arterial, puede pinzarse con un mosquito, observando que cede la hemorragia. Una vez clampado se realiza una lazada de material reabsorbible y se retira la pinza.
- Electrocoagulación: Si se dispone de bisturí eléctrico, se pueden coagular los vasos pinzados sin destrucción de tejidos para no afectar la cicatrización.

# TÉCNICAS DE SUTURA

El objetivo principal de la sutura es la aproximación dos tejidos de las mismas características para su completa cicatrización.

Para llevar a cabo una correcta técnica de sutura:

- Debe de haber buena eversión de los bordes. De no ser así, se produciría una antiestética cicatriz invaginada.
- Realizar una adecuada tensión, no excesiva.
- Colocar el mínimo de puntos para conseguir una correcta aproximación evitando espacios muertos.
- Dejar el anudado a un lado y nunca encima de la herida.

La sutura más empleada en Cirugía menor es la sutura discontinua, en la que cada punto se realiza de forma independiente del siguiente.

- TIPOS DE SUTURA:

- Sutura discontinua (punto simple):

Es la sutura más sencilla de todas. Se puede aplicar en cualquier lugar donde no haya exceso de tensión. Se realiza colocando puntos simples anudándolos individualmente. Se atraviesa el plano tisular clavando la aguja perpendicularmente al labio de la herida, iremos de fuera hacia dentro (en el primer labio) y después de dentro hacia fuera (en el segundo labio). La separación desde donde se clava la aguja hasta el labio de la herida, depende del tipo de tejido, aproximadamente 0.5 – 1 cm. En una laceración, el primer punto de sutura debe ser colocado en la mitad de la longitud total, y los siguientes puntos en la mitad de cada mitad sucesiva. Así los puntos quedan colocados de forma simétrica.

- Punto simple con nudo enterrado (con hilo reabsorbible) :
  - Similar al punto simple pero el nudo queda en profundidad.
  - Introducir la aguja en el tejido subcutáneo de la parte proximal de la incisión o corte y en sentido de abajo arriba.
  - En el borde opuesto, introducir la aguja de arriba abajo.
  - Realizar dos nudos en sentido opuesto y cortar los hilos al ras del nudo. El nudo quedará con los cabos hacia abajo para no interferir en las suturas superiores.

- Punto de colchonero en “U” vertical:

Suele utilizarse donde existe una tensión considerable o para conseguir una mejor eversión de los bordes de la herida (palmas, plantas, espalda).

Se introduce la aguja a 2mm del borde de la herida, abarcando piel y parte del tejido subcutáneo.

- En el borde opuesto, introducir la aguja en tejido celular subcutáneo y extraer a 2 mm del borde de la herida.
- En el mismo lado que el anterior, introducir de nuevo la aguja a 6 mm del borde y coger mayor porción de tejido subcutáneo en profundidad.
- Extraer la aguja por el borde opuesto a unos 6 mm de la herida y realizar el anudado.

- Punto colchonero en “U” horizontal:

- Suele utilizarse donde existe una tensión considerable o para conseguir una mejor eversión de los bordes de la herida (palmas, plantas, espalda).
- Se introduce la aguja a 6 mm del borde de la herida, abarcando la piel y parte del tejido subcutáneo y sacarla en el borde opuesto a la misma distancia.

- En el borde opuesto, volver a introducir la aguja a algunos milímetros de distancia de la salida anterior y en paralelo a la incisión.
- Sacar la aguja a la misma distancia en el borde inicial y anudar.

# RETIRADA DE PUNTOS

Los tiempos medios recomendados para la retirada de suturas según la región anatómica son:

- Cuero cabelludo: 7 días (niños) , 8 días (adultos)
- Cara: 3 -6 días (niños) , 4- 5 días (adultos)
- Cara anterior del tronco: 7 – 9 días (niños), 7 – 12 días (adultos)
- Espalda: 11-13 días (niños), 12 – 14 días (adultos)
- Extremidad superior: 7 – 9 días (niños), 8 – 10 días (adultos)
- Extremidad inferior: 7 – 10 días (niños), 8 – 12 días (adultos)

Se lleva a cabo previa limpieza con povidona yodada y en condiciones estériles. Se hace tracción sobre el cabo de cada punto, cortando entre el nudo y la piel de modo que, al tirar, pase la mínima cantidad de hilo a través de la herida. Se debe tirar del hilo en la dirección que cierra la herida para evitar que esta se abra. Puede ser útil colocar después suturas adhesivas para disminuir la tensión.

# BIBLIOGRAFÍA

- Arribas Blanco, J.M. Cirugía Menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid; Jarpyo Editores S.A. 2º Edición. 2000.
- Selva Otaolaurruchi, J. Sastre Lorca, J.J. Manual de Suturas. Murcia. Ed. Lorca Marín, S.A. 1991
- Trott, Alexandre T. Heridas y cortes. Tratamiento y sutura de urgencia. Tercera edición. Elsevier. Madrid 2006.
- Yegler Velasco, M<sup>a</sup>Carmen; Asenjo Esteve, A; Cabra Lluvia, R; López Gómez, M<sup>a</sup>; Rico Blázquez, M<sup>a</sup>. Cirugía en lesiones dérmicas superficiales (III de III) procedimiento: realización de la técnica. Rev Rol Enferm 2003.