Antonio José Fernández López
Manuel Moreno Alfaro
Mario Aroca Lucas
César Carrillo García
María José Moreno Alfaro
Mercedes Moreno Alfaro

LECCIONES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y CIRUGÍA MENOR.

LECCIONES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y CIRUGÍA MENOR.

Coordinadores:

- Antonio José Fernández López
- Manuel Moreno Alfaro
- Mario Aroca Lucas
- César Carrillo García
- María José Moreno Alfaro
- Mercedes Moreno Alfaro

ISBN: 978-84-608-7634-2

Julio 2016

Universidad de Murcia.

Cirugía Menor en Facebook

Colegio de Enfermería Región de Murcia. Cartagena, Murcia y Lorca. Primer Semestre 2016

INDICE

1. QUEMADURAS: DEFINICIÓN Y TRATAMIENTO.
2. COMPLICACIONES DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.
3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS.
4. EL PAPEL DE LAS TICS EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO.
5. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA.
6. FRACTURAS.
7. GUÍA UPP.
8. MANEJO GENERAL DE FRACTURAS.
9. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DEL MOLUSCO CONTAGIOSO.
10. NORMAS DE CIRCULACION EN EL QUIRÓFANO.
11. SEGUIMIENTO DE LA HERIDA POST-QUIRÚRGICA: APÓSITOS.
12. SEPSIS GRAVE Y SHOCK SÉPTICO EN PACIENTE DE UCI.
13. TERAPIAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL.
14. TIPOS DE HERIDAS Y SUS CUIDADOS.
15. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

INDICE

16. CUIDADOS AL PACIENTE CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO DE REPETICIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. PAPEL DE ENFERMERÍA EN CONTROL DE LA SINTOMATOLOGÍA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA.
17. CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
18. DIÁLISIS PERITONEAL EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.
19. ESTUDIO DE GESTIÓN EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS.
20. CASO CLÍNICO DE PACIENTE INSTITUCIONALIZADO CON ÚLCERA POSTRAUMÁTICA.
21. ATENCIÓN AL NIÑO CON BRONQUIOLITIS EN HOSPITALIZACIÓN.
22. COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN SERVICIOS DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS.
23. EL DOLOR EN LA PUNCIÓN ARTERIAL PARA GASOMETRÍA.
24. COLECHO DURANTE LA LACTANCIA.
25. CATETERIZACIÓN ARTERIAL.
26. MANEJO DE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÉLICO GRAVE EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO.
27. PIE DIABÉTICO.

INDICE

28. COLOSTOMÍA Y SUS CUIDADOS
29. INSOMNIO: TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS DE APLICACIÓN PARA ENFERMERÍA.
30. DETECCIÓN PRECOZ DE LA HIPOACUSIA INFANTIL: IMPORTANCIA DE LA GUIA DE PRÁCTICA CLINICA EN EL TRABAJO DE ENFERMERÍA.
31. ANALGESIA EN CUIDADOS PALIATIVOS: BOMBA ELASTOMÉRICA.
32. CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS CUTÁNEAS. CURAS BÁSICAS.
33. EL APOYO A LA LACTANCIA MATERNA, UNA TAREA IRRENUNCIABLE.
34. MANEJO DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.
35. PLAN DE CUIDADOS A UN PACIENTE INSTITUCIONALIZADO CON UPP EN ESTADIO III.
36. VENDAJE ADHESIVO DE TOBILLO.
37. PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH EN LA INFANCIA.
38. ORDEN DE LLENADO DE LOS TUBOS EN LA TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS.

INDICE

39. CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES.
40. ADHERENCIAS CICATRICIALES EN CIRUGÍA MENOR.
41. EPIFISIOLISIS DE LA CABEZA FEMORAL EN LA OBESIDAD INFANTIL.
42. ATENCIÓN AL PACIENTE CON FRACASO RENAL AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS.
43. PROCEDIMIENTO DE PUNCION LUMBAR: FINALIDAD, MATERIAL, Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS.
44. SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA.
45. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP): VALORACIÓN (SIGNOS Y SÍNTOMAS). ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS.
46. EL DUELO.
47. ENFERMEDAD GRAVE Y FASE TERMINAL EN PRIMERA PERSONA.
48. MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS.
49. RESPUESTA DE FAMILIARES ANTE UN PROCESO DE ENFERMEDAD GRAVE Y/O TERMINAL.
50. CONTROL DE SINTOMAS.
51. E.C.G. REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN.
52. TRATAMIENTO DEL DOLOR.

QUEMADURAS: DEFINICIÓN Y TRATAMIENTO

M.CARMEN MARTÍNEZ RUÍZ
M.JOSÉ FERNÁNDEZ ABELLÁN
ALICIA BARQUERO ALEDO
ESTÍBALIZ PERTUSA GARCÍA

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN DE QUEMADURA.
2.CLASIFICACIÓN SEGÚN:
– 2.1. Etiología.
– 2.2. Profundidad.
– 2.3. Extensión.
– 2.4. Gravedad.
3. VALORACIÓN DEL PACIENTE QUEMADO.
< 3.1. Valoración inicial.
< 3.2 . Valoración secundaria.
4.TRATAMIENTO:
*4.1: Cuidados en Quemaduras de 1º Grado.
*4.2: Cuidados en Quemaduras de 2º Grado.
*4.3: Cuidados en Quemaduras de 3º y 4º Grado.
5. Bibliografía.

1.Definición de quemadura:

La quemadura es una lesión de la piel y/o tejidos subyacentes causada por diversos agentes como son los térmicos (calor/frío), químicos, eléctricos, por radiación o por rozamiento(1). Cursan con la desnaturalización proteica tisular, lo que a su vez produce:

- Pérdida de la barrera protectora frente a microorganismos.
- Pérdida de calor (puede producirse hipotermia).
- Pérdida de líquidos(existe un aumento de la permeabilidad de los vasos que provoca extravasación del líquido intravascular).

2.Clasificación:

2.1. Según etiología:

2.1.1.Térmicas:

- Líquidos calientes (la escaldadura es la más frecuente, sobretodo en niños menores de 2 años).
- Llama o deflagración: Especial atención al riesgo de inhalación de humos y gases por su afectación en el sistema respiratorio.
- Sólidos: Contacto con una superficie ó fuente de calor.

2.1.2. Eléctricas:

Se denominan también electrocuciones y son más frecuentes en el ámbito laboral. Las marcas externas de estas quemaduras son pequeñas, pero los daños internos son severos. El cuerpo actúa como medio conductor, por lo que afecta a todos los tejidos.

2.1.3. Químicas:

Producidas por ácidos, bases(los álcalis resultan más agresivos que los ácidos por su mayor penetración en los tejidos) y algunos gases (la inhalación de éstos conlleva un grave compromiso respiratorio).

2.1.4. Frío o congelación:

Producidas por bajas temperaturas. Son quemaduras de aparición tardía (suelen aparecer pasadas unas horas).

2.1.5.Radiaciones:

Las provocadas por ultravioletas (quemaduras solares) y las ionizantes (aparecen a los 1-2 días)(3).

2.2: Según profundidad:

Se debe tener en cuenta que la evaluación inicial de la quemadura es un ejercicio difícil por los cambios y modificaciones que se producen durante primeras 48-72 horas, por lo que se aconseja valorar nuevamente pasado este período.(4)

A continuación, se presentan los distintos tipos de quemaduras derivadas de su profundidad y las características específicas de cada una de ellas.(5)

2.2.1. Quemaduras de 1º grado ó epidérmicas:

- Son superficiales y dolorosas.
- Afectan exclusivamente a epidermis. -
- Eritematosas con leve inflamación.
- La piel permanece íntegra.
- Curación a los 5-7 días.

2.2.2.Quemaduras de 2º grado ó dérmicas superficiales:

- Suelen ser dolorosas.
- Afectan a la dermis papilar.
- Aparición de flictena o ampolla con alteración del folículo piloso.
- Tras la limpieza: lecho rosado, brillante y exudativo (el llamado “rocío hemorrágico”).
- Curación a los 7-15 días.

2.2.3.Quemaduras de 2º grado o dérmicas profundas:

- Menos dolorosas que las anteriores.
- Afectan a toda la dermis.
- Presencia de flictenas.
- Tras la limpieza, lecho pálido y moteado.
- Suelen requerir tratamiento quirúrgico.
- Curación que va desde 15 días a 2-3 meses.

2.2.4.Quemaduras de 3º grado:

- Indoloras.
- Destrucción completa del espesor de la piel.
- Piel acartonada que se tiñe desde blanco hasta más oscuro.
- Siempre requieren tratamiento quirúrgico.
- Producen graves secuelas.

2.2.5.Quemaduras de 4º grado:

Se denominan así las que afectan a músculo, tendón, cartílago o hueso. También se les conoce como “carbonización”.

2.3.Según extensión:

Es importante el cálculo de Superficie Corporal Total Quemada *(SCTQ)* para el pronóstico del paciente (en las quemaduras de 1º grado no es necesario dicho cálculo).

Los métodos de cálculo pueden ser(6):

>Regla de los 9 o de Wallace:

Sólo es usada en adultos. Se divide el cuerpo en 11 zonas y cada una de ellas representa el 9% de la superficie total corporal. Las zonas son:

- Cabeza y cuello: 9%.
- Tronco anterior: 18%(9% abdomen y 9 % pecho).
- Tronco posterior : 18% (9% parte superior y 9% inferior).
- Miembro superior: 9% cada uno.(En total 18%).
- Miembro inferior: 18% cada uno.
- Periné: 1%.

>Regla de Lund- Browder:

Calcula la SCTQ en función del tamaño del paciente y su edad. Muy usada sobretodo en lactantes y niños.

>Regla de la palma de la mano:

Se toma como referencia la palma de la mano del paciente, que representa el 1% del total corporal. Supone una evaluación rápida en quemaduras poco extensas.

2.4.Según gravedad:

Los criterios de gravedad se basan en la profundidad, extensión, localización, edad del paciente, estado de salud previo y lesiones asociadas.

Se clasifican en leves, moderadas o graves(7):

Las leves pueden tratarse de forma ambulatoria, las moderadas y graves requieren valoración en centros hospitalarios (Unidades de Quemados).

Leves:

Suponen <10 % de la SCTQ. En niños y ancianos <5% de la SCTQ y en quemaduras de 3º grado si constituyen < 2%.

Moderadas:

Suponen entre el 10-20 % de la SCTQ. En niños y ancianos entre 5-10% de la SCTQ. En quemaduras de 3º Grado si constituyen entre el 2% y el 5 % de SCTQ.

Graves:

Son graves en las que la SCTQ se extienden > 20%.

En niños y ancianos >10 %. En quemaduras de 3º grado si se extienden > 5% de SCTQ.

3. Valoración del paciente quemado:

3.1. Valoración inicial.

Debe de realizarse a todo paciente con quemaduras(8):

1. Comprobar vía aérea y control cervical.
2. Comprobar ventilación: si ha existido inhalación de humos, administrar oxígeno al 100% durante un período de 6-12 horas.
3. Control de hemorragias y circulación.
4. Valoración neuronal (escala de Glasgow).
5. Exposición al medio ambiente (debe minimizarse para evitar la hipotermia).

3.2. Valoración secundaria:

Debe de valorarse(9):

1. Extensión de la quemadura (SCTQ).
2. Profundidad.
3. Afectación de zonas como la cara, ojos, manos, periné…
4. Sospecha de inhalación: hollín en esputo o secreciones, vello nasal quemado…
5. Quemaduras circunferenciales.
6. Quemaduras químicas o eléctricas.
7. Descartar agresiones ó abusos.
8. Vacunación antitetánica si precisa.

La gravedad de las quemaduras depende del agente causal y la duración de la exposición al mismo; así como de la extensión, profundidad y localización de la quemadura. La edad (más grave en lactantes y ancianos) y el estado previo de salud (cáncer, diabetes otras patologías), son también determinantes en el pronóstico del paciente.(2)

4.Tratamiento:

En general, deben retirarse la ropa, anillos, pulseras… de la zona quemada. A continuación, debe lavarse con suero salino ó agua potable (no usar agua fría o hielo, pues se produce constricción y se acelera la progresión de las quemaduras). Este lavado puede durar de 30 minutos a 2 horas, según la extensión y profundidad. Si el riesgo de contaminación es alto, puede usarse agua y jabón.(10).

En caso necesario, debe de canalizarse una vía periférica para la perfusión de fluidoterapia.

Las fórmulas usadas para el cálculo de volúmenes en la fluidoterapia son:

Fórmula de Parkland (Baxter):

4 ml × KG de peso × SCTQ en las primeras 24 horas.

La mitad se administra en las primeras 8 horas.

Fórmula de Broke modificada:

2ml × Kg de peso × SCTQ en las primeras 24 horas.

La mitad se administra en la primeras 8 horas.

Debe de tratarse el dolor en función de la intensidad del mismo, ya sea por vía oral ó intravenosa.(11)

La morfina es el pilar fundamental del tratamiento del dolor en pacientes con quemaduras severas.

El uso de antibióticos es un tema controvertido: se cree necesaria su administración en todos los pacientes que requieran cuidados intensivos o cirugías derivadas de estas lesiones.

Se aconseja administrarlos en los primeros 4-14 días.

4.1. Cuidados en quemaduras de primer grado(12):

1. Enfriamiento con agua o suero fisiológico durante 10-15 minutos.
2. Hidratación abundante de la piel varias veces al día.
3. Evitar el roce con ropa u otros objetos que favorecerían la caída de la piel.
4. No usar corticoides, ni antibióticos ni antisépticos.
5. Evitar la exposición solar.
6. Revisar a las 24-48 los tres primeros días.

4.2 Cuidados de quemaduras de segundo grado superficiales(12):

1. Enfriamiento de la quemadura.
2. Tratamiento de las flictenas: Se recomienda extraer líquido de las ampollas mediante punción. Tras ello, se realiza el desbridamiento de los tejidos desvitalizados. En ocasiones, cuando la ampolla no supera los 6 milímetros de diámetro se aconseja no manipular.
3. El uso de las distintas pomadas se hará en función del paciente y las características de la quemadura. Existen en el mercado gran variedad de las mismas. En cuanto a apósitos tenemos: de cura húmeda, hidrocoloides, espumas de poliuretano, tul no adherente y apósitos con contenido en plata.

4- Realizar la primera cura a las 24 horas, pudiéndolas espaciar mas adelante.

5- Si no existe riesgo de infección, no usar agentes tópicos antimicrobianos.

4.3. Cuidados de quemaduras de segundo grado profundas(12):

A- Se procederá de igual forma que las superficiales.

B- Si transcurridas 3-4 semanas no evoluciona, se realizará consulta en cirugía plástica.

4.4. Cuidados en quemaduras de tercer y cuarto grado:

1. El proceso de limpieza y administración de material de cura, seguirá los criterios anteriores.
2. La escara se eliminará en principio de forma autolítica y, más adelante, con desbridamiento cortante mediante tratamiento quirúrgico. Las secuelas cicatriciales y retraccionales en este tipo de quemaduras son importantes.
3. En quemaduras circulares, se practicará la escarotomía para evitar isquemia y necrosis.

Consideraciones generales en las quemaduras:

- En general, independientemente del grado de la quemadura, los dedos de las manos y pies deben separarse con gasas en las cura. Las orejas deben conservar sus formas para evitar retracción.
- Deben vigilarse los signos de infección de forma contínua durante cada cura y administrar antibióticos si precisa.
- Aquellos pacientes con quemaduras moderadas o graves deben derivarse a un centro especializado.
- En caso de quemaduras leves, en principio podrán ser tratadas de forma ambulatoria en el centro de salud.

5.Bibliografía:

(1) . Del Amo López R, Díez García MA. Heridas y quemaduras. AMF. 2009;5(9):494-9. Edwards-Jones V, Greenwood JE; Manchester Burns Research Group. What's new in burn microbiology? James Laing Memoria Prize Essay 2000. Burns. 2003;29(1):15-24.

Pubmed.

- (2) Martin Espinosa NM, Píriz-Campos RM. ¿Qué necesitamos saber sobre las quemaduras? Rev Rol Enferm 2014; 37(2):80-86

- (3) (4) García Aguilar RA, Díaz-Borrego Horcajo JD, Pérez Boluda MT, Martínez Torreblanca P, Pérez Santos L, Cañadas Núñez F. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. 1ª ed. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2011. Texto completo.

- (5) Balta Domínguez L, Valls Colomé MM. Quemaduras. AMF. 2011;7(10):584-90. Texto completo.

- (6) Curiel Balsera E, Prieto-Palomino MA, Fernández-Jiménez S, Fernández-Ortega JF, Mora- Ordóñez J, Delgado-Amaya M. Epidemiología, manejo inicial y análisis de morbimortalidad del gran quemado. Med Intensiva. 2006;30(8):363-9. Texto completo.

- (7) Singer AJ, Brebbia J, Soroff HH. Management of local burn wounds in the ED. Am J Emerg Med. 2007;25(6):666-71. PubMed. PMID:17606093

- (8) Brychta P, Magnette A. European Practice Guidelines for Burn Care (Internet). The Hague, The Netherlands, 2011 (acceso 17/7/2013).
  Disponible: www.euroburn.org/142/guidelines.html

(9) Balta Domínguez L, Valls Colomé MM. Quemaduras. AMF. 2011;7(10):584-90. Texto completo.

- (10) Curiel Balsera E, Prieto-Palomino MA, Fernández-Jiménez S, Fernández-Ortega JF, Mora- Ordóñez J, Delgado-Amaya M. Epidemiología, manejo inicial y análisis de morbimortalidad del gran quemado.
  Med Intensiva. 2006;30(8):363-9. Texto completo.

  (11) Peña Otero D, Ruiz-Henestrosa Campos MJ, Eguillor Mutiloa M, Moreno Pizones S. Manejo del Paciente Quemado Crítico por el Equipo de Urgencia. Ciberrevista SEEUE. IV Época: Noviembre- Diciembre 2014. Nº 40.

- (12) Balta Domínguez L, Valls Colomé MM. Quemaduras. AMF. 2011;7(10):584-90. Texto completo.

COMPLICACIONES DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

LUIS MADRIGAL BAYONAS

PAOLA SAURA NAVEDO

Índice

1. Introducción
2. Dehiscencias y evisceración
3. Infección
4. Seroma
5. Hemorragia

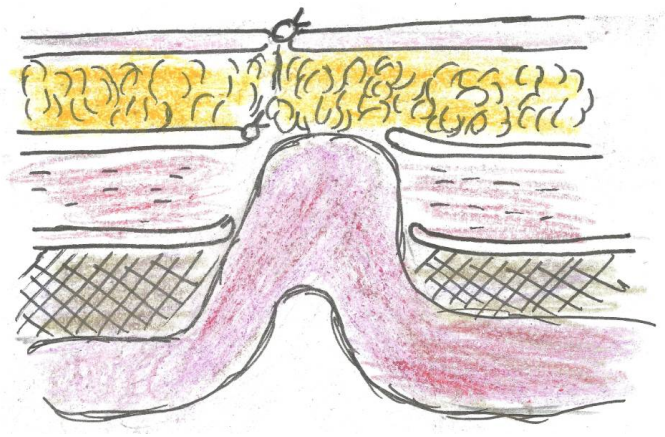
Introducción

En este tema trataremos las complicaciones de una herida quirúrgica durante el período postoperatorio inmediato o mediato. Algunas de ellas son muy frecuentes en la práctica clínica y pueden provocar graves repercusiones en el paciente, por lo que se hace necesario obtener determinadas competencias que nos permitan identificarlas y manejarlas adecuadamente.

Dehiscencias y evisceración

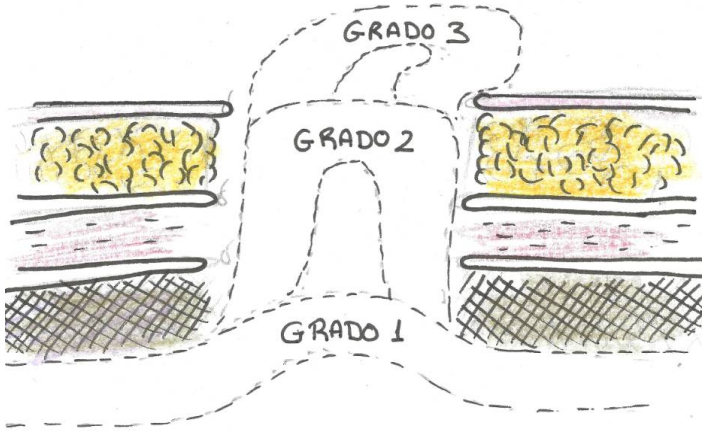
- Ambas patologías van de la mano:
  - Una dehiscencia es una apertura espontánea de una herida suturada.
  - Una evisceración es la salida de órganos abdominales a través de esa herida abierta.
- Tipos:
  - Completa: se abren todos los planos. Puede provocar evisceración:
    - Grado 1
    - Grado 2
    - Grado 3
  - Incompleta: se abre algún plano pero queda contenido por la piel, que queda intacta. Puede provocar eventración.

Dehiscencias y evisceración



Dehiscencia incompleta

Dehiscencia completa y grados de evisceración



Dehiscencias y evisceración

- Etiología: técnica quirúrgica inadecuada (p.e. sutura muy tensa), infección, una colección que genere tensión sobre la sutura, obesidad, cicatrización alterada (edad, factores genéticos, desnutrición),…
- Complicaciones:
  - Como consecuencia de la separación de los bordes de la herida, dificulta la cicatrización por primera intención.
  - Al estar la herida abierta se puede contaminar (si no lo ha hecho ya): infección.

Dehiscencias y evisceración

- Manejo:
  - Tratamiento de la patología de base si la hubiera: restablecer las condiciones de asepsia (antibioterapia, evacuación colección purulenta, lavado con suero fisiológico, drenaje, desbridamiento), medidas de hemostasia, compresivos que favorezcan la reabsorción,…
  - Según los planos afectados puede ser necesario desde aplicar puntos de aproximación hasta volver a reintervenir al paciente.

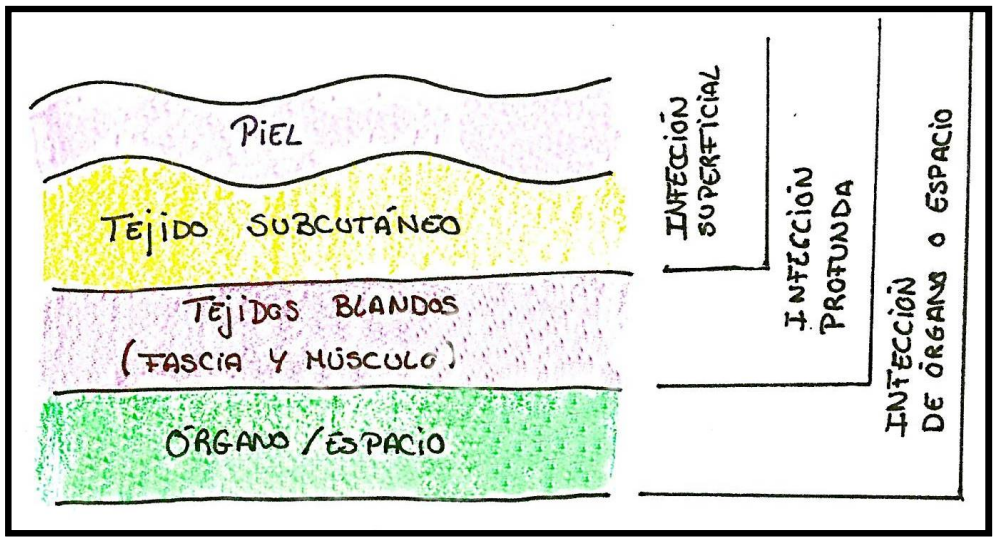
Infección

Se considera **infección quirúrgica:**

- Toda infección que aparece en el sitio quirúrgico o en relación con el mismo y sus proximidades, y que ocurre dentro de un plazo de 30 días postquirúrgicos, o 1 año en el caso de colocación de material extraño definitivo (prótesis…).

Infección

- Localización:
  - Superficiales: piel, tejido subcutáneo.
  - Profundas: tejidos blandos (fascias, músculo).
  - Órgano/espacio (p. e. cavidad abdominal, órganos solidos, articulaciones,…)



Infección

- Etiología: gran prevalencia de infecciones por flora cutánea propia del paciente.

Cirugía	Patógenos frecuentes
Piel	*S. aureus, Staphylococci coagulasa-negativos,*
Colocación de material extraño (prótesis, injertos, marcapasos)	*S. aureus, Staphylococci coagulasa-negativos,*
Gastroduodenal	*Streptococci β hemolíticos (A,B), S. pneumoniae, Candida spp.*
Urológica	*Bacilos grammnegativos*
Ginecológica	*Bacilos gramnegativos, Enterococci spp, estreptococci β hemolíticos (B), m.o. anaerobios*
Cardiaca, vascular, mamaria, oftálmica, osteoarticular,	*S. aureus, SCN, estreptococos*
Colorrectal, biliar	*Bacilos gramnegativos, m.o. anaerobios*

Infección

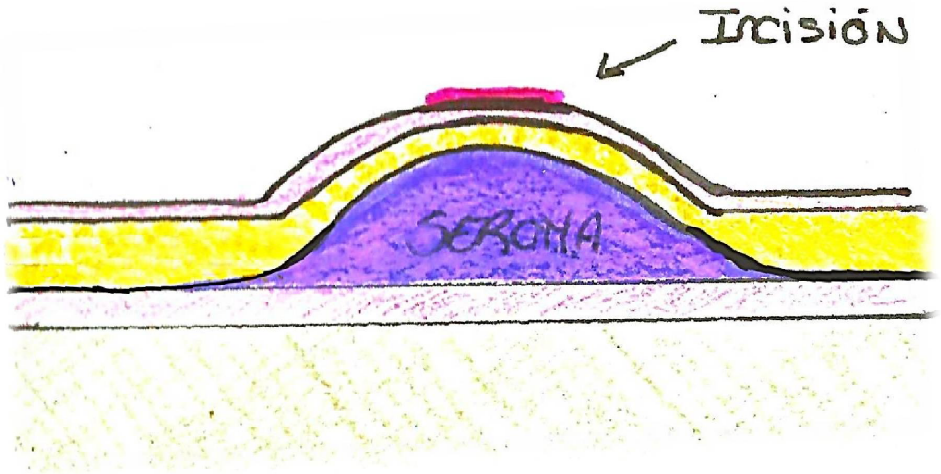
- Diagnóstico:
  - Clínica: fiebre (con frecuencia 5-7 días tras intervención), dolor de nueva aparición, calor local, eritema (signos de inflamación), secreción purulenta, mal olor, complicaciones en el proceso de cicatrización…
  - Analítica: leucocitosis, reactantes de fase aguda elevados,…
  - Uso de técnicas de imagen (ecografía, TC) y punción.
- Complicaciones:
  - Dehiscencia de la sutura
  - Sepsis: respuesta inflamatoria sistémica ante la infección de la herida quirúrgica (puede desembocar en un éxitus).

Infección

- Tratamiento:
  - Antibioterapia empírica según el tipo de cirugía y su localización.
  - Desbridamiento cuando sea necesario.
  - Drenaje de toda colección purulenta.
  - Limpieza de la cavidad con irrigación con suero (deberemos cerciorarnos de que no haya tabiques que oculten otro absceso en la cavidad).
  - Terapéutica específica, orientada según la localización y el tipo de herida (gasa mechada, cura húmeda...).

Seroma

- Cavidad llena de líquido.
- Diagnóstico con punción y ecografía.
- Complicaciones: absceso o formación de quiste, dificultando la cicatrización.
- Tratamiento: vendajes compresivos, punción, drenaje.



Hemorragia

- Sangrado de la herida en un tiempo postquirúrgico.
- Veríamos algo igual que en la ilustración del seroma pero de contenido hemorrágico.
- Diagnóstico: clínica con dolor, signos de anemia, equimosis. Analítica nos puede indicar anemia ferropénica. Uso de punción y de técnicas de imagen.
- Se puede sobreinfectar.
- Manejo: dependiendo de la gravedad puede ser necesario desde hacer uso de compresivos, agentes hemostáticos (p.e. nitrato de plata) o reapertura de la herida para ligar los vasos afectados a mantener una actitud expectante si el sangrado es leve (esperando reabsorción).

Bibliografía

1. Fernández, AJ, Moreno, M. Lo importante en Cirugía Menor. España: Diego Marín; 2015.

2. Sánchez-Fernández, P, Mier y Díaz, J, Castillo-González, A, Blanco-Benavides, R, Zárate-Castillo, J. Factores de riesgo para dehiscencia de herida quirúrgica. Cirugía y Cirujanos. 2000;68(5): 198-203.

3. Medina-Franco, H, Pestaña-Fonseca, CS, Rosales-Murillo, CF, Staufert-Gutiérrez, DL, Velázquez-Dohorn, ME. Factores asociados a complicaciones de yeyunostomía. Revista de Gastroenterología de México. 2013;78(2): 64-69.

4. del Amo, R, Díez, MA. Drenaje de un absceso. AMF. 2012;8(3): 147-150.

Bibliografía

5. García, JA., Barberán, J, Guirao, X. Guía de tratamiento de las infecciones de piel y tejidos blandos. Rev Esp Quimioterap. 2006;19(4): 378-394.

6. Tacconelli, E, Müller, NF, Lemmen, S, Mutters, NT, Hagel, S. Infection Risk in Sterile Operative Procedures. Dtsch Arztebl Int. 2016;113(16): 271-278.

7. Guirao, X, Arias, J, Badía, JM, García-rodríguez, JA, Mensa, J. Recomendaciones en el tratamiento antibiótico empírico de la infección intraabdominal. Cir Esp.2010;87(2): 63–81.

8. Serrano, C, Fernández, M.A, Serrano, S. Manejo de los seromas y hematomas en cirugía dermatológica. Piel. 2008;23(5): 264-267.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS

Ana Belén Mayor Martínez

ÍNDICE

1. Definición.
2. Indicaciones de la traqueostomía.
3. Contraindicaciones para la realización de traqueostomías.
4. Posibles complicaciones de la traqueostomía.
5. Cuidados de enfermería.
6. Bibliografía.

1. DEFINICIÓN

- Procedimiento quirúrgico que consiste en la comunicación directa de la pared anterior de la tráquea con el exterior a través de un orificio, denominado “traqueostoma”. Se coloca una cánula subglótica, que permitirá el paso de aire o la conexión de la ventilación mecánica en la tráquea del paciente.
- La realización de traqueostomías es cada vez más habitual en unidades de cuidados intensivos, en pacientes con un requerimiento de ventilación mecánica prolongada, o con compromiso de permeabilidad de la vía aérea.

1.DEFINICIÓN

- Según la duración, se pueden distinguir dos tipos de traqueostomías:

1. Temporales: cuya duración puede oscilar entre días y/o semanas.
2. Permanentes: cuya duración puede ser larga o indefinida. Dentro de éstas tenemos las que se realizan cuando se extirpa parcialmente la laringe (laringectomía parcial) o cuando se produce la extirpación completa de la laringe (laringectomía total).

2. INDICACIONES DE LA TRAQUEOSTOMIA

Se pueden clasificar en electivas y terapéuticas:

a) ELECTIVAS

Están indicadas en pacientes con problemas respiratorios en los cuales se van a realizar cirugías importantes de cabeza, cuello, tórax y cardiacas, y que por lo tanto se van mantener intubados por más de 48 horas posterior a la cirugía.

b) TERAPEUTICAS

El procedimiento se realiza en casos de insuficiencia respiratoria debido a hipoventilación alveolar con el objeto de manejar una obstrucción, eliminar secreciones o usar un respirador mecánico.

2.INDICACIONES DE LA TRAQUEOSTOMÍA

- Obstrucción mecánica secundaria a tumores de la vía aérea digestiva superior, cuerpos extraños, secreciones, parálisis laringea bilateral en aducción, traumatismos laringeos o heridas de cuello complicadas, malformaciones congénitas, infecciones y quemaduras de la vía aérea superior, cara o cuello.
- Enfermedades pulmonares: neumopatías extensas, EPOC con enfermedad pulmonar aguda o enfisema y edema pulmonar agudo
- Uso de respiradores mecánicos.

2.INDICACIONES DE LA TRAQUEOSTOMIA

- Enfermedades del sistema nervioso central: accidente vascular encefálico, coma y craneotomía.
- Enfermedades neuromusculares: poliomielitis, tétanos, miastenia gravis, síndrome Guillan Barré y polineuritis
- Depresión del centro respiratorio.
- Traumatismo torácico.
- Profiláctica: cirugía radical de cuello, cirugía de cánceres mandibulares y de la boca y resecciones pulmonares.
- Mala eliminación de las secreciones bronquiales.

3.CONTRAINDICACIONES

- ABSOLUTAS :

-Infecciones preexistentes en el área de la traqueotomía

- Malignidad preexistente en el área de la traqueotomía.

- Imposibilidad de identificar las referencias anatómicas.

- RELATIVAS:

-Hipertrofia de la glándula tiroides.

-Previa cirugía en el área de la traqueotomía.

-Riesgo de hemorragia por presentar el paciente alterados los factores de coagulación.

4.COMPLICACIONES DE LAS TRAQUEOSTOMIAS

- INMEDIATAS:

a) Hemorragia.

b) Neumotórax.

c) Lesión cartílago cricoides, cuando se realiza una traqueostomía alta.

d) Traumatismo o daño quirúrgico de estructuras de la región como esófago, el nervio laríngeo y la cúpula pleural.

4.COMPLICACIONES DE LAS TRAQUEOSTOMIAS

- MEDIATAS:

a) Obstrucción de la cánula de traqueostomía con secreciones.

b) Enfisema subcutáneo.

c) Aspiración y abscesos pulmonares.

d) Infecciones: traqueitis, traqueobronquitis.

e) Atelectasias.

f) Desplazamiento de la cánula.

4.COMPLICACIONES DE LAS TRAQUEOSTOMIAS

- TARDIAS:

a) Granulomas traqueales.

b) Fístulas traqueocutáneas o traqueoesofágicas.

c) Traqueomalacia.

d) Estenosis de laringe o tráquea.

5.CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA

- Los cuidados de traqueostomía están encaminados a mantener la permeabilidad de la vía aérea, evitar la infección y buscar estrategias para mejorar la adaptación del paciente a la nueva situación.
- Es imprescindible tener conocimientos sobre las posibles complicaciones con el objeto de detectarlas y tratarlas.
- Hay que prestar especial atención a la ansiedad sufrida por el estado de salud y esa ansiedad puede agudizarse por el problema de la comunicación.

5.CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA

CONSIDERACIONES GENERALES

- El paciente con traqueostomía corre el riesgo de adquirir una infección, ya que se establece una línea directa de comunicación entre el medio ambiente y el árbol bronquial.
- Lograr que la vía aérea del paciente se encuentre permeable a través de aspiración de las secreciones. Administrar oxígeno y mantener un ambiente húmedo que favorezca la fluidificación de secreciones y así evitar la acumulación de las mismas.
- Evitar que el tubo de traqueostomía se salga al exterior.

5.CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA

CONSIDERACIONES GENERALES

- La desinfección del estoma debe realizarse cada ocho a doce horas, o por lo menos diariamente, con solución antiséptica.
- Después de haber cicatrizado el tejido de la ostomía, la cánula de traqueostomía debe cambiarse cada dos o cuatro días.
- Al cambiar la cánula emplear la técnica aséptica estricta.
- Durante las primeras 36 horas de realizada la traqueostomía, ésta no debe ser retirada, ya que el estoma puede colapsarse, haciendo difícil la reintubación.

5.CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA

PROCEDIMIENTO

- Lavarse las manos.
- Valorar el estado del estoma, enrojecimiento, edema, datos de infección y hemorragia.
- Realizar la aspiración de secreciones de tráquea y faringe (con la técnica adecuada).
- Explicar el procedimiento al paciente y así lograr mayor cooperación.
- Colocarlo en posición de Fowler, si no está contraindicado para el paciente.
- Utilizar la técnica estéril para colocar y preparar el material de curación, solución para irrigación y antiséptica.

5.CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA

- Colocar una compresa estéril bajo la traqueostomía (sobre el pecho del paciente).
- Colocarse las lentes de protección, cubrebocas y guantes (guantes desechables).
- Retirar el apósito de la cánula de traqueostomía y desecharlo.
- Quitarse los guantes (desechables) .
- Colocarse los guantes estériles.
- Realizar la asepsia del extremo de la cánula con gasas estériles impregnadas con solución antiséptica.

5.CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA

- Colocar el apósito de la traqueostomía. Existen apósitos especiales para la cánula de traqueostomía, o bien pueden acondicionar, desdoblando una gasa de 10 x 10 y formar una especie de corbata, doblando ambos extremos de la gasa. No utilizar gasa en la cual se realice un corte, ya que puede producir pelusa de algodón e introducirse y posteriormente ocasionar un absceso traqueal. Los apósitos deben cambiarse cada vez que se manchen, ya que propician el desarrollo de microorganismos patógenos y laceración de la piel.

5.CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA

- Cambiar las cintas de la cánula de traqueostomía, de preferencia contar con ayuda de otra persona para que con las manos dotadas con guantes estériles sujete y mantenga el tubo de traqueostomía en su sitio mientras se cambian las cintas (puede haber expulsión accidental de la cánula si el paciente tose o se mueve). De no ser posible la ayuda, las cintas limpias deberán ser atadas antes de retirar las sucias.
- Acondicionar al paciente en una situación cómoda y confortable.
- Mantener disponible el equipo para aspiración de secreciones

5.CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA

- Lavar el equipo y enviarlo para su desinfección y esterilización.
- Registrar en expediente clínico el procedimiento realizado y las observaciones de las condiciones de la estoma (irritación, enrojecimiento, edema, aire subcutáneo) y las características de las secreciones.

6.BIBLIOGRAFIA

- Hernández C, Bergeret JP, Hernández M. Traqueostomía: principios y técnica quirúrgica. Cuad.Cir. 2007; 21: 92-98.
- Ollero JJ.Plan de cuidados en pacientes con traqueotomía percutánea. 2014.
- Etxeberria Garin J. Cuidados de enfermería a los pacientes traqueostomizados. http://www.elpracticante.galeon.com
- Jiménez Alhambra M. Descripción de los cuidados más frecuentes al paciente adulto traqueostomizado.2014.
- López Andrés E. Cuidados enfermeros en el paciente traqueostomizado. 2015.

EL PAPEL DE LAS TICS EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

NOELIA LÓPEZ MESEGUER

Índice

1. Introducción
2. Definición de envejecimiento activo
3.¿Qué son las TIC’s?
4. Beneficios de las TIC’s en los ancianos
   4.1. El ordenador
   4.2. Internet
   4.3. Nuevos dispositivos sanitarios
5. Bibliografía

1.Introducción

Envejecer es un proceso que no sólo presenta cambios físicos, sino también cambios de índole cognitiva, económica, emocional y social, influyendo todos estos factores en la calidad de vida de las personas mayores.

El cambio en los procesos cognitivos durante el envejecimiento es uno de los estereotipos unidos a las personas de tercera edad, aunque estos cambios no se deben exclusivamente al proceso de envejecimiento, sino también a los hábitos adquiridos durante la vida.

Es en este aspecto donde las tecnologías de la información y la comunicación (TIC’s) adquieren un papel fundamental en el proceso de envejecimiento, actuando como medio de desarrollo cognitivo, psicológico y social.

2.Definición de envejecimiento activo

La OMS define envejecimiento activo como “*el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia*”

3. ¿Qué son las TIC’s?

Las TIC’s conforman el conjunto de recursos necesarios para manipular la información y particularmente los ordenadores, programas informáticos y redes necesarias para convertirla, almacenarla, administrarla, transmitirla y encontrarla.

Las TIC´s se utilizan como medios de ayuda para el aprendizaje y representan una competencia básica que se debe de difundir sin importar la edad de los individuos.

4.Beneficios de las TIC’s en los ancianos

4.1. El ordenador

El manejo del ordenador supone numerosas ventajas.

El uso del ratón y la distribución de las letras en el teclado permite la mejora de la movilidad y coordinación.

Conseguir acceso a las tecnologías de igual forma que el resto de los ciudadanos les permiten disfrutar de nuevas posibilidades de información, ocio, formación, interacción y participación.

Esto, a su vez, se traduce en un aumento de la confianza en ellos mismos, sintiéndose más seguros al ser partícipes de una de las barreras que los separa del resto de la sociedad.

4.2. Internet

Internet puede facilitar la interacción entre las personas mayores; puede mejorar la relación intergeneracional con el intercambio de conocimientos y experiencias; permite que el adulto continúe activo.

A su vez, internet puede ser también un medio que le permita ser creativo y mejore su autoestima, que ejercite su pensamiento y contribuye a una mayor participación social debido a que con el tiempo, la accesibilidad al internet, en términos técnicos se ha hecho menos compleja.

4.3. Nuevos dispositivos sanitarios

Además existen multitud de áreas en las que las TIC pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de los ancianos y mejorar el envejecimiento.

En relación a los problemas de movimiento se están fabricando sillas de ruedas cada vez más inteligentes, incluso se trabaja en robots que replican la estructura cinemática de las extremidades.

En lo referente a problemas visuales se han desarrollado dispositivos capaces de decir al anciano dónde está, qué peligros pueden encontrarse en su camino y lo que se encuentra a su alrededor. Por lo que respecta a los problemas auditivos se dispone de tecnologías que traducen voz a texto, o que reproducen lenguas de signos.

“ Al final lo que importa no son los años de vida, sino la vida de los años”

Abraham Lincoln

5.Bibliografía

- Matas A, Franco PD. Aprendizaje y nuevas tecnologías en nuestros adultos mayores. Una revisión del estado de la cuestión. Universidad de Málaga 2015. http://www.riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/9343/whitepaper_1_1.pdf?sequence=1

- Sevilla M. Envejecimiento activo. Las TIC en la vida del adulto mayor. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo 2015; 6(11). http://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/138 (último acceso 01 abril 2015)

- Agudo S, Fombona J, Pascual MA. Ventajas de la incorporación de las TIC en el envejecimiento. Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa 2013; 12(2). http://relatec.unex.es/article/view/1169 (último acceso 30 marzo 2015)

- Sebastián A, Martínez G. La influencia de las nuevas tecnologías: videojuegos, redes sociales e internet, en los consumidores seniors de España. En*: I Congreso Internacional Comunicación y Sociedad*. 24 mayo 2013, Logroño. http://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/1749/MART%C3%8DNEZ%20NAVARRO%2c%20GEMA%3b%20SEBASTI%C3%81N%20MORILLAS%2c%20ANA.pdf?sequence=3 (último acceso 1 abril 2015)

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Elisabet María García Zapata
Raquel Montoya Muiña
Ana González Lorca

Indice

1. Introducción
2. Fisioterapia respiratoria:
   - Chaleco Vest
   - Tos asistida(Cough assist)
3. Bibliografía

1. Introducción

- El paciente crítico, crónico y agudo, presenta complicaciones derivadas de la estancia prolongada en UCI, incluyendo la pérdida de la forma física, debilidad muscular, disnea, depresión, ansiedad y reducción de la calidad de vida. La fisioterapia respiratoria es particularmente útil en enfermos con fibrosis quística o EPOC y en pacientes que han sido sometidos a ventilación mecánica. Está basada en la terapia física, que consistirá en fisioterapia respiratoria y ejercicios respiratorios y en el entrenamiento muscular, tanto general como de los músculos respiratorios.
- www.youtube.com/watch?v=wNAiyhcDWBI

1. Introducción

- Secreción bronquial:
  - Definición: Es un componente del aparato mucociliar al formar una unidad armónica con el cilio.
  - Composición: Agua(95%), glucoproteínas ácidas(2%),lípidos(0´5-1%) y otras proteínas.
  - Estructura: Formada por una capa profunda(fase sol)fluida y una capa superficial - discontinua(fase gel).
  - Características físicas: Viscosidad, elasticidad, hilancia, adhesividad e hidratación.

1. Introducción

- Acumulación de secreciones (Hipersecreción):
  - Es un estancamiento en el interior de las vías aéreas de mocos bronquiales en cantidad y/o calidad normales o patológicas que determina una disminución de la permeabilidad bronquial[(2)]
  - Favorece la colonización microbiana, la infección y la inflamación con una mayor producción de mucosidad, atelectasias y tapones de moco.
  - Pudiendo aparecer neumonía nosocomial, prolongación de la VM /VMNI(ventilación mecánica/ ventilación mecánica no invasiva),realización de traqueotomía.

2. Fisioterapia respiratoria

- Definición: Conjunto de medidas que adopta la enfermera para ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio.
- Objetivos:
  - Mantener permeables y libres de secreciones las vías respiratorias del paciente.
  - Facilitar la expectoración.
  - Prevenir infecciones respiratorias.
  - Potenciar el uso de la musculatura respiratoria.
  - Mejorar el bienestar y facilitar la respiración.
  - Educar al paciente y familia sobre como movilizar y eliminar las secreciones.

2. Fisioterapia respiratoria

- Tipos:
  - Tos asistida.
  - Drenaje postural.
  - Percusiones o clapping.
  - Drenaje por vibración (Chaleco Vest).
  - Respiraciones diafragmáticas

2. Fisioterapia respiratoria: Chaleco vest

- Objetivo: Eliminar secreciones al aumentar flujo de aire, produciendo tos y disminuir la viscoelasticidad del moco.
- Consiste: En un dispositivo externo de aclaración mucociliar de las vías respiratorias mediante oscilación de la pared torácica por alta frecuencia.
- Consta: Chaleco inflable conectado por tubos de aire a un generador de impulsos.
- Colocación: Paciente en posición de 45º. Se coloca el chaleco en la unión toraco- abdominal.
- Produce: Presiones de unos 50 cm de H2O y una frecuencia de 5-25 Hz.

2. Fisioterapia respiratoria: Chaleco vest

- Tratamiento: Se realiza en periodos de 30 min c/6-8 horas.

- Se realiza en periodos de 30 min c/6-8 horas. Consiste en:

  - ✓ 5 primeros minutos: oscilación de 5 Hz.
  - ✓ Siguientes 20 minutos: oscilación de 10 Hz.
  - ✓ Últimos 5 minutos: oscilación de 15 Hz.

2. Fisioterapia respiratoria: Chaleco vest

Indicado en :

- Sospecha o evidencia de secreciones retenidas.
- Si presenta dificultades con la eliminación mucociliar o hay atelectasias causadas por tapones de moco.

Contraindicaciones absolutas:

- Lesiones no estabilizadas de cabeza y cuello

Contraindicaciones relativas:

- PIC ≥ 20mm Hg o pacientes en los que hay que evitar un aumento de la PIC.
- Hipertensión no controlada.
- Inestabilidad hemodinámica.

2. Fisioterapia respiratoria: Chaleco vest

- Edema pulmonar asociado a ICC.
- Fístula bronco pleural.
- Enfisema subcutáneo.
- Grandes derrames pleurales o enfisema.
- Cirugía esofágica reciente.
- Hemoptisis mayor activa o reciente.
- Vías respiratorias no controladas con riesgo de aspiración.
- Embolia pulmonar.
- Abdomen distendido.
- Broncoespasmo.

2. Fisioterapia respiratoria: Chaleco vest

- Indicios de tuberculosis pulmonar.
- Marcapasos transvenosos o subcutáneos.
- Infusión o anestesia epidural reciente.
- Fracturas costales.
- Contusión pulmonar, osteomielitis costal.
- Quemaduras, heridas abiertas e infecciones subcutáneas en el tórax.
- Coagulopatía.
- Efectos adversos: dolor torácico y hemoptisis leve.

2. Fisioterapia respiratoria: Chaleco vest

- Evidencia científica:

  - Varios estudios [6,7,8] han mostrado que su uso:

    - Incrementa los volúmenes y flujos de aire.

    - Facilita la expectoración .

    - Contribuye a la estabilización o mejora de la función respiratoria.

  - Ensayos clínicos [9] muestran que los chalecos movilizan más secreciones que la Fisioterapia Respiratoria Convencional.

2. Fisioterapia respiratoria:Tos asistida(Cough assist)

- Objetivo: Ayudar a los pacientes que no pueden toser por sí mismos, mejorando o sustituyendo su capacidad natural para eliminar las secreciones bronquiales mediante la aplicación gradualmente una presión positiva en las vías respiratorias seguido de un rápido cambio a presión negativa.
- Características[11]: Fácil de utilizar con tiempos de inhalación exhalación totalmente ajustables.
- Configuración ajustable del flujo de inhalación.
- Se puede usar con una mascarilla facial, con boquilla o adaptador al tubo endotraqueal o la cánula de traqueotomía.
- Indicado en niños o adultos.

2. Fisioterapia respiratoria: Tos asistida

Procedimiento:

- Acoplar el interfaz adecuado al paciente.
- Colocar en modo manual.
- Cambiar la palanca de control manual a la posición de inhalación durante 2-3 seg.
- Cambiar rápidamente a manual hasta la posición de exhalación para provocar la tos y dejarla así 1-2 segundos.
- Dejar descansar entre cada ciclo y volver a repetir el proceso según tolerancia del paciente.

2. Fisioterapia respiratoria: Tos asistida

- Al cabo de 4-5 ciclos, retire el interfaz del paciente y esperamos a que vuelva a un ritmo respiratorio normal o conectamos a la VM si es el caso.

Ventajas[11]:

- Mejora o sustituye a las tos ineficaz.
- Ayuda a eliminar las secreciones de los pulmones.
- Reduce la incidencia de infecciones respiratorias.

2. Fisioterapia respiratoria: Tos asistida

- Contraindicaciones:
  - Enfisema bullar.
  - Susceptibilidad al neumotórax o neumomediastino.
  - Barotrauma reciente.

2. Fisioterapia respiratoria: Tos asistida

Evidencia científica:

- No se han encontrado efectos adversos en pacientes neuromusculares crónicos[10].
- Para pacientes con problemas graves restrictivos que no hayan realizado inspiraciones profundas, las presiones de insuflación deberían incrementarse gradualmente para evitar tensión en los músculos de la pared torácica.

3. Bibliografía

- Antonello M, Delplanque D. Fisioterapia Respiratoria: Del Diagnóstico al proyecto terapéutico. Barcelona: Masson, S.A; 2002.

- Guía de actuación de Enfermería: ManuaL de procedimientos (Internet). Generalitat Valenciana: 2003(consuta día 27 de Febrero de 2013). Disponible en:

  www.Publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4315-2003.

3.Bibliografía

- Cuidados de Enfermería en Ventilación Mecánica No Invasiva (Internet). Murcia: 2010 (consulta el 27 de Febrero de 2013). Disponible en:

www.agapea.com/libros/Cuidados-de-enfermería-en-ventilación

- Phillips GE, Pike SE, Jaffe A, Bush A. Comparison of the active cycle of breathing and high- frecuency oscillation jacket in children with cystic fibrosis.Pediatr Pulmonol 2004;37:71-75

3.Bibliografía

- Oermann CM, Sockrider MM, Giles D, Sontag MK, Accurso FJ, Castile RG. Comparison of high-frequency chest wall oscillation and oscillating positive pressure in the home management of cystic fibrosis: a pilot study. Pediatr Pulmonol 2001; 32: 372-377

- Majaestic C, Montgomery M, Jones R, King M. Reduction in sputum viscosity using high frequency chest compressions compared to conventional chest physiotherapy. Pediatr Pulmonol1996; (Suppl 13): A358

3.Bibliografía

- Gómez M.L, Gónzalez V, Olguin G y Rodriguez H. Manejo de las Secreciones Pulmonares en el Paciente Crítico. Rev. Enfermería Intensiva (Internet).2010 (consulta el 27 de Febrero de 2013).

- Mercado M. Manual de Fisioterapia Respiratoria. Madrid: Olalla,1996.

3.Bibliografía

- Valenza G, gonzález L y Yuste MJ. Manual de Fisioterapia Respiratoria y Cardiaca. Madrid: Síntesis,S.A; 2009

- Parra ML, Arias S y Esteban A. Procedimientos y Técnicas en el Paciente Crítico. Barcelona: Masson, S.A; 2003.

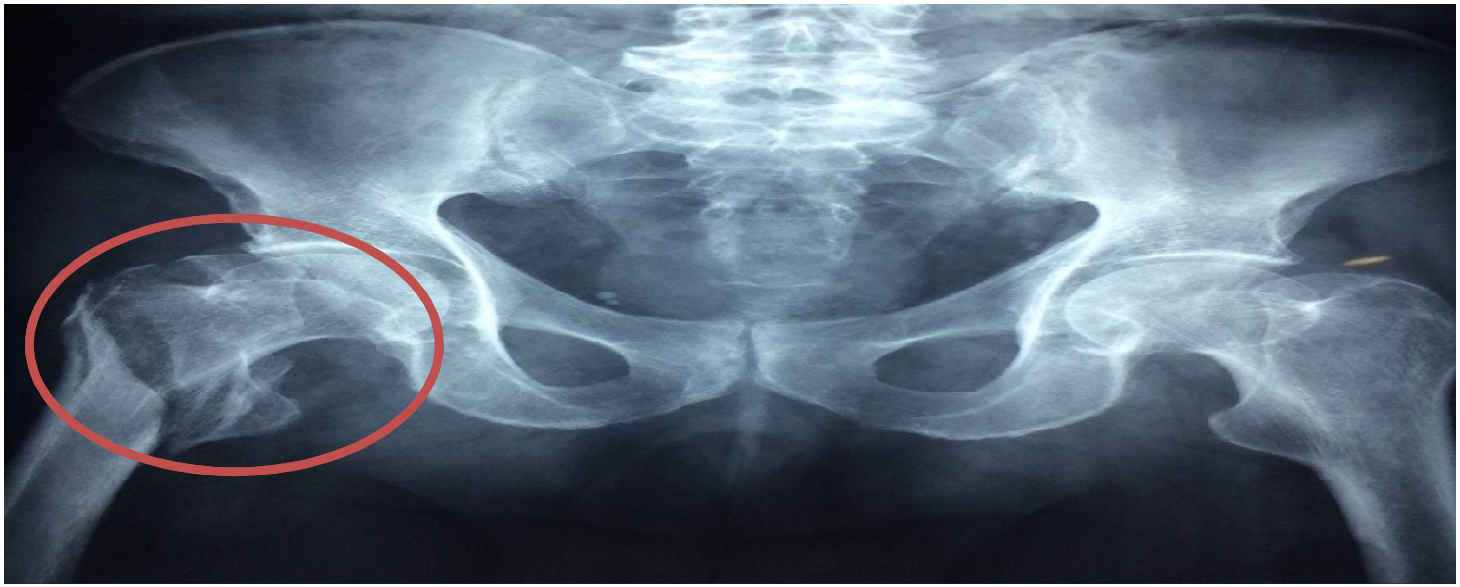
FRACTURAS

ANA GARCIA PEREZ

LUZ AMANDA FORIGUA ESPEJO

INDICE

Definición
Clasificación de Fracturas
1. Nivel de la fractura
2. El estado de la piel
3. El trazo
4. Desviación de Fragmentos
5. Mecanismo de acción



Definición:

Es la pérdida de la continuidad del hueso y/o cartílago producida por una fuerza externa que supera la elasticidad del hueso.

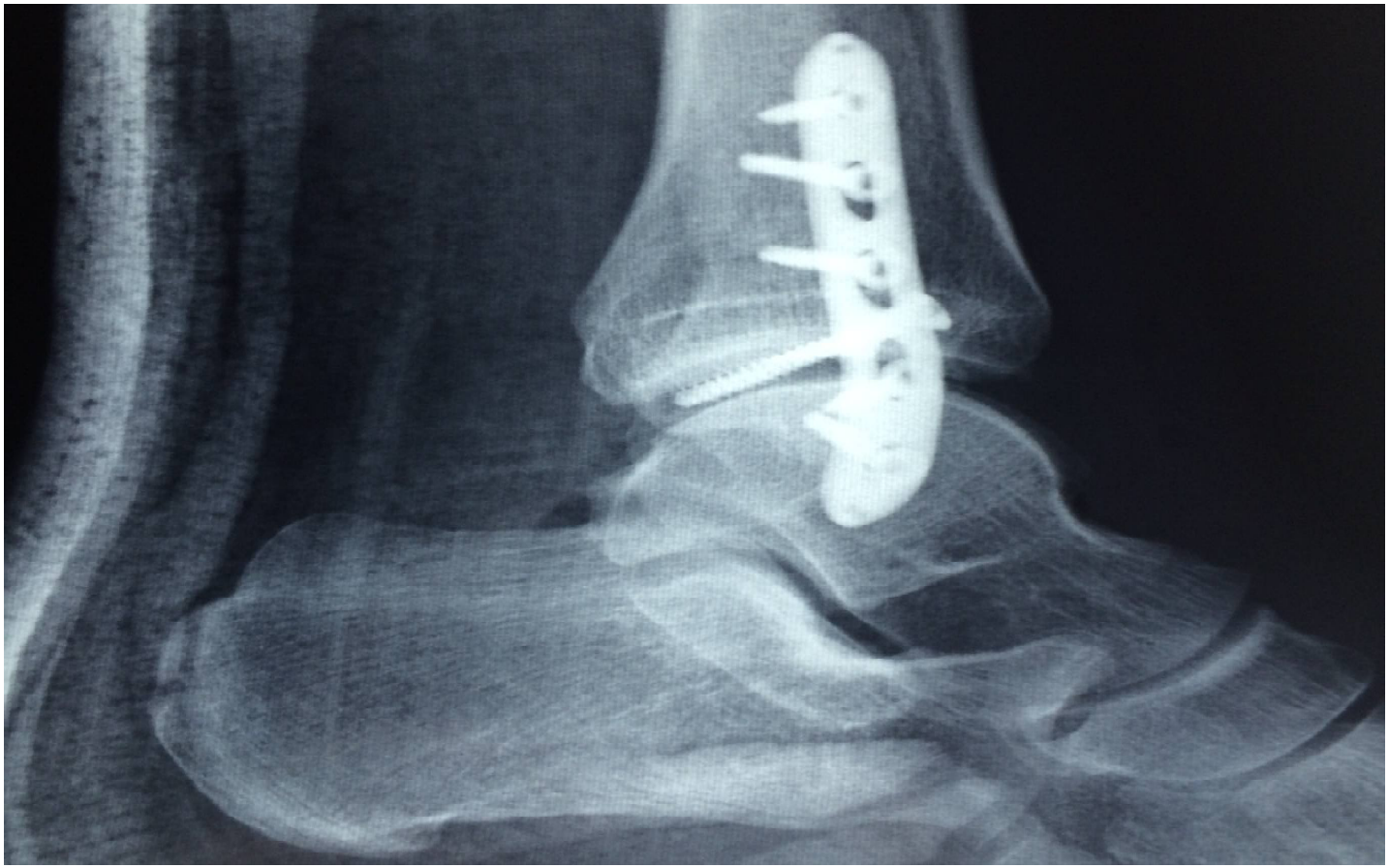
Clasificación de fracturas

Podemos encontrar algunos tipos de fracturas según diferentes factores como:
El nivel de la fractura, el estado de la piel, el trazo, la desviación de fragmentos y el mecanismo de acción.

1- Nivel de la fractura:

Los huesos se pueden dividir anatómicamente en tres partes principales: la diáfisis, las epífisis y las metáfisis. Sólo para huesos largos.

- *Epifisafias*: en los extremos.
- *Metafisarias*: zona rectangular comprendida entre las epífisis y la diáfisis.



2- El estado de la piel:

-*Abiertas*: Son aquellas en las que se puede observar el hueso fracturado ya que sobrepasa la barrera de la piel y queda el hueso expuesto. Tiene un gran riesgo de infección por permitir el paso de gérmenes desde el exterior.

- *Cerradas*: son aquellas en las que no hay exposición del hueso al exterior.

3- El trazo:

se definen en varios tipos:

-*Transversales*: la línea de fractura es perpendicular al eje longitudinal del hueso.

-*Oblicuas:* la línea de fractura forma un ángulo mayor o menor de 90° con el eje longitudinal del hueso.

-*Longitudinales:* la línea de fractura sigue el eje longitudinal del hueso.

-*En alas de mariposa*: existen dos líneas de fractura oblicua, que forman ángulo entre sí y delimita un fragmento de forma triangular.

-*Conminutas:* hay múltiples líneas de fractura, conformación de numerosos fragmentos óseos.

Se producen dos tipos de fractura característica en niños, por su gran elasticidad de los huesos:

-*Fractura en tallo verde*: El hueso está incurvado y en su parte convexa se observa una línea de fractura que no llega a secta todo el espesor del hueso.

-*Incurvación díafisaria*: se produce por la inflexión creando una deformidad elástica primero y luego plástica sin llegar a producirse trazos de fractura macroscópico.

4-Desviación de fragmentos:

-*Angulada:* son los fragmentos en los que ha quedado dividida la fractura, formando un ángulo en cada uno de los extremos.

-*Con desplazamiento lateral:* las dos superficies correspondientes a la línea de fractura no quedan confrontadas entre sí por haberse desplazado lateralmente uno o los dos fragmentos.

-*Acabalgadas:* uno de los de los fragmentos queda situado sobre el otro produciendo un acortamiento del hueso afectado.

-*Engranadas:* uno los fragmentos queda sobre el otro

5-Mecanismo de acción:

-*Traumatismo directo*: la fractura se produce en el punto sobre el que se ha ocasionado el traumatismo.

-*Traumatismo indirecto:* la fractura se produce en una zona diferente de donde se ha propiciado el traumatismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. E. Cáceres Palou y colaboradores., Manual SECOT de cirugía ortopédica y traumatologíca.,2003 Editorial Médica Panamericana, capítulo 21. p 228-237
2. McRae, Ronald. Ortopedia Fracturas de bolsillo exploración y tratamiento., 2006 Marban libros, S.L., capitulo 14. p 206-216
3. Ruiz del Pino, Ma Joaquina y colaboradores. Monografía Fracturas: conceptos generales y tratamiento.
4. Pengris Giménez, Elizabeth Barboza., Monografía Fracturas.
5. Pérez Espíndola, Marlene Margoth., Monografía Fracturas

GUÍA UPP

AUTORES:
MARIA TERESA MATEO ANTÓN.
SONIA CARAVACA MARTINEZ.

INDICE

- DEFINICIÓN.
- ¿POR QUÉ SE PRODUCEN LAS UPP?.
- VALORACIÓN ENFERMERA .
- ESTADÍOS
- ELECCIÓN DE APÓSITOS SEGÚN ESTADÍOS.
- PREVENCIÓN.
- LIMPIEZA DE LA HÉRIDA.
- MATERIAL UTILIZADO EN LAS CURAS.
- TIPOS DE DESBRIBAMIENTO.
- TRATAMIENTOS SEGÚN TIPO DE LESIÓN

DEFINICIÓN

- MJ. Almendariz: “Lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él.”
- Esta definición hace hincapié en la importancia que tienen las fuerzas de fricción en su desarrollo.

¿ POR QUÉ SE PRODUCEN LAS UPP?

Multifactorial

- Fuerzas de presión, fricción o cizalla.
- Disminución de tolerancia de tejidos a estas fuerzas.

Factores de riesgo:

- Intrínsecos: Condición física (inmovilidad), alteraciones respiratorias/circulatorias, diabetes, insuficiencia vasomotora, tensión arterial baja, insuficiencia cardíaca, vasoconstricción periférica, alteraciones endoteliales, anemia, septicemia, medicación, edad, malnutrición/deshidratación, factores psicológicos…

- Extrínsecos: Humedad, perfumes, agentes de limpieza, superficie de apoyo del paciente, técnicas manuales sobre la piel, sondajes (vesical, nasogástrico…), fijaciones, férulas…

VALORACIÓN ENFERMERA

- CAUSAS: Enfermedades generales, pérdida de la percepción del dolor, edad, tipo de piel, administración de cierto fármacos, estado nutricional.
- LUGARES DE LOCALIZACIÓN: Sacro, talones, tuberosidades isquiáticas, trocánteres mayores, maléolos externos.
- TAMAÑO DE LA LESIÓN: Longitud, anchura y profundidad.
- SIGNOS CLÍNICOS DE LA INFECCIÓN: Tanto locales (rubor, calor, tumefacción, dolor, olor, exudado), como generales (fiebre, malestar general…).
- EVOLUCIÓN DE LA LESIÓN Y TRATAMIENTOS PREVIOS. Cuanto más se tarde en aplicar estas medidas, peor será el pronóstico

ESTADIOS

- ESTADÍOS: I,II, III Y IV.
- I. Aparición de eritema cutáneo que no palidece. Alteraciones en coloración de la piel. En pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados. Calor. Edema.
- II. Pérdida parcial del grosor de la piel. Afecta a epidermis, dermis o ambas. Es superficial. Aspecto de abrasión o ampolla.
- III. Pérdida total del grosor de la piel. Lesión o necrosis de tejido subcutáneo.No atraviesa fascia.
- IV. Destrucción extensa. Penetra a músculo y hueso. Cráter profundo. Aparecen trayectos fistulosos y cavidades. Aparece necrosis del tejido.

ELECCIÓN APÓSITOS SEGÚN ESTADÍO

- Estadio I:
  - Apósitos hidrocoloides extrafinos (reducen fricción) y los poliuretanos (reducen presión y fricción).

- Estadio II:
  - Apósitos hidrocoloides extrafinos (reducen fricción) y los poliuretanos (reducen presión y fricción).
  - Si flictena: pinchar con asepsia y vaciar sin retirar la piel

ELECCÓN DE APÓSITOS SEGÚN ESTADÍO

- Estadio III y IV:

  - Si material desvitalizado:
    - Desbridantes (hidrogeles) y apósito absorbente basado en la cura húmeda (hidrocolodies, poliuretanos)

  - Si mal olor:
    - Apósitos de carbón activado.

  - Si exudado abundante y piel periulceral frágil o exudado hemorrágico: Apósito de Carbón.

  - Si colonización: Aquacel Ag.

  - Si cavidades o fistulizaciones: rellenar para evitar que las UPP cierren en falso.

PREVENCIÓN

- Cambios posturales.
- Cuidados de la piel.
- Manejo de la lesión.
- Nutrición.
- Algoritmo de prevención.
- Seguimiento de los pacientes de riesgo.

LIMPIEZA DE LA HERIDA

- Inicialmente y en cada cambio de apósito
- No hacer fuerza mecánica
- No secar la herida (sí zona periulceral)
- Evitar material rugoso (gasa y esponja)
- No antisépticos cutáneos para el tej.sano.
  CITOTÓXICOS →
- No povidona yodada:
  - Retarda cicatrización
  - Dermatitis de contacto
  - Alt. Sistémicas
- No H2O2:
  - Bacteriostática
  - Degradación con luz y calor
- SF: a presión con jeringa de 35 (ó 20 con aguja del 0,9 x 25) con fuerza de +/-2 kg x cm^2

MATERIAL UTILIZADO EN LAS CURAS

- Compresas de gasa.
- Suero fisiológico.
- Bisturí.
- Jeringa y agua.
- Cremas desbrivantes.
- Apósitos de espuma de poliuterano, hidrocoloides, silicona, malla, antimicrobianos con plata, absorbentes con yodo.
- Crema o espuma protectora, de óxido de zinc.
- Hidrogeles.
- Ácidos grasos hiperoxigenados.

PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTOS.

- Limpieza de la lesión: Suero fisiológico y jeringa de 20 cc. con aguja de 0,9 mm. para el lavado. No está indicado ni el uso de antisépticos, ni gasas, ni cepillos, ya que podrían dañar el tejido. Usar gasa estéril únicamente para secar la zona a tratar.
- Cuidado de la piel sana, estadío I: Se aplicarán ácidos grasos más hidrocoloides cuando la úlcera sea por fricción y apósitos de espuma de poliuretano o hidrocelulares en el caso de úlceras por presión y fricción.
- Cuidados en la piel perilesional:utilizar una crema barrera con óxido de zinc, debiendo limpiar los restos de crema con un producto oleoso antes de realizar una nueva aplicación
- Tratamiento con existencia de necrosis: (desbridamiento quirúrgico):Bisturí, antiséptico, apósitos secos o de alginato cálcico y suero fisiológico. (desbridamiento cortante): Bisturí, antiséptico, apósitos secos o de alginato cálcico y suero fisiológico.

TIPOS DE DESBRIBAMIENTO

- DESBRIBAMIENTO ENZIMÁTICO: Aplicación de enzimas exógenas (colagenasas, estreptoquinasas,) que para aumentar el nivel de humedad se suelen asociar al uso de hidrogeles y de esta forma favorecer su efectividad. Es de importante mención. Pomadas de óxido de zinc no deben usarse en presencia de productos con plata.
- DESBRIDAMIENTO AUTOLÍTICO: Uso de hidrogeles o hidrocoloides, con alto contenido en agua que facilitan la autolisis. Este tipo de tratamiento se utiliza cuando no pueden utilizarse otras curas y/o en combinación con desbridamiento cortante o enzimático. Es más lento, pero no es doloroso ni traumático para el paciente. (“Los macrófagos y las enzimas endógenas se encargan de eliminar el tejido desvitalizado y favorecen la aparición del tejido de granulación”)

TRATAMIENTOS CON PRESENCIA DE EXUDADO

- EXUDADO MÍNIMO MODERADO: Hidrogeles si se aprecia falta de humedad y cubrir con apósito de espuma de poliuretano y apósitos hidrocoloides. Para zonas con fibrinas añadiremos al hidrogel, colagenasa. Se aplicará un apósito para absorber el exudado, y en el caso de apreciar poca humedad, se aplicará un hidrogel antes de cubrir con el apósito.

- EXUDADO MODERADO EXCESIVO: Apósitos de alginato cálcico, con un gran poder absorbente, que en contacto con el exudado se convierte en gel. Se cubrirá la lesión con apósito de poliuretano o hidrocelular.

TRATAMIENTOS DE LA LESIÓN CON TEJIDO DE GRANULACIÓN

- Utilización de apósitos hidrocelulares añadiendo hidrogeles. Además, apósitos lípido-coloides: trama impregnada de hidrocoloides y vaselina. Se pueden utilizar también polvos de colágeno que a su vez pueden ser mezclados con cloruro sódico.

- En este caso se podrían quitar “los bordes” con varillas de nitrato de plata (“si los bordes se repliegan hacia el interior, hay que valorar la necesidad de recortarlos para favorecer el cierre de la lesión

TRATAMIENTO DE LA LESIÓN CON CARGA BACTERIANA (INFECCIÓN)

- Prestar especialmente atención a: Inflamación, eritema, exudado purulento, mal olor, dolor, un retraso en la cicatrización, fiebre mayor de 37,5º C (descartando otro foco), etc.
- No existe un consenso para el uso de antisépticos, sin embargo “se puede considerar su utilización para controlar la infección en determinados casos ponderando el riesgo potencial
- En la etapa de epitelización, algunos antisépticos son incompatibles con la plata (utilizada también en lesiones infectadas) o con productos desbridantes enzimáticos (povidona yodada con colagenasa-Iruxol®).

TRATAMIENTO DE LA LESIÓN CON CARGA BACTERIANA (INFECCIÓN)

- Podemos encontrar:
- Cremas con plata: la sulfadiazina argéntica pomada al 1% es la más común (SilvedermaR).
- Apósitos con plata: compuestos de iones de plata que se activan con la humedad bien por el exudado de la lesión o por aporte de humedad con suero fisiológico, agua destilada. Algunos de ellos libera los iones de plata y otros con su capacidad de absorción inactivan las bacterias del exudado.
- El uso de fungicidas y bactericidas como la clorexidina está indicado su uso en lesiones fibrinosas.
- También cabe destacar, que los apósitos de carbón eliminan el mal olor.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Romeo López Alonso S. et al. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Consejería Andaluza de Salud: Servicio Andaluz de Salud; 2011.
- (2) García Cebrián E. et al. Cuidado de las úlceras: Guía Terapéutica. 2ª Ed. Albacete: Sescam; 2008.
- (3) Pintado Juez Y. et al. Protocolo ulceras por presión (UPP) y heridas crónicas: 2ª Ed. Toledo: Sescam; 2011.
- (4) Arias. J., Allen M.A., Arias J.I., Lorente L. Generalidades Médico-quirúrgicas. Albacete. Tébar; 2001; (140,148-150).
- (5) Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Directrices Generales sobre la Prevención de las Úlceras por Presión. Logroño: GNEAUPP; 2003.

BIBLIOGRAFÍA

- (6) Equipo de Enfermería Hospital Gregorio Marañón. Cambios posturales: Guía Clínica. 2ª Ed. Madrid: Comunidad de Madrid; 2010.

- (7) De la Fuente Ramos M. et al. Enfermería Médico-quirúrgica: 2ª Ed. España: DAE; 2009; (76-77).

- (8) Criado Lastres MA, Cubillo Arjona G, García Cepas R, García Jiménez M, López Jiménez E, López Medrán MT, et al. Protocolo de prevención y cuidados de úlceras por presión [monografía en internet]. Servicio andaluz de salud.2003 (consultado en 14-11-2011). Disponible en: ulceras.net/publicaciones/protocolo_upp%20cordoba.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- (9) Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP); 10 Septiembre de 2011 (Consultado el 12 de Noviembre de 2011). Noticias GNEAUPP. Disponible en: http://www.gneaupp.es/app/noticias/noticia.asp?id=56
-
- (10) Sánchez Pérez J.A, Lizaran Vita M.J, Pérez Soler M.D, Peñalvez Pérez F, Ros García V. M, Carrasco Guirao J.J, et al. Guía de productos para el tratamiento de heridas crónicas. 1 ed. Murcia: Unidad de aprovisionamiento integral; 2013.

MANEJO GENERAL DE FRACTURAS

LUZ AMANDA FORIGUA ESPEJO

ANA GARCIA PEREZ

INDICE

Introducción
Reducción de la fractura
Retención, contención de la fractura o inmovilización
a. Tracción cutánea
b. Escayola o yeso
    Pautas para la colocación de una escayola
    Precauciones en la colocación de la escayola
    Instrucciones para pacientes con escayolas
c. Tratamiento quirúrgico
    Osteosíntesis
    Fijador externo
Recuperación
Complicación de las fracturas
1. Generales
2. Complicaciones locorregionales

Introducción

La fractura es una perdida de la continuidad del tejido óseo, producida por una presión que no puede soportar el hueso.

La restauración de la fractura es una serie de eventos que el hueso utiliza para su recuperación, en ellas se distinguen cinco fases, fase inflamatoria o de hematoma, angiogénesis y formación de cartílago, calcificación del callo, fase de osificación del callo y remodelación ósea. Dependiendo del autor la llama de formas diferentes, pero son las mismas fases.

Lo esencial en el manejo es conseguir que la consolidación ósea se desarrolle correctamente. Algunos autores refieren la regla de las tres R (3R):

- Reducción de la Fractura: es llevar los fragmentos a su posición anatómica, de forma manual o mecánica.
- Retención, contención de la fractura o inmovilización: en este apartado se encuentran varias técnicas.

1. Tracción cutánea: Es la que utiliza un sistema, que se fija a nivel cutáneo utilizan un peso determinado, vinculado con el peso del paciente, son utilizadas antes de dar un tratamiento definitivo o como medio analgésico.

2. Escayola o Yeso: Se encuentran dos tipos, vendaje circular o con férula de yeso. El vendaje circular, es aquel que se aplica sobre la extremidad afectada buscando una inmovilización en posición funcional.

La férula es un vendaje incompleto, colocado para inmovilizar una lesión o fractura, de forma temporal o definitiva.

Pautas para la colocación de una escayola:

1. Preparación de material (vendas, algodón, yeso, batea, tijera, guantes y esparadrapo).

2. Preparación del miembro a inmovilizar, retirar pulseras, anillos y otros enceres que puedan entorpecer el desarrollo de la técnica. Curar las lesiones previas a la aplicación, si hubiesen.
   Cubrir con venda de algodón la zona afectada, haciendo hincapié en las prominencias óseas.
3. Medir la superficie a vendar con el yeso, realizando dobleces (de 12 a 15 capas en un adulto y de 6 a 8 capas en un niño).
4. Colocar la extremidad en posición funcional y anatómica para el vendaje.
5. Preparación de agua templada.
6. Mojar el yeso y escurrir.
7. Aplicación de la férula al miembro afectado, moldeándolo con cuidado sin arrugas.
8. Colocación del vendaje y fijación de la misma.

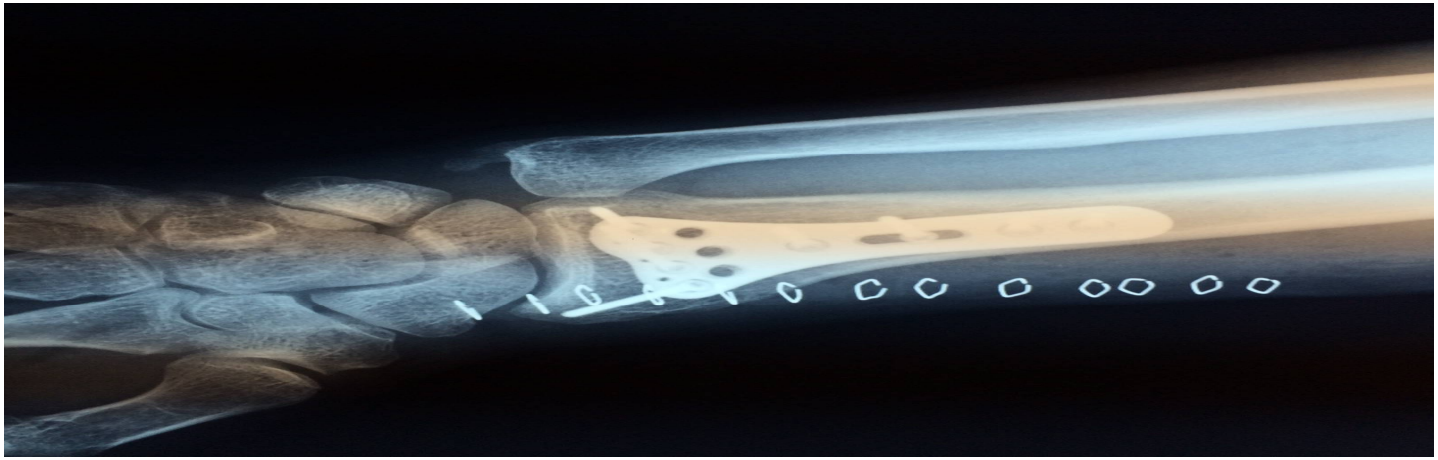
Precauciones en la colocación de la escayola:

a. Buen almohadillado para evitar ulcera por presión.
b. No debe quedar en la mitad del compartimento osteomuscular, por riesgo de edema y síndrome compartimental.

Instrucciones para pacientes con escayolas:

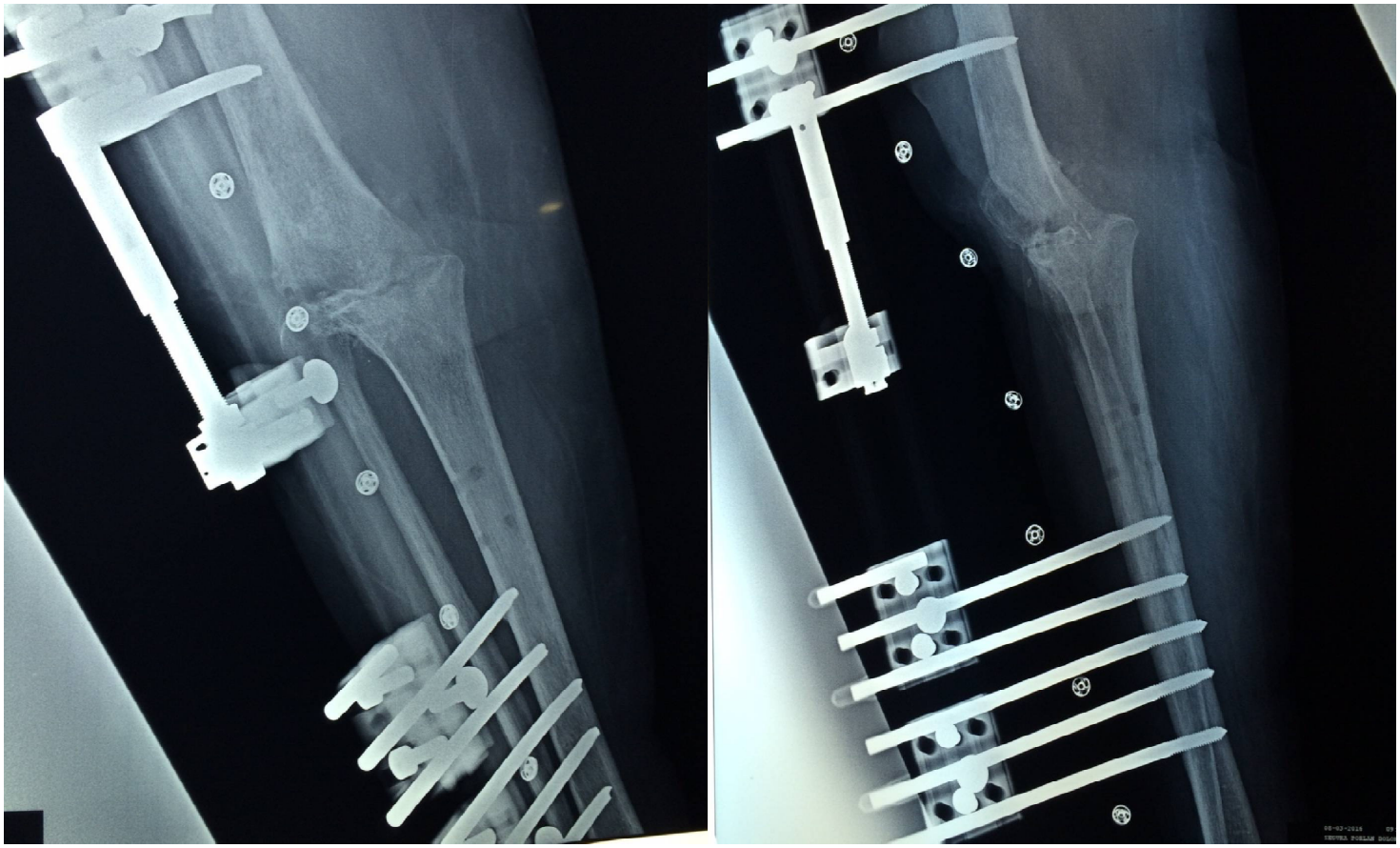
- ✓ Elevación de la extremidad si existe inflamación o color azulado de los dedos. Si no hay mejoría en media hora acudir al hospital.
- ✓ Ejercitar las articulaciones no incluidas en la escayola (dedos de manos y pies).
- ✓ Si la escayola se afloja acudir al hospital.

3. Tratamiento quirúrgico: En este apartado cabe destacar dos procedimientos.



Osteosíntesis (fijación interna): procedimiento quirúrgico, por el que se estabilizan fragmentos óseos con la utilización de implantes metálicos en contacto con el hueso. Su utilización va en relación al lugar y los fragmentos que existen en la fractura, especialmente se utiliza para fracturas intraarticulares y epifisiolisis, donde se pretende una perfecta reducción, o para los fracasos en la inmovilización y reducción cerrada.

Fijador externo: sirven para estabilizar una fractura desde el exterior, están indicados en fracturas abiertas.



- Recuperación: funcional de la zona afectada por la fractura y su rehabilitación.

Complicaciones de las fracturas

1. Generales :

- Trombosis venosa profunda
- Síndrome de embolia grasa
- Shock post traumático (séptico , neurogénico, hipovolémico, cardiogénico)
- Tétanos

2. Complicaciones locorregionales :

- Síndrome compartimental
- Necrosis avascular
- Rigidez articular
- Artrosis postraumática

BIBLIOGRAFÍA

1. E. Cáceres Palou y colaboradores., Manual SECOT de cirugía ortopédica y traumatologíca.,2003 Editorial Médica Panamericana, capítulos 23, 24 y 25. p249-291.
2. McRae, Ronald. Ortopedia Fracturas de bolsillo exploración y tratamiento., 2006 Marban libros, S.L, capítulos 14, 15 y 16. p 206-242.
3. Ruiz del Pino, Mª Joaquina y colaboradores. Monografía Fracturas: conceptos generales y tratamiento.
4. Rodrigo Miralles, Cirugía ortopédica y traumatología. Universidad Rovira Virgili (Tarragona).
5. Sociedad española de enfermería de urgencia y emergencia, Ciber Revista Enfermería de urgencias.com, número 55.
6. Universidad Complutense Madrid, Tratamiento de fracturas.

Manifestaciones clínicas y tratamiento del "Molusco Contagioso" (MOLLUSCIPOXVIRUS)

MªÁngeles Navarro Morales

Índice

- Etiología
- Síntomas
- Tratamiento
- Prevención
- Bibliografía

ETIOLOGÍA

- El Molusco Contagioso (Molluscipoxvirus), es un virus que pertenece a la familia Poxviridiae. Provoca infección en la piel y mucosas, tanto en la población infantil como en la adulta.

- Después de la erradicación mundial de la Viruela, el Molusco Contagioso es el Poxviridiae que más infecta a los humanos.

- En la población infantil, el contagio del virus suele ser a través de fómites (toallas, juguetes, bañeras, etc…), mientras que en la adulta, se debe a malos hábitos de higiene al tener las manos contaminadas, autoinoculación o con el contacto físico.

- También está considerado una ETS, sobretodo en jóvenes sexualmente activos.

- Las lesiones suelen durar de 2 a 6 meses, aunque para considerar haber superado la enfermedad y todas las lesiones, hacen falta de 6 a 24 meses. En personas inmunodeprimidas, la enfermedad dura más tiempo.

Síntomas

- La enfermedad comienza normalmente con pequeñas lesiones en forma de pápulas indoloras y del color de la piel. A medida que van creciendo, van adquiriendo un aspecto brillante y perlado y se les va formando una pequeña depresión en el centro con ocasionalmente un eritema perilesional (dermatitis del molusco)

- El período de incubación puede ser desde 15 días, hasta 3 meses.

- Con el rascado de las lesiones se favorece la autoinoculación, apareciendo la pápulas en agrupaciones, montones y filas.

- Los nódulos pueden aparecer en cualquier área corporal excepto palmas de manos y pies.

- En niños las áreas más frecuentes son cara, cuello, axilas, brazos y manos. En adultos se suele presentar en genitales, cara interna del muslo y abdomen.

- Las primeras lesiones en el área genital pueden confundirse con verrugas o herpes, pero a diferencia de este último, el Molusco Contagioso es indoloro.

Tratamiento

- El diagnóstico se basa en la apariencia de las lesiones, aunque si existen dudas o el aspecto de la lesión no demuestra su apariencia habitual, se puede hacer una biopsia de piel.

- Es una enfermedad que cura por sí sola, pero dada su elevada capacidad de contagio, autoinoculación y la duración de ésta, la tendencia es de tratar las lesiones.

Existen varias técnicas de abordaje para el Molusco:

- CURETAJE: Es el más utilizado, se lleva a cabo con una cureta, pero produce dolor, por lo que es recomendable aplicar antes del procedimiento un poco de pomada anestésica, especialmente si se va a practicar en niños.

- CRIOTERAPIA: Este método es muy utilizado ya que es rápido y eficiente. Se utiliza Nitrógeno líquido, que se aplica sobre la lesión durante unos segundos. Se debe repetir a las 3 semanas aproximadamente. Puede aparecer hipo o hiperpigmentación y cicatriz.

- PODOFILINA: El uso principal es para el tratamiento de las verrugas del VPH. Aplicada al 25% se utiliza para tratar las lesiones del Molusco Contagioso. Tiene la desventaja de que se tiene que aplicar una vez por semana en cada lesión y que puede provocar efectos secundarios locales, como dermatitis de contacto o efectos secundarios sistémicos, como un daño renal.

- LÁSER: Este método es efectivo en un 99%, pero resulta costoso, ya que hay que repetir la aplicación cada 15-20 días hasta que no aparezcan más lesiones.

- CANTARIDINA: Este método es efectivo pero delicado, con resultados variables, por lo que lo debe aplicar el facultativo. Se aplica una gota de solución en la lesión, la cual provoca una gran ampolla. Tiene efectos secundarios severos, que van desde el eritema y el dolor, hasta el envenenamiento por cantaridina si se produjera su ingestión accidental.

Prevención

Esta enfermedad se puede prevenir:

- No compartiendo enseres de uso personal, tales como toallas, maquinillas de afeitar, utensilios de maquillaje, etc.
- Uso de métodos anticonceptivos de barrera como el preservativo, aunque no protege totalmente ya que el virus puede habitar en las zonas en las que no cubra el mismo.
- Se puede evitar la propagación evitando el rascado. Tapar las lesiones con una tirita o apósito puede resultar útil.

- En el gimnasio, utilizar toalla antes de apoyarse en las máquinas y evitar deportes de contacto directo durante la enfermedad.
- En niños la prevención es complicada, por lo que se reduce a tratar el Molusco nada más aparecer y a no exponer a niños a personas con la enfermedad.
- En la piscina, lo primordial es no compartir toalla, flotadores, manguitos, etc… ya que la piel en ese lugar está expuesta y el virus presente.
- Mantener una buena higiene de manos y de las áreas en donde hubiera lesión.

Bibliografía

- 1. molusco contagioso [Internet]. Medline Plus. 2015 [acceso 7 Abrill 2016]. Disponible en: https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000826.htm
- 2. MOLUSCO CONTAGIOSO. REVISIÓN Y OPCIONES DE TRATAMIENTO. [Internet]. MEDIGRAPHIC. 2011 [acceso 5 Marzo 2016]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2011/tgi115g.pdf
- 3. Molusco contagioso [Internet]. Kidshealth.org. 2016 [acceso 7 Abril 2016]. Disponible en: http://kidshealth.org/es/parents/molluscum-contagiosum-esp.html#

- 4. MOLUSCO CONTAGIOSO INFECCIÓN OPORTUNISTA DEL VIH/SIDA [Internet]. Actaodontologica.com. 2004 [acceso 12 Abril 2016]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/2/molusco_contagioso_infeccion_oportunista_vih_sida.asp
- 5. ¿Qué es el molusco contagioso? Dermatologia.cat [Internet]. Dermatologia.cat. 2016 [acceso 9 Mayo 2016]. Disponible en: http://www.dermatologia.cat/es/molusccontagios.html

NORMAS DE CIRCULACION EN EL QUIRÓFANO

AUTOR: Ismael Conesa Fernández

INDICE

- INTRODUCCION
- NORMAS DEL EQUIPO ESTERIL
- NORMAS DEL EQUIPO NO ESTERIL
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

- UN QUIROFANO DEBE PERMANECER LO MAS ASEPTICO POSIBLE Y POR ELLO SE SIGUEN CIERTAS NORMAS

- EL PERSONAL DE QUIROFANO ESTA COMPUESTO POR EL EQUIPO ESTERIL Y EL EQUIPO NO ESTERIL

- CADA EQUIPO DEBE CUMPLIR LAS NORMAS EXISTENTES EN RELACION AL ENTORNO ESTERIL O NO ESTERIL

NORMAS DEL EQUIPO ESTERIL

- REALIZAN UN LAVADO QUIRURGICO DE MANOS PREVIO
- LLEVAN BATA QUIRURGICA Y GUANTES ESTERILES
- NO PUEDEN SALIR DE QUIROFANO
- DEBEN MANTENER UN AMPLIO MARGEN DE SEGURIDAD CUANDO PASA POR ZONAS NO ESTERILES
- MANTENER LA CONVERSACION AL MINIMO PARA EVITAR LA HUMEDAD DE LA MASCARILLA Y QUE LAS BACTERIAS TRASPASEN ESTA BARRERA
- MANTENER LAS MANOS ALEJADAS DE LA CARA DEBEN ESTAR VISIBLE POR ENCIMA DE LA CINTURA O DEL CAMPO ESTERIL Y LOS CODOS PEGADOS AL TORAX
- LAS CINTAS DE LAS BATAS SE COLOCARAN CON LOS GUANTES ESTERILES

NORMAS DEL EQUIPO ESTERIL

- LAS PERSONAS QUE ESTAN LAVADAS NO DEBEN APOYARSE O SENTARSE EN AREAS QUE NO ESTEN ESTERILES
- LAS PERSONAS ESTERILES SE COLOCAN DE FRENTE A OTRA PERSONA O AREA ESTERIL
- LOS MOVIMIENTOS SE LIMITAN AL CAMPO ESTERIL Y NO DEBEN TRANSITAR DENTRO DE UN CAMINO DE CIRCULACION
- SI CAMBIA DE POSICION DEBEN DARSE VUELTAS DE CARA A CARA O ESPALDA CON ESPALDA
- EL PERSONAL ESTERIL MANEJARA SOLO MATERIAL Y EQUIPOS ESTERILES
- DEBEN SEPARARSE A UNA DISTANCIA SEGURA DE LA MESA DE OPERACIONES MIENTRAS SE PREPARA EL CAMPO QUIRURGICO

NORMAS DEL EQUIPO ESTERIL

- UNA VEZ QUE SE HA PUESTO UN CAMPO ESTERIL NO SE MUEVE O SE CORRIGE SU COLOCACION

- LOS MIEMBROS DE ESTE EQUIPO DEBEN PREPARAR EL CAMPO ESTERIL LO MAS CERCANO POSIBLE EN RELACION A SU TIEMPO DE USO

- DEBE MANTENER EL CAMPO QUIRURGICO LO MAS SECO POSIBLE PARA EVITAR CONTAMINACION POR OSMOSIS

NORMAS DEL EQUIPO NO ESTERIL

- SERA EL JUSTO Y NECESARIO
- NO DEBE TOCAR EL CAMPO ESTERIL INCLINARSE SOBRE EL O PERMITIR QUE CUALQUIER ARTICULO NO ESTERIL LO CONTAMINE
- LA CIRCULANTE NO LLEVARA PULSERAS ACUMULAN PARTICULAS QUE PUEDEN CONTAMINAR LAS MESAS QUIRURGICAS AL ECHAR ARTICULOS ESTERILES
- DEBEN PASAR MIRANDO EL AREA ESTERIL O ACERCARSE DE FRENTE PARA ASEGURAR QUE NO TOCAN NUNCA DEBEN PASAR POR MEDIO DE DOS AREAS ESTERILES
- LA POSICION DE LOS ESTUDIANTES PARA OBSERVAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DEBE SER LA MAS COMODA Y DETRAS DEL EQUIPO ESTERIL O AL LADO DEL ANESTESIOLOGO PERMANECIENDO A UNA DISTANCIA PRUDENCIAL DEL CAMPO ESTERIL

NORMAS DEL EQUIPO NO ESTERIL

- EN CASO NECESARIO DE SALIR DE QUIROFANO SE HARA POR LA PUERTA MAS ALEJADA DEL CAMPO ESTERIL Y MESAS QUIRURGICAS, NORMALMENTE POR LA PUERTA PEQUEÑA QUE DA A LA ZONA DE LIMPIO
- CUANDO UNA SOLUCION ES VERTIDA EN UN RECIPIENTE ESTERIL EN UNA MESA ESTERIL LA INSTRUMENTISTA DEBE SOSTENERLO A DISTANCIA DE LA MESA O DEBE COLOCACARLO EN LA ORILLA PARA QUE LA CIRCULANTE NO SE INCLINE SOBRE EL CAMPO ESTERIL AL ECHAR LA SOLUCION. TODO EL CONTENIDO SE VACIA O BIEN SE DESECHA EL RESTO PUES ESCURRE LIQUIDO HACIA UNA PARTE NO ESTERIL Y AL VOLVER A ECHAR SE CONTAMINA LA SOLUCION

NORMAS DEL EQUIPO NO ESTERIL

- EL CIRCULANTE DEBE EXAMINAR LA INTEGRIDAD Y CADUCIDAD DE CUALQUIER PAQUETE O ARTICULO QUE SE ECHE A LA MESA QUIRURGICA

- EL PERSONAL QUE CIRCULA DEBE CONOCER Y MANEJAR A LA PERFECCION LAS TECNICAS PARA ECHAR PAQUETES O ARTICULOS ESTERILES Y COMO VERTER SOLUCIONES A LA MESA QUIRURGICA PARA EVITAR SU CONTAMINACION

BIBLIOGRAFIA

- FULLER, JOANA R.: “INSTRUMENTACION QUIRURGICA, PRINCIPIOS Y PRACTICAS”. Buenos Aires. Ed. Panamericana 2ª Edición
- BERRY Y KOHN: “TECNICAS DE QUIROFANO”. México. Ed. Interamericana. 5ª Edición.
- WATSON, JEANNETTE E.: “ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA”. México. Ed. interamericana. 2ª Edición.
- PI-SUÑER, TERESA: “MEDIDAS UNIVERSALES FRENTE A PACIENTES DE ALTO RIESGO”. Ponencia 2º Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica.
- ESCRIBANO, ANGELA Y MONSALVEZ, SANDRA: “PACIENTE DE ALTO RIESGO, MEDIDAS ANTES, DURANTE Y DESPUES DE ACTO QUIRÚRGICO”. Ponencia 2º Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica.

“PIE DIABÉTICO: EXPLORACIÓN Y PREVENCIÓN”

Mª BELÉN SÁNCHEZ GÓMEZ
RAQUEL MORA EGEA

INDICE

1. Introducción
2. Causas de lesión
3. Exploración de pie diabético
   4.1. Exploración clínica
   4.2. Exploración vascular
   4.3. Exploración neurológica:
      -Test de sensibilidad superficial
      -Test de sensibilidad profunda
         (Consciente/Insconciente)
5. Educación terapéutica
6.Conclusión
7. Referencias bibliográficas

1. INTRODUCCIÓN

- La *diabetes mellitus* (DM) es una enfermedad crónica con un gran impacto socioeconómico por su elevada morbimortalidad. Es la principal causa de ceguera, amputaciones e insuficiencia renal terminal en los países desarrollados.
- La enfermería desempeña un papel relevante en la prevención, el control y seguimiento de la enfermedad.

- Se denomina *pie diabético* a una alteración clínica de origen neuropático (afectación en los nervios) e inducida por la hiperglucemia, en la que con o sin coexistencia de isquemia (falta de riego sanguíneo), y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie.

2. CAUSAS DE LESIÓN

❖ Factores que favorecen o predisponen la lesión:

Factores primarios

1. neuropatía: Disminuye la capacidad del paciente de sentir una agresión en el pie a causa de la afectación de las fibras sensitivas cómo complicación crónica de la diabetes.
2. Macroangiopatía: Otra complicación crónica es la afectación ateroesclerótica de los vasos de mediano y gran calibre produciendo una necrosis cutánea.
3. Microangiopatía: También se produce una afectación de capilares, arteriolas y vénulas produciendo una necrosis tisular.

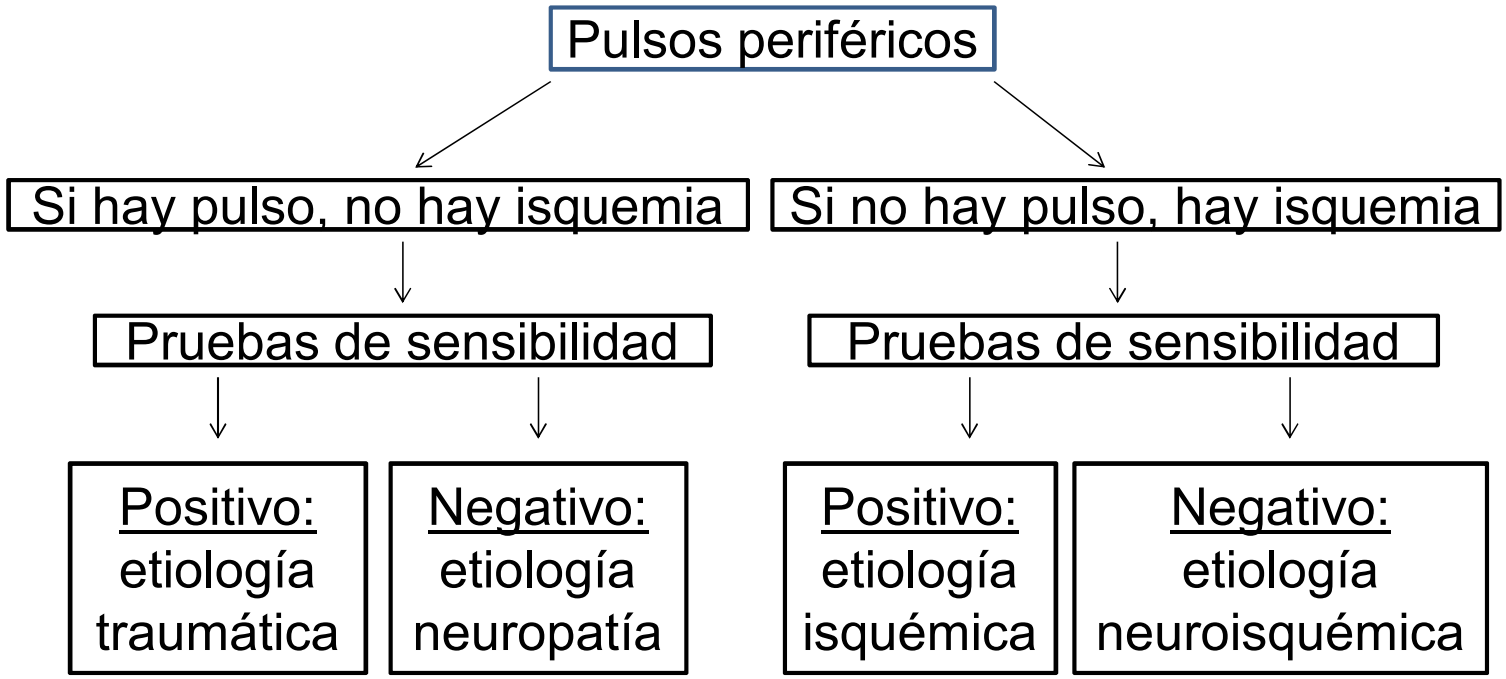
2. CAUSAS DE LESIÓN

Factores secundarios

1. Artropatías: La desestabilización articular desencadena degeneración y deformidades óseas facilitando la aparición de lesiones.

- Factores que desencadenan o precipitan la lesión:
  1. Factores extrínsecos: traumatismos mecánico, traumatismos térmicos o traumatismos químicos.
  2. Factores intrínsecos: deformidades en el pie o limitación de la movilidad.
- Factores que perpetúan o agravan la lesión: retrasan la cicatrización y conducen a complicaciones.

3. EXPLORACIÓN



3. EXPLORACIÓN (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

- ***Piel:*** valorar cualquier alteración de su aspecto o integridad. Hiperqueratenosis.
- **Onicopatías:** valorar alteraciones de la uña.
- ***Trastornos estructurales:*** Pie plano, cavo, varo, de charcot, Hallux valgus, dedos en garra,etc.
- ***Edemas:*** Localización, bilateralidad, grado y consistencia.
- ***Temperatura:*** hipotermia, hipertermia o asimetría térmica.
- ***Dolor:*** tipo, presentación y localización.
- ***Transtornos de la sudoración:*** anhidrosis e hiperhidrosis.

3. EXPLORACIÓN (EXPLORACIÓN VASCULAR)

- ***Anamnesis****:* Interrogar al paciente si presenta sintomatología de claudicación intermitente.
- ***Palpación de pulsos:*** Presencia o ausencia de los pulsos pedio y tibial posterior, poplíteo y femoral.
- ***Índice tobillo-brazo (ITB):*** Es un buen indicador del grado clínico de la isquemia, con una especificidad y una sensibilidad del 95%2. Mediante un equipo de ecografía doppler y un esfingomanometro se compara la presión sistólica de las arterias tibiales posteriores y pedias con las arterias braquiales.

3. EXPLORACIÓN (EXPLORACIÓN VASCULAR)

I T B

- **0,91-1’30** normal
- **0,90-0,70** enfermedad arterial leve

- **0,69-0,40** enfermedad arterial moderada
- **<0,40** enfermedad arterial severa

3. EXPLORACIÓN (EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA)

- ***Finalidad:*** Cribado de la neuropatía, valoración del riesgo de ulceración y reducir las tasas de ulceraciones y amputaciones.

1. *TEST DE SENSIBILIDAD SUPERFICIAL:*

Valoración de la sensibilidad al *tacto* (usando un pincel o un algodón), al *dolor* (mediante una aguja de punta roma o con el pinprick, que consiste en una pieza con una punta metálica no punzante) y a la *temperatura* (por medio de dos objetos que tengan diferente temperatura).

3. EXPLORACIÓN (EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA)

2. TEST DE SENSIBILIDAD PROFUNDA: ***(Consciente)***

- ✓ ***TEST DE SENSIBILIDAD VIBRATORIA***

Se puede realizar mediante diversas exploraciones: diapasón de 128 Hz, diapasón graduado de Rydel-Seiffer, Biotensiómetro etc.

DIAPASÓN GRADUADO DE RYDEL-SEIFFERF: Dispone de unos cursores graduados desde 0 en la base a 8 en la parte superior. Se aplica la base del diapasón sobre la cabeza del primer metatarsal. Cuando el diapasón vibra, los triángulos en el cursor aparecen dobles. El número más próximo que aparece como punto de intersección de los lados largos de los dos triángulos que vibran en el momento en que el sujeto cesa de percibir la vibración, constituye la medida. 3 veces en cada pie. Vulnerables a las ulceraciones aquellos en los que la lectura fuese < 4.

3. EXPLORACIÓN (EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA)

2. TEST DE SENSIBILIDAD PROFUNDA: ***(Consciente)***

- ✓ ***TEST DE PRESIÓN FINA CUTÁNEA CON MONFILAMENTO***

Antes de iniciar el test en los pies se comprobará que el paciente nota el monofilamento en partes proximales (ejemplo: brazo).

El monofilamento se debe presionar de forma perpendicular a la piel hasta que se doble, esperar un segundo y retirar.

El paciente debe sentir la presión e identificar la zona donde se ha aplicado. Se recomienda explorar entre 8 y 10 puntos, siendo obligatorios el pulpejo del primer dedo y cabezas del primero, tercero y quinto metatarsiano. Alguno autores afirman que un punto negativo en cada pie es indicativo de neuropatía sensitiva.

3. EXPLORACIÓN (EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA)

2. TEST DE SENSIBILIDAD PROFUNDA: ***(Inconsciente)***

- ✓ ***Valoración del reflejo aquíleo****:* Golpear el tendón de Aquiles debería producir una flexión plantar del pie. Su asimetría, la ausencia de respuesta o flexión dorsal del pie indican una alteración de la sensibilidad propioceptiva. Un reflejo positivo no descarta una neuropatía.

- ✓ ***Valoración del reflejo cutáneo-plantar****:* Se desliza un objeto romo por la planta del pie, desde el borde externo del talón hacia la cabeza del quinto metatarsiano y después desde éste hasta el primero. Respuesta normal la abducción y flexión plantar del quinto dedo. Se considera patológica la arreflexia o el reflejo de Babinski, cuando los dedos se abren «en abanico» y se extienden.

4. EDUCACIÓN TERAPEUTICA

1. Higiene

- ***Lavado*:** diario, agua templada (30-37 ºC) y jabón neutro, no prolongar el lavado más de 5-10 minutos (facilita la maceración), evitar esponjas de crin o ásperas.

- ***Secado:*** secar bien los pies, especialmente entre los dedos, con una toalla suave, evitando la fricción. No usar secadores de pelo o fuentes de calor.

- ***Hidratación:*** utilizar cremas hidratantes, aplicar con masaje ligero en sentido ascendente desde los dedos hasta la rodilla. No dejar restos de crema entre los dedos para evitar la maceración.

4. EDUCACIÓN TERAPEUTICA

2. <u>Cuidado de las uñas</u>:

No hay que recortarlas demasiado. Conviene utilizar unas tijeras con punta roma o lima de cartón. El corte debe ser horizontal, dejando rectos los bordes de las uñas y limar posteriormente.

3. <u>Inspección</u>

Diariamente se deben examinar los pies, sentado y con buena luz, ayudándose de un espejo para inspeccionar la zona plantar y el talón.

4. EDUCACIÓN TERAPEUTICA

Se debe prestar especial atención al estado de la piel: hiperqueratosis, xerosis, ampollas, zonas con cambios de coloración, grietas, heridas o úlceras, onicocriptosis y evolución de deformidades existentes.

4. <u>Calzado</u>

ligero y flexible, cerrado y adaptable; la suela ha de ser antideslizante, el talón firme y sin costuras interiores, diariamente descartar la presencia de cuerpos extraños o de zonas de roce. No conviene caminar descalzo, en especial en la playa

4. EDUCACIÓN TERAPEUTICA

5. Factores de riesgo del pie diabético

- Edad avanzada o diabetes de más de 10 años de evolución.
- Nivel socioeconómico bajo, alcoholismo, aislamiento social.
- Tabaquismo.
- Mal control metabólico.
- Antecedentes de ulceración y/o amputación previa.
- Movilidad articular limitada por deformidades óseas.
- Neuropatía autonómica y/o periférica.
- Vasculopatía periférica y/o retinopatía avanzada.
- Obesidad, dislipemia e hipertensión mantenida.
- Déficit de autocuidados. Higiene deficiente de los pies. Calzado no adecuado.

5. CONCLUSIONES

- Estamos ante una de las patologías con mayor morbimortalidad además de un gran coste para la sanidad por lo que es importante conocerla y prevenirla.

- Con la exploración clínica tratamos de determinar el grado de compromiso vascular y neurológico y/o la existencia de infección, por lo que es una actividad a realizar con periodiciad.

5. CONCLUSIONES

- Dentro de las características del pie diabético destacar como principales trastornos tróficos cutáneos, fisuras, queratopatías, onicopatías, lesiones micóticas, alteraciones en la sudoración, metatarsianos prominentes, concavidad plantar o pie de Charcot.

- Individualmente insistir al paciente en llevar una buena higiene personal centrada en los pies e inspeccionarlos periódicamente . Aconsejar también sobre una adecuada alimentación y sobre la realización del ejercicio físico.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baruttel Rubio L, Muñoz Grimaldo M, Mercedes Galindo R, Martín González E. La enfermera de primaria y la diabetes. Guia de la RedGDPS. 2011.
- Feng Y, Schlösser FJ, Sumpio BE. The Semmes Weinstein monofilament examination as a screening tool for diabetic peripheral neuropathy. J Vasc Surg 2009; 50:675-82.
- Rincón Y, Gil V, Pacheco J, Benítez I, Sánchez M. Evaluación y tratamiento del pie diabético. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. 2012 ; 10(3): 176-187.
- Pérez-Rodríguez MC, Cruz-Ortiz MI, Reyes-Laris P, Mendoza-Zapata JG, Hernández-Ibarra LE. Conocimientos y hábitos de cuidados: efecto de una intervención educativa para disminuir el riesgo de pie diabético. Cienc. enferm. 2015; 21(3): 23-36.

SEGUIMIENTO DE LA HERIDA POST-QUIRÚRGICA: APÓSITOS

MARÍA GÓMEZ RUIZ
ALMUDENA RODRÍGUEZ NAVARRO
ÁNGELES GÓMEZ RUIZ
ANTONIA JIMÉNEZ CAMPOS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- COMPLICIONES DE LA HERIDA QUIRÚRGICA
- SEGUIMIENTO DE LA HERIDA QUIRÚRGICA
- CONCLUSIÓN

INTRODUCCIÓN

Las heridas son lesiones abiertas caracterizadas por una pérdida integral o de la continuidad de la piel o las mucosas que se produce cuando un objeto o cuerpo físico con su fuerza supera la resistencia mecánica del tejido.

En este capítulo abordamos concretamente las heridas de tipo quirúrgico. Estas se definen como una interrupción de la integridad de la piel en el ámbito de intervención de un profesional sanitario guardando medidas de asepsia con objetivos terapéuticos y/o reparadores.

Las heridas quirúrgicas cicatrizan por sí mismas aunque hay factores locales y generales que van a afectar al proceso de cicatrización. Los profesionales sanitarios consideramos que dicho proceso ha finalizado cuando la cicatrización de la herida se ha resuelto satisfactoriamente al igual que las posibles complicaciones.

La buena cicatrización de una herida quirúrgica es un valor fundamental en el postoperatorio del paciente. Una curación rápida y sin complicaciones mejora el estado general del paciente, disminuye el dolor, acorta la estancia hospitalaria y ahorra costes sanitarios.

Según el grado de contaminación, las heridas quirúrgicas pueden ser limpias, limpias-contaminadas, contaminadas o sucias infectadas.

Hay que diferenciar entre una herida quirúrgica que se infecta en días posteriores a la intervención y las intervenciones quirúrgicas sucias o infectadas de entrada.

En la primera, la herida se sutura y la curación seria por “primera intención”, si no se produce infección.

En el caso de la herida sucia o infectada, se deja abierta y seria curación por “segunda intención”.

COMPLICACIONES DE LA HERIDA QUIRURGICA

Desde la antigüedad, el gran problema de la cirugía ha sido tratar a los pacientes con heridas infectadas y acelerar la cicatrización de esas lesiones.

Antes de los estudios de Louis Pasteur y de su aplicación práctica por Joseph Lister hace más de un siglo, casi todas las heridas se infectaban, con una mortalidad tan elevada que solía evitarse la programación de la intervención quirúrgica o restringirse a operaciones menores. El método antiséptico del segundo autor mencionado fue la materialización más brillante de las experiencias y descubrimiento del primero, en beneficio del éxito de la cirugía, puesto que ese tipo concreto de desinfección redujo notablemente el número de muerte durante el periodo pero operatorio y eliminó, de las salas hospitalarias, la terrible podredumbre nosocomial [6]

Actualmente podemos influir en el proceso de cicatrización de las heridas quirúrgicas y prevenir los problemas de infección y de cicatrización.
Sin embargo hay ciertos factores que van a influir en este proceso.

1. Locales:
   - Buen riego sanguíneo, a mayor irrigación mejor cicatrización.
   - La presencia de un hematoma dificulta la cicatrización y aumenta el riesgo de infección.
   - Las zonas irradiadas tardan más en cicatrizar.
   - El estrés mecánico aumenta tiempo de cicatrización.
   - El uso de apósitos específicos beneficia la cicatrización
   - La técnica empleada y material de sutura.
   - El tipo de herida que se sutura.

2. General:

-Edad, a mayor edad, mayor tiempo de cicatrización.

-Anemia.

-El uso de antiinflamatorios y citotóxicos retrasa la cicatrización.

-Hormonas, los problemas endocrinos influyen en la cicatrización.

-La infección sistémica afectara negativamente la cicatrización.

-Malnutrición.

Trauma e hipoxia; las lesiones asociadas a estos acontecimientos tardan más en cicatrizar [5]

Además existen una serie de factores de riesgo personales que influyen en dicho procesos, como la hipertensión, diabetes, hiperlipemias, problemas respiratorios o enfermedades subyacentes como el cáncer.
Si todos los factores se le suman a la presencia de la herida quirúrgica, se pueden dar una serie de complicaciones. La más importante es la infección de la herida.
Su importancia radica en las complicaciones asociadas que conlleva:

A nivel local: Dehiscencia de la sutura, abscesos, fistulas y celulitis.

A nivel sistémico: las septicemias que aumentan la morbimortalidad y el aumento de estancias hospitalarias.

SEGUIMIENO DE LA HERIDA POSTQUIRÚRGICA

La mayoría de las heridas quirúrgicas cierran por primera intención, pero cuando este tipo de heridas se infecta genera un elevado coste debido a su morbimortalidad [1].

Dentro de los cuidados rutinarios de las heridas quirúrgicas, el profesional sanitario necesita un control visual y, a veces, una manipulación directa para comprobar las posibles complicaciones de la cicatriz y tomar las medidas necesarias para resolverlas de forma precoz y rápida [2].

Una práctica habitual es cubrir la herida con un apósito con el fin de crear una barrera protectora frente a la contaminación.

El tradicional apósito de gasa y esparadrapo es el más utilizado para dicha práctica, sin embargo presenta una serie de inconvenientes a tener en cuenta:

1. No son impermeables.
2. No permiten visualización directa de la herida.
3. La gasa que contacta con la herida se puede adherir a la sutura.
4. Los adhesivos empleados en la sujeción del apósito pueden provocar eritemas, flictenas y dolor en la retirada.

Estos inconvenientes se traducen en un mayor riesgo de infección de la herida quirúrgica, un cambio frecuente del apósito, riesgo de infección de la piel que rodea la herida y coste económico más elevado.

Para que un apósito sea efectivo en una herida post-quirúrgica debe:

1. Permitir el intercambio gaseoso.
2. Que actúe como barrera ante los líquidos pero no ante el vapor de agua.
3. Que permita la monitorización de la herida.
4. Que sea de baja adherencia en la cicatriz para facilitar la retirada.
5. Que sea capaz de actuar como barrea ante la contaminación bacteriana.

En la actualidad, existen en el mercado nuevos apósitos postquirúrgicos interactivos que cumplen con ese objetivo[2]

Estos nuevos apósitos tienen un tiempo de permanencia sobre la herida mayor que los apósitos tradicionales, no obstante, no se han encontrado diferencias significativas respecto a la disminución de la infección en un caso u otro. Si que se ha observado un descenso en el coste del tratamiento en este tipo de heridas así como la disminución del tiempo de cuidados de enfermería dedicados a esta actividad. Luego no podemos afirmar que un apósito es mejor que otro en cuanto a su función como barrera protectora.

A pesar de que en la práctica los profesionales enfermeros solemos cubrir con un apósito las heridas postquirúrgicas, no existen pruebas de que cubrir este tipo de heridas que cicatrizan por primera intención reduzca la tasa de infección.

CONCLUSIÓN

Cada año se realizan millones de intervenciones quirúrgicas en todo el mundo, las heridas resultantes tienen diferente grado de contaminación, según la intervención que se haya realizado.

En este capítulo hemos abordado las heridas limpias que cicatrizan por “primera intención” y el papel que los apósitos juegan en el proceso de cicatrización.

A pesar de los avances en apósitos y el cambio en el material de los mismos, los más utilizados siguen siendo los apósitos tradicionales de gasa y esparadrapo. Además, no se ha demostrado una diferencia significativa en cuanto a la prevención de la infección entre apósitos tradicionales y los de material interactivo.

En cuanto a la economía, si que se ha visto que se ahorraría en material y en horas de cuidados de enfermería utilizando apósitos de nueva generación.
No obstante, no hay pruebas que señalen que cubriendo una herida postquirúrgica con un apósito u otro estemos previniendo la infección de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1.Paula Marcos Miriam, Vázquez Campo Miriam, Tizón Bouza Eva. ¿Es efectiva la aplicación de apósitos en las heridas quirúrgicas que cierran por primera intención para prevenir la infección?. Gerokomos [Internet]. 2015 Jun [citado 2016 Jun 12] ; 26(2): 73-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000200008&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000200008.

2.Garnica Goyanes Ana, Gil Lorenzo Carmen, Nieto Alonso Mónica, Ruiz López Aránzazu, Muñoz García Leticia, Torra i Bou Joan-Enric. Apósito posquirúrgico convencional frente a apósito interactivo transparente de cura en ambiente húmedo: evaluación comparativa piloto en pacientes quirúrgicos oncológicos. Gerokomos [Internet]. 2014 Mar [citado 2016 Jun 12] ; 25(1): 34-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100008&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100008.

3.Díaz Agero Pérez Cristina, Pita López M.José, Robustillo Rodela Ana, Figuerola Tejerina Angels, Monge Jodrá Vicente. Evaluación de la infección de herida quirúrgica en 14 hospitales de la Comunidad de Madrid: estudio de incidencia. Elsevier[Internet]. 2011 [Citado jun 2016 10]; 29(4):257-262. Disponible en: indicadoresclinicos.com/definitiva/documentacion/Evaluacion_de_la_infeccion_de_herida.pdf

4.Dumville Jo C, Walter Catherine J, Sharp Catherine A. Page Tamara. Apósitos para la prevención de la infección del sitio quirúrgico. Cochrane [Internet]. 2011 Jul [citado jun 2016 10]. Disponible en: http://www.cochrane.org/es/CD003091/apositos-para-la-prevencion-de-la-infeccion-del-sitio-quirurgico

5. Rodríguez Valiente Antonio, Segovia Gómez Teresa, Roldán Fidalgo Amaya, Bermejo Martínez Mariano, García Berrocal José Ramón. Elaboración de un protocolo para el manejo de la herida quirúrgica en cirugía de cabeza y cuello: una cura eficaz, efectiva y eficiente en pacientes laringectomizados. Gerokomos [Internet]. 2014 Jun [citado 2016 Jun 13] ; 25(2): 81-89. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200006&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200006.

6. Rodríguez Ramírez Rafael, González Tuero Jaime Humberto. Métodos alternativos para el tratamiento de pacientes con heridas infectadas. MEDISAN [Internet]. 2011 Abr [citado 2016 Jun 13] ; 15(4): 503-514. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000400015&lng=es.

SEPSIS GRAVE Y SHOCK SÉPTICO EN PACIENTE DE UCI

EVA CODINA DÍAZ

ÍNDICE

1. Epidemiología
2. Definiciones
3. Fuentes de infección
4. Factores de riesgo.
5. Diagnóstico.
6. Disfunciones orgánicas y manifestaciones clínicas.
7. Tratamiento.
8. Prevención.
9. Bibliografía.

1. EPIDEMIOLOGÍA

- Alrededor de **1/3** de los pacientes hospitalizados en centros de tercer nivel presentan en el momento del ingreso o desarrollan durante su estancia en el hospital un episodio de sepsis. De dicha prevalencia, más de un **50%** requiere atención en unidades de cuidados intensivos (UCI). Más de la mitad de estos pacientes sépticos desarrollarán sepsis grave y una cuarta parte desarrollarán shock séptico.
- En España se ha reportado una incidencia al año de 50.000 casos de sepsis grave y 15.000 de shock séptico.
- En los últimos años se ha producido un **aumento espectacular de su incidencia** (1.5% por año), esto es debido a:

- ✓ Una mayor sensibilidad en su diagnóstico, envejecimiento poblacional, aumento paciente con inmunosupresión, mayor uso de dispositivos invasivos y mayor número de microorganismos resistentes.

- La **mortalidad** de la sepsis grave se encuentra entorno al **28%** y el **50%** en el shock séptico. Esto supone 17.000 fallecimientos anuales en España y 1.400 muertes diarias en todo el mundo.
- La sepsis conlleva una importante **carga económica**, que se ha estimado que en España podría estar alrededor de los 500 millones de euros anuales.

2. DEFINICIONES

- La sepsis abarca un conjunto de situaciones clínicas provocadas por la respuesta sistémica del organismo ante una infección localizada (de origen bacteriano, viral, fúngico o parasitario).
  - **Sepsis grave**: evolución de la sepsis inicial, donde el paciente presenta: disfunción de uno o más órganos, acompañado de hipotensión o hipoperfusión tisular que puede incluir acidosis láctica, oliguria o alteración aguda del estatus mental.
  - **Shock Séptico**: se produce cuando existe hipotensión arterial refractaria a pesar de la administración de fluidoterapia, disfunción orgánica, hipoperfusión tisular y necesidad de administración de *fármacos vasoactivos*.

3. FUENTES DE INFECCIÓN

Más frecuentes:

- **Sepsis de origen respiratorio** (40%): neumonías.
- **Sepsis intraabdominal** (30%): peritonitis.
- **Sepsis urinaria** (10%): causada por *Escherichia coli* (95%).

Otros posibles focos de infección son:

- **Neurológico** (meningitis), **cardiaco** (endocarditis), **piel o partes blandas** (infección de heridas), **hueso o articulación**, por **infección de catéter intravascular** o infección de **origen desconocido.**

4. FACTORES DE RIESGO

- **Extremos de edad**. Pacientes >65 años son 13 veces más propensos.
- **Estados de inmunodeficiencia**:
  - Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, uso de fármacos citotóxicos e inmunosupresores, malnutrición, alcoholismo, enfermedades malignas, diabetes mellitus, pacientes trasplantados, asplenia, deficiencia en el complemento o de inmunoglobulinas, agranulocitosis.
- Incremento en la utilización de **procedimientos invasivos** en el manejo y diagnóstico de los pacientes.
- **Aumento de las resistencias de los microorganismos** a los antibióticos.

5. DIAGNÓSTICO

**¡Importante diagnóstico rápido, el tiempo cuenta!

Criterios Diagnósticos

1.- ¿Se puede demostrar la presencia de patógenos (bacterias, virus u hongos) en la sangre?

2.-¿Tiene el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)? Al menos debe presentar dos criterios:

- Fiebre (>38 °C) o hipotermia (<36 °C) .
- Taquicardia (> 90 lpm).
- Taquipnea (>20 rpm).
- Leucocitosis, leucopenia o al menos un 10% de formas inmaduras.

3.- ¿Se ven muy disminuidas las funciones de los órganos? Al menos un criterio debe ser cierto:

- Encefalopatía
- Trombocitopenia (causas distintas a un sangrado grave o por razones inmunológicas).
- Hipoxemia arterial (descartar enfermedades cardiacas o pulmonares).
- Disfunción renal.
- Acidosis metabólica.

Determinación de gravedad según criterios

Sepsis: si se cumplen puntos 1 y 2.

Sepsis grave: se cumplen los 3 puntos.

Shock séptico: cumplen los puntos 1 y 2 más PAS < 90 mmHg o PAM de 65 mmHg (al menos durante 1h).

6. DISFUNCIONES ORGÁNICAS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Valorar mediante **Escala de valoración de la disfunción orgánica secuencial (SOFA).

La sepsis evoluciona con frecuencia a la **disfunción multiorgánica**. El riesgo de muerte aumenta un **15 – 20%** por cada órgano disfuncionante. Las disfunciones orgánicas más comunes son:

- **D. Termorreguladora**: hipertermia o hipotermia.
- **D. Respiratoria**: taquipnea e hipoxemia. Cociente de PaO2/FiO2 <300mmHg. SDRA (+50%).
- **D. Cardiovascular**: taquicardia e hipotensión. Shock distributivo.

- **D. Metabólica**: acidosis láctica (>3mmol/l), hiperglucemia, etc.
- **D. Renal**: oliguria (diuresis<0,5ml/kg/h. por>2h).
- **D. Gastrointestinal**: íleo paralítico, disminución pH gastrointestinal y hemorragia digestiva por lesiones de stress.
- **D. Hepática**: aumento bilirrubina (>2mgr/dl), aunque no es frecuente el fallo hepático severo.
- **D. Hematológica**: leucocitosis (> 12.000/mm3) o leucopenia (< 4.000/mm3). Trombosis microvascular.
- **D. Neuromuscular y del SNC**: alteraciones del estado mental que van desde la confusión a incluso el estado de coma.

7. TRATAMIENTO

Medidas Generales

- Mantener la vía aérea permeable.
- *Vía venosa* periférica de calibre grueso o CVC.
- Realizar *pruebas complementarias*: hemocultivos, hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría arterial.
- Reposo absoluto.
- *Oxigenoterapia*. Para mantener saturaciones superiores al 92%. Intubación endotraqueal si :

  taquipnea > 30rpm, desaturación < 90% , encefalopatía o descenso del nivel de conciencia.
- *Monitorización* de las funciones vitales (horaria).

- *Balance hídrico* estricto. Diuresis horaria.
- Según el compromiso hemodinámico, suspender o no la *alimentación* oral.
- Abrir hoja de **APACHE II** para valorar gravedad.

*Monitorización

- **No Invasiva**: EKG, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, SatO2.
- **Invasiva** (pacientes en shock): PVC, PAP, GC, PAPO y SvO2.

- **Medidas específicas**

a) Resucitación Inicial (en las primeras 6 horas).

Empezar la resucitación inmediatamente en pacientes con hipotensión o lactato sérico elevado > 4 mmol/L. No retrasar la admisión a la UCI.

> **Metas de resucitación:** PVC 8-12 mmHg , PAM >= 65 mmHg , Gasto urinario >= 0.5mL/kg/hr
>
> Saturación de oxigeno venoso central >= 70%, o venoso mixta>= 65%.

b) Terapia antibiótica: dentro de la **primera hora** de reconocer una sepsis severa o un shock séptico.

c) Identificación y control del foco de infección: drenaje absceso, desbridamiento tejido, etc.

Medidas de resucitación

- **Fluidoterapia**: 500-1000 ml de cristaloides o 300-500 ml de coloides en 30 minutos y repetir según respuesta clínica.
- **Vasopresores** : la terapia se inicia cuando el reto de fluidos falla en restaurar la PA y la perfusión tisular.

  Se recomienda el uso de Noradrenalina frente a dopamina pues es más potente.
- **Proteína C activada:** no se han encontrado suficientes evidencias que recomienden su uso, además parece asociarse a un mayor riesgo de hemorragia.
- **Terapia Inotrópica:** se utiliza Dobutamina para mejorar el GC. Si hipotensión combinar con vasopresor.
- **Esteroides:** se recomienda la administración de Hidrocortisona (no dosis mayores de 300 mg/día) durante 7 días para mantener TA.

- **Administración de productos sanguíneos:** transfusión de glóbulos rojos con hemoglobina < 7.0 g/dL y en ausencia de enfermedad de arteria coronaria significativa, hemorragia aguda, o acidosis láctica. En pacientes con sepsis severa, las plaquetas deberían ser administradas cuando el recuento es < 5000/mm3.
- **Control Glicemia:** mantener la glucosa < 150 mg/dL. Estudios apoyan el uso de infusión continua de insulina y glucosa (medir al inicio cada 30/60 min y cada 4 h. una vez estabilizada).
- **Terapia con bicarbonato**: no se recomienda su uso para tratar la acidosis láctica.

8. PREVENCIÓN

Enfermería está en la mejor posición para prevenir o identificar signos tempranos de sepsis, y con ello de reducir su morbimortalidad.

Plan de prevención:

- **Educación sanitaria** a todos los miembros del equipo de la UCI.
- Asegurar el **adecuado estado de vacunación** del paciente.
- Prevenir **neumonías asociadas al ventilador**: buen lavado de manos, movilización del paciente, alimentación enteral temprana, higiene bucal (*protocolo Neumonía Zero).*

- **Cuidados de la piel**: desinfección, baño y buena hidratación.
- **Vigilancia de infecciones relacionadas al catéter**: inspeccionar lugar de inserción para observar signos de flebitis o infección. Respetar las normas de asepsia durante colocación y cuidado del catéter *(protocolo Bacteriemia Zero).*
- **Controlar las infecciones de origen urinario**, debidas en su mayoría al sondaje vesical. Realizaremos colocación lo más aséptica posible y unos buenos cuidados de mantenimiento, disminuyendo al máximo el tiempo de permanencia del catéter cuando ya no sea necesario.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Ángeles Gallegos RS. Prevención temprana por parte de enfermería de los signos de sepsis en la UTI adultos del Hospital Luis C. Lagomaggiore-Mendoza [Tesis]. Mendoza: Universidad de Mendoza. Facultad de Ciencias Médicas; 2009.
- De la Torre Prados, M.V.; Aguilera Aguilera, A.; Alcántara Bellón J.D.; Azcón González de Aguilar, M.P.; Buch Tome, P.A.; Callejas Pozo, J.E. et al. SEPSIS grave: proceso asistencial integrado. 1ª Ed. Junta de Andalucía, Consejería de salud, 2010.
- Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, Bion J, Parker MM, Jaeschke R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. Crit Care Med. 2008; 36: 296-327.

- Gandía Martínez F, Andaluz Ojeda D y Grupo de Trabajo Multidisciplinar en Código Sepsis. Proyecto hospitalario para un proceso asistencial integrado y multidisciplinar en la sepsis grave y shock séptico: Código Sepsis. Gest Eval Cost Sanit 2013; 14(4):635-49.
- Indira Briceño M.D. Sepsis: Etiología, Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico. Medicrit 2005; 2(9): 203–213.
- Inigo, J. et al. Epidemiología y costes de la sepsis grave en Madrid: Estudio de altas hospitalarias. Med. Intensiva [online]. 2006, vol.30, n.5, pp. 197-203. ISSN 0210-5691.
- Rodrigo Casanova MP, García Peña JM, Rodriguez V, Ortega M, L. Aguilera Celorrio L. Sepsis grave y shock séptico. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2007; 54: 484-498.

TERAPIAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL

GEMMA GARCÍA GUERRERO
AÍDA QUESADA GÓMEZ
Mª DOLORES GARCÍA MATEO

INDICE

1. DEFINICIÓN
2. INDICACIONES DE LAS TERAPIAS DE DEPURACIÓN EXTRACORPOREA CONTINUA
3. CONTRAINDICACIONES
4. BASES FISIOLÓGICAS
   - 4.1 DIFUSIÓN
   - 4.2 CONVECCIÓN
   - 4.3 ADSORCIÓN
5. COMPONENTES
   - 5.1 LINEA AFERENTE
   - 5.2 FLITRO
   - 5.3 LINEA DE ULTRAFILTRADO
   - 5.4 LINEA DE DIALISIS
   - 5.5 LINEA EFERENTE
   - 5.6 LINEA DE SUSTITUCION
   - 5.7 ACCESO VASCULAR

INDICE

6. ACCESO VASCULAR. MANIPULACIÓN
7. FILTRO. VIDA MEDIA
8. FLUIDOS
9. ULTRAFILTRACIÓN LENTA CONTINUA (SCUF)
10. HEMOFILTRACIÓN CONTINUA (CVVHF)
11. HEMODIÁLISIS CONTINUA (CVVHD)
12. HEMODIALFILTRACIÓN CONTINUA (CVVHDF)
13. CUIDADOS AL PACIENTE CON TCRR
14. BIBLIOGRAFÍA

1.DEFINICIÓN

- Intentan sustituir la función renal alterada (reemplazo del filtrado glomerular)

- No sustituirán nunca las funciones endocrinas, metabólicas o tubular del riñón.

- Se basan en comunicar sangre y un líquido determinado a través de una membrana semipermeable para modificar la composición de ambos mediante mecanismos de trasporte de solutos.

2. INDICACIONES DE LAS TERAPIAS DE DEPURACIÓN EXTRACORPOREA CONTINUA

A. Insuficiencia Renal Aguda del paciente crítico.

B. Indicaciones “no renales”:

- Hipervolemia con o sin insuficiencia renal.
- Shock séptico.
- Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto
- Síndrome de disfunción multiorgánica y aclaramiento de citokinas.
- Intoxicaciones (N-acetil procainamida y litio).
- Alteraciones Electrolíticas, acidosis láctica, tratamiento hipertermia.

3. CONTRAINDICACIONES

- No recuperables según los clínicos responsables.
- Proceso agudo que no mejora y presenta fallo de cinco o más órganos.
- Patología de base en fase terminal.
- Enfermos en los que se adoptan medidas de confort.

4. BASES FISIOLÓGICAS

La eliminación de sustancias sanguíneas mediante cualquier procedimiento dialítico se basa en tres mecanismos:

- Difusión.
- Convección.
- Adsorción. Eliminación de mediadores.

4.1 DIFUSIÓN

Los solutos pasan a través de la membrana por "gradiente de concentración".

De la solución de mayor concentración a la menor.

4.2 CONVECCIÓN

- Trasferencia activa por empuje, “gradiente de presión”. Pasa líquidos hacia el lado de menor presión, arrastrando solutos. Ultrafiltración.

4.3 ADSORCIÓN

- Adherencia molecular en la cara interna de la membrana.

- Partículas grandes que no pasan, quedándose adheridas al filtro.

5.COMPONENTES

5.1 LINEA AFERENTE

- Conduce sangre desde el catéter hasta el filtro.
- Previa a la bomba de sangre dispone de una entrada de fluidoterapia y una toma de TA o entrada.
- A la salida de la bomba de sangre debe tener un acceso para conectar la anticoagulación y otro acceso para la posible reinfusión prefiltro.

5.2 FILTRO

- Debe estar compuesto por membranas:

  - Biocompatibles.
  - De alta permeabilidad.
  - De baja resistencia.
  - Idealmente, con capacidad de adsorción de sustancias que se deseen depurar.

- La membrana se dispone en capilares porosos.

5.3 LINEA DE ULTRAFILTRADO

- También llamada de efluente ya que puede contener también líquido de diálisis.
- Esta línea sale del orificio lateral del filtro próximo a la conexión aferente.
- Debe presentar un sistema de presión de efluente y un segmento destinado a un detector de fugas.

5.4 LÍNEA DE DIÁLISIS

- Conecta el líquido de diálisis con el orificio lateral próximo a la conexión eferente del filtro, previo paso por una bomba de diálisis para determinar el flujo deseado.

- Existe una balanza de líquido de diálisis, para lograr un correcto balance horario

5.5 LINEA EFERENTE

- Conduce la sangre desde el filtro hasta su retorno al paciente.

- Puede presentar una cámara de expansión (atrapa burbujas), permite la infusión de líquido de sustitución postfiltro y posee una salida para conectar a un sensor de presión venosa de retorno.

5.6 LINEA DE SUSTITUCIÓN

- Conduce el líquido de sustitución al acceso seleccionado, bien en la línea de entrada roja (reposición prefiltro o predilución) o en la de retorno (reposición postfiltro o postdilución) o bien ambas a la vez.

- La línea pasa por una bomba de sustitución.

- Balanza de liquido para el control horario.

5.7 ACCESO VASCULAR

- Catéter de doble luz intravascular.

- Características ideales:

  - Biocompatibles.
  - Buen calibre (hasta 14 French).
  - Longitud variables, hasta 25 cm.
  - Flexible pero con rigidez para no acodarse.
  - Presentar extremos pinzables y baja trombogenicidad.

6. ACCESO VASCULAR. MANIPULACIÓN

- Uso exclusivo. Si no está en uso, heparinizar, marcando en el apósito fecha, hora y dosis.
- En cada conexión, desconexión lavar con suero.
- Control periódico de flujo y posibles signos de infección
- Cultivo de punta tras su retirada, según protocolo de la unidad.

7. FILTRO. VIDA MEDIA

- Puede mantenerse sin problemas 48-72 horas.
- El fabricante aconseja no sobrepasar las 72h.
- Para la eliminación de mediadores en pacientes sépticos, se recomienda no superar las 12h.
- Para la depuración renal: máximo 24 horas.

8.FLUIDOS

Puede ser el mismo para reposición y diálisis.

Las soluciones deben ser estériles:

- **Bicarbonato**: en intolerancia al lactato (insuficiencia hepática).
- **Lactato** .

9. ULTRAFILTRACIÓN LENTA CONTINUA (SCUF)

- Cuando no se necesita reemplazo renal.
- Proporciona una extracción de líquido al paciente mediante ultrafiltración (convección).
- Para sobrecarga de líquido, edema pulmonar, insuficiencia cardíaca.
- Objetivo: eliminar liquido sobrante.

10. HEMOFILTRACIÓN CONTINUA (CVVHF)

- Proporciona un aclaramiento de **solutos**, de peso molecular **mediano y grande** mediante la **convección**.

- Membranas muy permeables al agua. Filtro de alta permeabilidad.

- Arrastra solutos usando la solución de reinfusión. Requiere reposición de líquidos.

- Puede extraer líquido al paciente si se desea.

11. HEMODIÁLISIS CONTINUA (CVVHD)

- Proporciona un aclaramiento de solutos de peso molecular **pequeño** por **difusión.**
- Remueve los solutos usando dializante.
- Puede extraer líquido si se desea.
- Usamos filtros con membranas de baja permeabilidad.

12. HEMODIALFILTRACIÓN CONTINUA (CVVHDF)

- Es la **combinación** de los dos tratamientos **(HFC y HDC)** para optimizar sus propiedades.

- Proporciona un aclaramiento de solutos, de peso molecular pequeño, mediano y grande.

- Por convección como por difusión.

- Se puede extraer líquido si se desea.

13.CUIDADOS AL PACIENTE CON TCRR

- Monitorización del paciente.
- Cuidados del catéter intravascular.
- Riguroso control de la temperatura.
- Balance hídrico.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pendón Nieto Mª Elena. Técnicas continuas de reemplazo renal. [Disponible en internet] http://issuu.com/formacionaxarquia/docs/t_cnicas_continuas_de_reemplazo_renal
- Gainza FJ, Urbizu JM. Accesos vasculares, membranas y anticoagulación extracorpórea para técnicas continuas intermitentes en UCI. En Poch E, Liaño F, Gainza FJ, editores. Manejo de la disfunción aguda del riñón del paciente crítico en la práctica clínica. Barcelona: Ergón;2011.55-68

- Romero García M, Cueva L, Delgado P. Actualización en técnicas continuas de reemplazo renal. Universidad de Barcelona 2013.
- Técnicas continuas de depuración extracorpórea. Monitor Prismaflex. Hospal. [Disponible en internet] http://chguv.san.gva.es/Inicio/ServiciosSalud/ServiciosHospitalarios/AnestRea/Documents/VILLARO_IRC_cuidados_criticos_130207_doc02.pdf

Tipos de heridas y sus cuidados

Esther-Mª Moreno Buendía

ÍNDICE

- Definición de herida
- Primeros auxilios en cortes
- Cuidado de quemaduras
- Primeros auxilios de contusiones graves
- Heridas por abrasión de asfalto
- Esguinces
- Bibliografía

Definición de Herida

- Según la RAE: De *herir.*

1. f. Perforación o desgarramiento en algún lugar de un cu erpo vivo.

2. f. Golpe de las armas blancas al herir con ellas

3. f. Ofensa, agravio.

4. f. Aquello que aflige y atormenta el ánimo.

- Lesión que produce una solución o pérdida de continuidad en la piel provocada por un traumatismo; se clasifica su gravedad según su extensión, profundidad, localización, suciedad, etc.(1)

Primeros auxilios en cortes

- Si sangra, hay que detener la hemorragia presionando levemente sobre la lesión con una gasa o tela limpia y si es posible, poner la herida en alto.
- Limpiar la herida con agua (no con jabón si además es reciente) usa jabón para limpiar los bordes. No es necesario el peróxido de yodo.
- A continuación se puede aplicar una fina capa de antibiótico que evitará posibles infecciones.
- Los vendajes pueden mantener limpia la herida. Cuando se haya curado lo suficiente, se puede quitar el vendaje.
- Es aconsejable cambiar el vendaje cada día, si se moja o se ensucia.(2)

Cuidado de quemaduras

- El pronóstico depende de la superficie afectada, del agente casual y de la profundidad.
- Etiología de la quemadura: líquido caliente, llama, sólido caliente, electricidad, productos químicos, frío, radiación
- 1º Grado, se caracterizan por: eritema o enrojecimiento cutáneo, son dolorosas, no forman ampollas, curación espontánea en 5 días y no producen secuelas permanentes en la piel.
- 2º Grado: hay ampollas intactas, dolorosas, el folículo piloso conservado, remisión en 8-10 días y posibilidad de despigmentación cutánea o discromía.

Cuidado de quemaduras

- 3º Grado: Indolora, Blanquecina, amarilla o marrón oscuro, Apergaminada y correosa, vasos trombosados, tratamiento quirúrgico obligado, puede requerir amputación, secuelas importantes.

Sólo nos centraremos en la de primer grado.

Primero hay que limpiar la herida con agua del grifo, agua hervida, agua destilada o suero salino a temperatura ambiente. Luego hay que secar la piel sin frotar la lesión. Es importante no aplicar agua muy fría o helada.

Es importante hidratar la piel para restaurar la humedad. Las sustancias empleadas podrán aplicarse en forma de cremas, emulsiones o geles y deben contener glicerina, propilenglicol, sorbitol, urea, ceras, vitaminas liposolubles (Vit A, y E) y colágeno.(3)

Primeros auxilios en contusiones

- Se reconocen por la aparición del hematoma o colección líquida de sangre (en forma de relieve), En las contusiones graves la afectación del tejido subyacente puede afectar a músculos, nervios, huesos, etc.
- Síntomas: Dolor manifiesto o muy intenso. Inflamación evidente. Posible impotencia funcional o aumento intenso del dolor ante la movilidad.
- Actuación: Como norma general cabe destacar que la actuación ante las contusiones va encaminada hacia la aplicación de frío (compresas, hielo...) y reposo de la zona afectada. (4)

Heridas por abrasión de asfalto

- Suelen ser heridas sucias con material incrustado, esto y la profundidad van a determinar su evolución.
- Para estos casos es mejor el uso del sulfadiazina argéntica pues facilita la salida del material incrustado al reblandecer el tejido y además da cobertura a un amplio espectro antibacteriano.
- Se recomendará básicamente: **hidratación y protección solar en fases recientes** y/o apósitos reductores de cicatrices, que aplicados adecuadamente, previenen en un alto porcentaje la aparición de cicatrización patológica. En casos más leves, una crema hidratante a base de **aceite de rosa mosqueta**, siempre te va a beneficiar. (5)

Esguinces

- En primer lugar, hay que dejar en reposo la articulación en la que se ha producido el esguince.
- Se aplica hielo en la zona afecta mientras se mantiene en alto la articulación para colocar más adelante un vendaje.
- Compresión mediante VENDAJE ELÁSTICO con tensión firme y uniforme, para mejorar el proceso inflamatorio y evitar la movilización articular, mediante la siguiente técnica:

Esguince

- Colocación de venda de algodón para evitar lesionar la piel, manteniendo la articulación en posición anatómica, evitando deformidades y contracturas posteriores. Evitar arrugas, sobre todo en zonas articulares y de apoyo.
- Colocación de venda desde la localización más distal de la extremidad afecta hacia la más proximal, favoreciendo el retorno venoso.
  - Sujetar el vendaje fijando la venda con esparadrapo.
  - Revisar el vendaje cada 4 o 6 días y sustituirlo por otro si precisa.

Esguince

Una vez desaparecida la inflamación, sustituimos el vendaje compresivo por otro VENDAJE FUNCIONAL. La técnica de aplicación será la siguiente:

- Posición anatómica de la articulación para prevenir deformidades y contracturas.
- Evitar arrugas, sobre todo en zonas articulares y de apoyo.
- Se realiza una limpieza de la piel.
- Colocar los anclajes que sujetarán el vendaje: uno distal a la lesión y otro proximal, sin formar círculos completos que cierren la extremidad.

Esguince

- Colocar las tiras activas aplicando la tensión deseada mediante una longitud y tensión adecuadas, sin superar nunca la extensión de los anclajes. Se trata de 2 a 4 tiras superpuestas. De esta forma se bloquean los movimientos que producen o empeoran la lesión. (6)

BIBLIOGRAFÍA

1) http://dicciomed.eusal.es/palabra/herida
2) http://primerosauxilios.org.es/cortes
3) Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf
4) http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/501a600/ntp_568.pdf
5) http://enfermera.io/heridas-por-abrasion-de-asfalto/
6) http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3662/1/Plan-de-cuidados-de-Enfermeria-en-esguinces-articulares.html

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

YACOBIS CERVANTES, TAMARA RAFAELA

Índice

1. Definición
2. Clasificación
3. Anorexia Nerviosa
   - 3.1. Criterios diagnósticos según DSM-5
   - 3.2. Características diagnósticas
   - 3.3. Características asociadas que apoyan el diagnóstico
   - 3.4. Marcadores diagnósticos
   - 3.5. Desarrollo y curso
4. Bulimia Nerviosa
   - 4.1. Criterios diagnósticos según DSM-5
   - 4.2. Características diagnósticas
   - 4.3. Características asociadas que apoyan el diagnóstico
   - 4.4. Marcadores diagnósticos
   - 4.5. Desarrollo y curso

Índice

5. Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado

5.1. Criterios diagnósticos

6. Incidencia y prevalencia de los Trastornos de la conducta alimentaria

7. Etiología de los Trastornos de la conducta alimentaria

Bibliografía

1. Definición

Los **Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)** son enfermedades mentales que se caracterizan por una persistente y severa alteración de las actitudes y comportamientos hacia la comida. Se definen por una intensa preocupación por la apariencia física y engordar, acompañado de medidas extremas como la restricción de alimentos y las purgas para controlar el peso corporal.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de enfermedades mentales 5ª edición (DSM-5) recoge actualmente como los tres TCA principales la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), y el TCA no especificado (TCANE) (American Psychiatric Association, 2014).

2. Clasificación

Cuando existe una alteración de la conducta alimentaria que persiste durante un tiempo, surgen los TCA. Atendiendo a los síntomas y signos que presentan, se clasifican en distintos tipos. Actualmente existen dos manuales internacionales que se utilizan en el diagnóstico de estos trastornos:

- ***La Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10)*** (1992), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- ***El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición (DSM-5)*** (2014), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Actualmente es el que más se utiliza, ya que es el más actualizado.

2. Clasificación

El DSM-5 incluye dentro de los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos las siguientes enfermedades mentales:

Pica, Trastorno de rumiación, Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno de atracones, Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado y Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado (TCANE).

Este capítulo se centra en los tres TCA principales: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

3. Anorexia Nerviosa

3. 1. Criterios diagnósticos según DSM-5

Criterio A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. El término "peso significativamente bajo" se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

Criterio B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

Criterio C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

3. 1. Criterios diagnósticos según DSM-5

Especificar subtipo de la Anorexia Nerviosa:

- **Tipo restrictivo**: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- **Tipo con atracones/purgas**: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones, purgas o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos y enemas. Algunos individuos con este subtipo de anorexia nerviosa no se atracan de comida, pero se purgan regularmente después de consumir pequeñas cantidades de alimentos.

El intercambio entre subtipos durante el curso del trastorno es frecuente. La descripción del subtipo se debe utilizar para describir los síntomas actuales más que para describir un curso longitudinal.

3. 1. Criterios diagnósticos según DSM-5

Especificar situación actual de la Anorexia Nerviosa:

- **En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo), no se ha cumplido durante un período continuado de tiempo, pero aún se cumple el criterio B (miedo a aumentar de peso o a engordar, comportamiento que interfiere en el aumento de peso), o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).
- **En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

3. 1. Criterios diagnósticos según DSM-5

Especificar la gravedad actual de la Anorexia Nerviosa:

La gravedad se basa en el IMC en los adultos, o en niños y adolescentes, en el percentil de IMC. Los límites del IMC derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el peso corporal en adultos. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

$$\text{Índice de Masa Corporal (IMC)} = \frac{peso\ en\ kg}{altura\ en\ metros^2} = \text{X kg/m}^2$$

- **Anorexia nerviosa leve:** IMC ≥ 17kg/m^2
- **Anorexia nerviosa moderada:** IMC entre 16-16.99 kg/m^2
- **Anorexia nerviosa grave:** IMC entre 15-15.99 kg/m^2
- **Anorexia nerviosa extrema:** IMC < 15 kg/m^2

3.2 Características diagnósticas

El peso corporal de los individuos a menudo cumple el **Criterio A** (peso significativamente bajo), después de una pérdida significativa de peso, pero en los niños y adolescentes se puede observar que no se gana el peso esperado o no se mantiene el curso del desarrollo normal (mientras crece en estatura) en lugar de apreciarse una pérdida de peso.

Los individuos con este trastorno suelen tener miedo intenso a ganar peso o engordar (**Criterio B**). Este miedo no se alivia por lo general con la pérdida de peso. De hecho, la preocupación por ganar peso puede aumentar incluso cuando se pierde. Los individuos más jóvenes con anorexia nerviosa, así como algunos adultos, pueden no reconocer este síntoma. En ausencia de otra explicación para un peso significativamente bajo, para establecer el Criterio B se pueden usar las conclusiones a las que llega el facultativo a partir de la historia clínica, los datos observacionales, los hallazgos físicos y de laboratorio o el curso longitudinal, que serían indicativas del miedo a ganar peso o de comportamientos persistentes para impedirlo.

3.2 Características diagnósticas

La percepción y la importancia del peso corporal y la constitución están distorsionadas (**Criterio C**). Algunas personas sienten que tienen sobrepeso en general. Otras se dan cuenta de que están delgadas, pero les preocupan algunas partes de su cuerpo, particularmente el abdomen, las nalgas y los muslos, están "demasiado gordos". Pueden emplear diferentes técnicas para valorar la talla o el peso corporal, como pesarse con frecuencia, medir obsesivamente partes del cuerpo y usar insistentemente el espejo para comprobar zonas de "grasa". La autoestima de los individuos con este trastorno depende mucho de cómo perciben su peso y su constitución corporal. La pérdida de peso se ve a menudo como un logro impresionante y un signo de extraordinaria autodisciplina, mientras que el aumento de peso se percibe como un fracaso inaceptable del autocontrol. Aunque algunos individuos con este trastorno pueden admitir que están delgados, no suelen reconocen las graves consecuencias médicas de su estado de desnutrición.

3.2 Características diagnósticas

Es común que el individuo sea llevado a la consulta del profesional por los miembros de su familia después de una marcada pérdida de peso o de no ganar el peso esperado. Si los individuos buscan ayuda por su cuenta, se debe normalmente al malestar asociado a las secuelas somáticas y psicológicas del hambre. Es raro que un individuo con anorexia nerviosa se queje de la pérdida de peso en sí. De hecho, frecuentemente no tienen un concepto claro del problema o lo niegan. En consecuencia, suele ser importante obtener información de los miembros de la familia o de otras fuentes para evaluar los antecedentes de la pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

3.3 Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La semihambre de la anorexia nerviosa y los comportamientos de purga que a veces se asocian a la misma pueden llevar a desarrollar afecciones médicas que pueden suponer una amenaza para la vida. El compromiso nutricional asociado a este trastorno afecta a la mayor parte de los sistemas orgánicos principales y puede producir varias alteraciones. Entre las alteraciones fisiológicas se encuentra la **amenorrea**, y son frecuentes las **anomalías de las constantes vitales**. Aunque la mayoría de las alteraciones fisiológicas asociadas a la malnutrición son reversibles mediante la rehabilitación nutricional, algunas, como la **pérdida de densidad mineral ósea**, a menudo no lo son completamente. Comportamientos como el vómito autoprovocado y la utilización incorrecta de laxantes, diuréticos y enemas pueden causar alteraciones que generan resultados analíticos anormales. Sin embargo, algunos individuos con anorexia nerviosa no presentan alteraciones en las pruebas de laboratorio.

3.3 Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Muchas personas con este trastorno presentan **signos y síntomas depresivos**, como ánimo deprimido, aislamiento social, irritabilidad, insomnio y disminución de interés por el sexo, cuando tienen un peso muy bajo.

Los **síntomas obsesivo-compulsivos**, estén o no relacionados con la alimentación, son a menudo destacados. La mayoría de los individuos con anorexia nerviosa están preocupados con pensamientos sobre la comida. Algunos acumulan recetas y comida.

Si los individuos con anorexia nerviosa muestran obsesiones y compulsiones no relacionadas con los alimentos, la constitución corporal o el peso, se podría justificar un diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

3.3. Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Otras características que a veces se asocian con la anorexia nerviosa son la preocupación por comer en público, la sensación de ineficacia, un fuerte deseo de controlar lo que les rodea, el pensamiento inflexible, una espontaneidad social limitada y una contención excesiva de la expresión emocional.

En comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, los que presentan con atracones o purgas tienen niveles superiores de impulsividad y son más propensos a abusar del alcohol y de otras drogas.

Los individuos con anorexia nerviosa pueden **usar incorrectamente medicamentos** alterando las dosis **para perder peso o evitar ganarlo**. Los individuos con diabetes mellitus pueden omitir o reducir las dosis de insulina para minimizar el metabolismo de los carbohidratos.

3.4. Marcadores diagnósticos

En la anorexia nerviosa se pueden observar diferentes **anomalías en las pruebas de laboratorio y otras pruebas**. Su presencia puede servir para aumentar la fiabilidad del diagnóstico:

Hematología: Leucopenia, con pérdida de todo tipo de células, aunque es común linfocitosis aparente. Puede haber anemia leve, así como trombocitopenia, y rara vez, problemas hemorrágicos.

Bioquímica sérica: La deshidratación se puede evidenciar por un nivel elevado de nitrógeno ureico en sangre. Es frecuente la hipercolesterolemia. Los niveles de enzimas hepáticas pueden estar elevados. Ocasionalmente se observa hipomagnesemia, hipozinquemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia. El vómito autoprovocado puede producir una alcalosis metabólica con aumento del bicarbonato sérico, hipocloremia e hipopotasemia. El consumo excesivo de laxantes puede provocar acidosis metabólica leve.

3.4. Marcadores diagnósticos

Endocrino: Los niveles de tiroxina (T4) en suero están normalmente en un nivel normal-bajo. Los niveles de triyodotironina (T3) están disminuidos, mientras que los niveles de T3 inversa están elevados. Las mujeres presentan niveles bajos de estrógenos en suero, mientras que los hombres presentan niveles séricos bajos de testosterona.

Electrocardiograma: La bradicardia sinusal es común y en raras ocasiones se detectan arritmias. En algunos individuos se ha observado una prolongación significativa del intervalo QTc.

Masa ósea: Tras realizar una densitometría ósea, a menudo se observa una baja densidad mineral ósea, con áreas específicas de osteopenia y osteoporosis. El riesgo de fractura es elevado.

Gasto energético en reposo: A menudo se encuentra disminuido.

3.4. Marcadores diagnósticos

Signos físicos y síntomas: La amenorrea suele estar presente y parece ser un indicador de disfunción fisiológica. Es generalmente consecuencia de la pérdida de peso, aunque en algunos individuos, puede precederla. En las niñas prepúberes la menarquia se puede retrasar. Además, puede haber quejas de estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y exceso de energía.

El hallazgo más característico de la exploración física es la emaciación (pérdida involuntaria de más del 10% de peso, particularmente de masa muscular, acompañado de diarrea o debilidad). Suelen presentar hipotensión, hipotermia y bradicardia significativas. Algunos individuos presentan lanugo (presencia de vello corporal fino y suave). Otros presentan edema periférico, especialmente durante la recuperación del peso o con el cese del abuso de laxantes y diuréticos. Algunos individuos muestran color amarillento en la piel, asociado a hipercarotenemia. Los individuos que se autoprovocan el vómito, pueden tener hipertrofia de las glándulas salivares, particularmente de las parótidas, así como erosión del esmalte dental. En ocasiones se presentan cicatrices o callos en la superficie dorsal de la mano por el contacto repetido con los dientes mientras se provocan el vómito.

3.5. Desarrollo y curso

Suele comenzar durante la **adolescencia o la edad adulta temprana**. Rara vez empieza antes de la pubertad o después de los 40 años, aunque se han descrito casos de inicio tanto temprano como tardío.

El inicio de este trastorno se suele asociar a un **acontecimiento vital estresante**, como dejar el hogar familiar para ir a la universidad. El curso y el desenlace de la anorexia nerviosa son muy variables. Las personas más jóvenes pueden manifestar características atípicas, como “el miedo a estar gordo”.

En los individuos de mayor edad es más probable que la enfermedad tenga una mayor duración y la clínica pueda contar con más signos y síntomas propios de un trastorno de larga duración.

3.5. Desarrollo y curso

Muchas personas tienen un período de cambio en su conducta alimentaria antes de que se cumplan todos los criterios para diagnosticar un trastorno. Algunos individuos con anorexia nerviosa se recuperan completamente después de un solo episodio, otros muestran un patrón fluctuante de aumento de peso seguido de una recaída y otros presentan un curso crónico durante muchos años. Podría ser necesaria la hospitalización para recuperar el peso y solucionar las complicaciones médicas. **La mayoría de los individuos con anorexia nerviosa presentan una remisión a los 5 años del comienzo de la enfermedad**. Entre los individuos ingresados en hospitales, las tasas de remisión total pueden ser menores. La tasa bruta de mortalidad (TBM) de la anorexia nerviosa es de aproximadamente un 5% por década. La muerte se suele producir por las complicaciones médicas asociadas a la propia enfermedad, o por el suicidio.

4. Bulimia Nerviosa

4.1. Criterios diagnósticos según DSM-5

Criterio A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.

Criterio B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el. aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Criterio C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses

Criterio D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

Criterio E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa

4.1. Criterios diagnósticos según DSM-5

Especificar situación actual de la Bulimia nerviosa:

- **En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

- **En remisión total**: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

4.1. Criterios diagnósticos según DSM-5

Especificar gravedad actual de la Bulimia nerviosa:

La gravedad se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- **Bulimia nerviosa leve:** Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- **Bulimia nerviosa moderada:** Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- **Bulimia nerviosa grave:** Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- **Bulimia nerviosa extrema:** Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

4.2. Características diagnósticas

Para realizar el diagnóstico, **los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados deben producirse una media de al menos una vez a la semana durante 3 meses (Criterio C).**

Un "episodio de atracón" se define como la ingestión, en un período determinado de tiempo, de una **cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en circunstancias parecidas (Criterio A1).** El contexto en el cual se produce la ingesta puede condicionar la valoración del clínico acerca de si ésta es excesiva. Por ejemplo, cantidad de alimentos que sería considerada excesiva en una comida habitual podría considerar normal durante la comida de una celebración o una festividad.

4.2. Características diagnósticas

La expresión "período de tiempo determinado" se refiere a un período delimitado, generalmente inferior a 2 horas. Un único episodio de atracón no se limita necesariamente a un único entorno. Por ejemplo, un individuó puede empezar un atracón en un restaurante para después continuar comiendo al llegar a casa. Picar comida continuamente en pequeñas cantidades durante el día no se consideraría un atracón.

La existencia del consumo excesivo de alimentos debe acompañarse de una sensación de falta control (Criterio A2) para poder considerarlo un episodio de atracón. Un indicador de la pérdida de control es la incapacidad para contenerse y no comer, o para parar de comer una vez que se ha empezado. Algunos individuos describen características disociativas durante o después de los episodios de atracones.

4.2. Características diagnósticas

Él deterioro del control relacionado con los **atracones** puede no ser absoluto. Por ejemplo, un individuo puede continuar atracándose mientras suena el teléfono, pero puede parar si un compañero de habitación o su cónyuge entran de forma inesperada en la estancia. Algunos individuos explican que sus episodios de atracones ya no se caracterizan por una sensación intensa de pérdida de control, sino más bien por un patrón generalizado de ingestión incontrolada. Si los individuos declaran que han dejado de esforzarse por controlar su ingesta, se debería considerar que presentan pérdida de control. **En algunos casos, los atracones también se pueden planificar.**

El tipo de alimento consumido durante los atracones. Los atracones parecen caracterizarse más por una alteración de la cantidad de alimentos consumidos que por el deseo de un nutriente específico. **Durante los atracones, los individuos tienden a comer alimentos que, en otras circunstancias, evitarían.**

4.2. Características diagnósticas

Los individuos con bulimia nerviosa **se sienten avergonzados de sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas**. Los atracones suelen producirse a escondidas o lo más discretamente posible. Los atracones a menudo continúan hasta que el individuo se siente incómodo o incluso dolorido, lleno. **El antecedente más frecuente de los atracones es el sentimiento negativo.** Otros desencadenantes son los factores estresantes interpersonales, la restricción de la dieta, los sentimientos negativos acerca del peso corporal, la constitución corporal y los alimentos, y el aburrimiento. Los atracones pueden minimizar o mitigar los factores que precipitaron el episodio a corto plazo, pero a menudo tienen consecuencias a largo plazo, como la autoevaluación negativa y la disforia.

4.2. Características diagnósticas

Otra característica fundamental de la bulimia nerviosa es el **uso recurrente de comportamientos compensatorios inapropiados para prevenir el aumento de peso, conocidos generalmente como comportamientos de purga o purgas (Criterio B).** Muchos individuos con bulimia nerviosa emplean varios métodos para compensar los atracones. **Vomitar es el comportamiento compensatorio inapropiado más frecuente**. Entre los efectos inmediatos de vomitar se encuentran el alivio del malestar físico y la reducción del miedo, a ganar peso.

En algunos casos, vomitar es una finalidad en sí misma y el individuo se atracará con el fin de vomitar, o vomitará después de ingerir una pequeña cantidad de comida. Otro comportamiento de purga es la utilización incorrecta de laxantes y diuréticos.

4.2. Características diagnósticas

Pueden **ayunar uno o más días, o realizar ejercicio excesivo para intentar evitar el aumento de peso**. El ejercicio se puede considerar excesivo cuando interfiere de un modo significativo con otras actividades importantes, cuando se realiza en momentos o en lugares inapropiados, o cuando se continúa haciendo a pesar de alguna lesión o a pesar de otras complicaciones médicas.

Las personas con bulimia nerviosa le conceden una **importancia excesiva al peso** o a la constitución corporal en su autoevaluación, y estos factores son, por lo general, **extremadamente importantes para determinar su autoestima (Criterio D).** Los individuos con este trastorno pueden parecerse mucho a los que sufren anorexia nerviosa por su miedo a ganar peso, por su deseo de perder peso y por el grado de insatisfacción con sus cuerpos. Sin embargo, no se debería hacer un diagnóstico de bulimia nerviosa si el trastorno se produce solamente durante episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).

4.3. Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Normalmente se encuentran dentro del rango de peso normal o tienen sobrepeso, es decir, con un IMC > 18,5 y < 30 en los adultos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016) establece la siguiente clasificación sobre el IMC:

- IMC < 18.5 kg/m^2 **Peso insuficiente**
- IMC entre 18.5 – 24.9 kg/m^2 **Peso normal**
- IMC entre 25 – 29.9 kg/m^2 **Sobrepeso**
- IMC entre 30 – 34.9 kg/m^2 **Obesidad tipo I**
- IMC entre 35 – 39.9 kg/m^2 **Obesidad tipo II**
- IMC ≥ 40 kg/m^2 **Obesidad tipo III**

4.3. Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Entre los atracones, los individuos suelen restringir su consumo total de calorías y preferentemente eligen los alimentos menos calóricos, "de régimen", y evitan los alimentos que perciben que pueden engordar o que probablemente puedan desencadenar un atracón.

Las irregularidades menstruales o la amenorrea se producen a menudo en las mujeres con bulimia nerviosa, aunque no está claro si dichas alteraciones se relacionan con las fluctuaciones del peso, con las deficiencias nutricionales o con el malestar emocional.

Se producen alteraciones hidroelectrolíticas a consecuencia de los comportamientos de purga. Entre las complicaciones raras, aunque potencialmente mortales, se incluyen los desgarros esofágicos, la perforación gástrica y las arritmias

4.4. Marcadores diagnósticos

En la actualidad no existe ninguna prueba diagnóstica específica para la bulimia nerviosa. Sin embargo, se pueden producir varias anomalías en los resultados de laboratorio como consecuencia de las purgas que pueden aumentar la seguridad del diagnóstico:

Anomalías hidroelectrolíticas: Hipopotasemia (que puede provocar arritmias cardíacas), hipocloremia e hiponatremia. La pérdida de ácido gástrico a través del vómito puede producir una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), y la inducción de la diarrea o la deshidratación por el abuso de laxantes y diuréticos puede causar una acidosis metabólica. Algunos individuos con bulimia nerviosa presentan niveles moderadamente elevados de amilasa en el suero, lo que probablemente refleja un incremento de la isoenzima salival.

4.4. Marcadores diagnósticos

Exploración física: No suele revelar problemas físicos. Sin embargo, una inspección bucal puede revelar una pérdida permanente y significativa del esmalte dental, especialmente en la superficie lingual de los dientes frontales, debido a los vómitos recurrentes. Estos dientes pueden llegar a estar astillados y parecer irregulares. También puede aumentar la frecuencia de caries dentales. En algunos individuos, las glándulas salivales, particularmente las glándulas parótidas, pueden aparecer notablemente aumentadas. Los individuos que se provocan el vómito mediante la estimulación manual del reflejo nauseoso pueden desarrollar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano por el contacto repetido con los dientes. Se han comunicado miopatías esqueléticas y cardíacas graves en los individuos que usan repetidamente el jarabe de ipecacuana para inducir el vómito.

4.5. Desarrollo y curso

La bulimia nerviosa suele comenzar en la **adolescencia o en la edad adulta temprana**. El inicio antes de la pubertad o después de los 40 años es menos frecuente. **Los atracones empiezan normalmente durante o después de una dieta para perder peso**. La experiencia de varios **acontecimientos estresantes** puede también precipitar el inicio de este trastorno.

Los comportamientos de ingesta alterados persisten al menos durante varios años en un alto porcentaje de los casos registrados. **El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión alternándose con recurrencias de atracones.** Sin embargo, en el seguimiento a largo plazo, los síntomas de muchos individuos parecen disminuir con o sin tratamiento, aunque el tratamiento afecta notoriamente al resultado. Los períodos de remisión mayores de un año se asocian a mejores resultados a largo plazo.

4.5. Desarrollo y curso

El cambio de diagnóstico de una bulimia nerviosa inicial a la anorexia nerviosa se produce en una minoría de casos (10-15%). Los individuos que experimentan este tránsito a la anorexia nerviosa suelen volver a tener bulimia nerviosa o pueden tener varios episodios de cambio entre estos trastornos.

Hay un subgrupo de personas con bulimia nerviosa que continúa con los atracones, pero dejan de realizar comportamientos compensatorios inapropiados, por lo que sus síntomas cumplen los criterios del trastorno de atracones u otro trastorno de la conducta alimentaria especificado. El diagnóstico debería basarse en la presentación clínica en los tres meses anteriores.

5. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

5.1. Criterios diagnósticos

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que **no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica.**

El término TCANE se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un TCA específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (por ejemplo, en servicios de urgencias).

6. Incidencia y prevalencia de los Trastornos de la conducta alimentaria

Los TCA son los trastornos mentales más comunes que afectan a mujeres jóvenes en la sociedad occidental, con un incremento notable de su incidencia y prevalencia desde 1990. (Joy, 2016). Actualmente la incidencia de los TCA es de 8 casos por 100.000 habitantes para AN y 12 casos por 100.000 habitantes para BN. (Hoek & van Hoeken, 2003).

En España la mayoría de estudios realizados sobre los TCA han sido en mujeres de 12 a 21 años, ya que la prevalencia es mayor en esta población. (Portela de Santana, da Costa Ribeiro , Mora Giral, & Raich, 2012).

Respecto al género la proporción es de 1:10 en varones respecto a mujeres (American Psiquiatric Association, 2014).

7. Etiología de los Trastornos de la conducta alimentaria

Hasta la fecha, se desconoce la causa de los TCA, aunque que se conoce que la **etiología es multifactorial**, por lo que en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, se deben tener en cuenta los aspectos psicológicos, sociales y culturales. (Woerwag-Mehta & Treasure, 2009).

Bibliografía

American Psiquiatric Asociation. (2014). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington, DC.

Hoek, H., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord, 4*(34), 383-396.

Joy, J. (2016). Eating disorders in primary care. *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal, 2*(12), 8-13.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10)* (10 ed.). (S. S. Ministerio de Sanidad, Ed.) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro , H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria, 2*(27), 391-401.

Woerwag-Mehta, S., & Treasure, J. (2009). Causas de la anorexia nerviosa. *Psiquiatría Biológica, 16*(1).

CUIDADOS AL PACIENTE CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO DE REPETICIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. PAPEL DE ENFERMERÍA EN CONTROL DE LA SINTOMATOLOGÍA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA.

AUTOR: FRANCISCO JOSE NAVARRO ZAMORA

INDICE

1.- IMPORTANCIA DEL CASO
2.- DESCRIPCION DEL CASO
3.- ACTUACION DE ENFERMERIA
4.- TRATAMIENTO
5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
6.- BIBLIOGRAFIA

1.- IMPORTANCIA DEL CASO

• PACIENTE CON ELEVADA CORMOBILIDAD CON INGRESOS DE REPETICION
• FACTORES CAUSALES
• RESISTENCIA BACTERIANA A LOS ANTIBIOTICOS
• CAUSA DE MORTALIDAD EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

2.- DESCRIPCION DEL CASO

- **SINTOMATOLOGIA**
- ❖ **HIPERTERMIA**
- ❖ **DOLOR AGUDO**
- ❖ **DISNEA**
- ❖ **TAQUICARDIA**
- ❖ **DISTRESS RESPIRATORIO**
- ❖ **DESHIDRATACION**
- ❖ **ESTADO COGNITIVO DETERIORADO**

DESCRIPCION DEL CASO

- **ANTECEDENTES**

❖ **HTA**
❖ **ASMA**
❖ **EPOC**
❖ **ITU DE REPETICION**
❖ **SINDROME DEPRESIVO**
❖ **POLIARTROSIS**
❖ **GLAUCOMA**
❖ **CARCINOMA DE PIEL**
❖ **NO AMC**

DESCRIPCION DEL CASO

- **DIAGNOSTICO PRINCIPAL**

❖**INFECCION DEL TRACTO URINARIO**

3.-ACTUACION DE ENFERMERIA

- MONITORIZACION HEMODINAMICA, ECG
- CANALIZACION VIA VENOSA
- ANALISIS COMPLETO, HEMOCULTIVOS, GASES ARTERIALES

4.-TRATAMIENTO

- OXIGENOTERAPIA, NEBULIZACION, HIDRATACION
- PARACETAMOL 1 gr. IV
  NOLOTIL 2gr. IV
  1º TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS (LEVOFLOXACINO 500 mg y ROCAFIN 2 gr. IV
- 2º TRATAMIENTO ANTIBIOTICO
  TIENAM 1 gr. IV
  MEDIDAS FISICAS

5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

LIMITACIONES

- CAMBIOS EN LOS PATRONES DE SENSIBILIDAD DE LOS PATOGENOS
- DAÑO COLATERAL POR INCREMENTO DE MULTIRESISTENCIAS.
- TIPO DE PACIENTE :CORMOBILIDAD DEL PACIENTE, ESTADO INMUNOLOGICO Y COGNITIVO, ETC.

RECOMENDACIONES

- EVALUACION CONTINUA HEMODINAMICA.
- REDUCCION DE LA HIPERTERMIA .
- ALIVIO DEL DOLOR AGUDO Y EVALUACION EFICACIA DE LAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS.

6.- BIBLIOGRAFIA

- Echevarría-Zarate, J., Sarmiento Aguilar,E., Osores-Plenge, F.. Simposio, Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta Med Per. 23(1) 2006.
- Antón Jiménez, M., Esteban Sáiz, R., Ortés Gómez, R. Tratado de Geriatría para residentes. Capítulo 42. Infección urinaria.
- Ochoa Sangrador, C., Eiros Bouza,J.M, Pérez Mendez,C. Inglada Galiana, L. y Grupo de Estudio de los Tratamientos Antibióticos. Etiología de las infecciones del tracto urinario y sensibilidad de los uropatógenos a los antimicrobianos. Unidad de Investigación, Hospital Virgen de la Concha, Zamora; Dpto. de Microbiología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid; Servicio de Pediatría, Hospital de Cabueñes, Gijón; Servicio de Medicina Interna, Hospital de Medina del Campo, Valladolid. Rev Esp Quimioterap, Junio 2005; Vol.18 (Nº 2): 124-135

CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Andrea Pérez Quiles

Virginia Sánchez Rosa

ÍNDICE

1.- Definición
2.- Prevención de las Úlceras Por Presión
3.- Factores de Riesgo
4.- Cuidados Personales para evitar las UPP
5.- Signos tempranos de las UPP
6.- Clasificación de las UPP
7.- Cuidados de las UPP
8.- Bibliografía

DEFINICIÓN

Una Úlcera Por Presión (UPP) es una lesión localizada en la piel o tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión (incluyendo presión en combinación con la cizalla).

Las úlceras se pueden formar cuando los músculos y el tejido blando presionan contra una superficie como una silla o una cama. Esta presión corta el suministro de sangre a esa área y esto puede llevar a que el tejido cutáneo allí muera, formándose una UPP.

Prevención de las UPP

En primer lugar, debemos realizar una valoración del riesgo de padecer UPP, para adaptar los cuidados preventivos específicos en función del riesgo, puesto que afectan tanto a personas en edad adulta como infantil.

Son especialmente vulnerables aquellas personas en las que concurran uno o varios de los factores de riesgo para desarrollar UPP descritos a continuación.

Factores de Riesgo

- Factores de Riesgo Intrínsecos:
- Trastornos neurológicos: Pérdida sensitiva y motora
- Alteraciones nutricionales: desnutrición, deshidratación y obesidad.
- Tratamiento con inmunosupresores: radioterapia, corticoides y citostáticos.
- Tratamiento con sedantes como benzodiacepinas.
- Trastornos de la aportación de oxígeno: alteraciones cardiopulmonares, vasculares periféricas, éstasis venoso…
- Epasticidad y contracturas articulares.
- Edad : mayores de 70 años

Factores de Riesgo

- Factores de Riesgo Extrínsecos:
- Incontinencia: Urinaria o fecal.
- Malos cuidados por falta de higiene.
- Inadecuada condiciones de humedad y temperatura.
- Superficies de apoyo no adecuadas.
- Dispositivos diagnósticos o terapéuticos (equipo de oxigenoterapia o de ventilación mecánica no invasiva (VMNI); movilización de sondas; férulas, yesos, tracciones).
- Imposibilidad de cambios posturales.
- Ausencia de protocolos.
- Formación inadecuada del cuidador.
- Entorno social de riesgo

Cuidados personales para evitar las UPP

Revisar su cuerpo todos los días de pies a cabeza.

Prestar mayor atención a las áreas donde las úlceras se forman con frecuencia.

Éstas son:

- Los talones y los tobillos
- Las rodillas
- Las caderas
- La columna vertebral
- El área del cóccix
- Los codos
- Los hombros y los omóplatos
- La parte posterior de la cabeza
- Las orejas

Cuidados personales para evitar las UPP (2)

- Mantener una higiene adecuada de la piel.
- Limpiar y secar las áreas por debajo de las mamas y en la ingle.
- Controlar el exceso de humedad, especialmente en situaciones como en la incontinencia urinaria o fecal; la sudoración profusa, la exudación excesiva de heridas o la presencia de drenajes.
- Cuidar la piel suavemente para ayudar a prevenir las úlceras de decúbito.
- Usar crema humectante y protectores cutáneos sobre la piel todos los días.
- No usar polvo de talco ni jabones fuertes.
- Evitar prendas de vestir que tengan costuras gruesas, botones o cremalleras que presionen sobre la piel.

Cuidados personales para evitar las UPP (3)

- Procurar una provisión equilibrada de todos los nutrientes esenciales (macronutrientes, vitaminas, minerales, oligoelementos y agua) adaptando su ingesta en función del proceso vital de la persona.
- Manejo efectivo de la presión:

  - Valorar y promocionar la actividad física.

  - Realizar cambios posturales y movilización articular (pasiva o activa).

  -Emplear dispositivos locales de manejo de la presión y superficies especiales de manejo de la presión cuando sea necesario.

Signos tempranos de las UPP

- Enrojecimiento de la piel
- Áreas calientes
- Piel esponjosa o dura
- Erosión de las capas superiores de la piel o una úlcera

Clasificación de las UPP (1)

Las úlceras por presión se clasifican en estadios según las estructuras afectas de los tejidos, emplearemos la de 4 estadios como recomienda el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas(GNEAUPP) .

- UPP Estadio I: Alteración observable en la piel integra, relacionada con la presión, que se manifiesta por una zona eritematosa que no es capaz de recuperar su coloración habitual en treinta minutos. La epidermis y dermis están afectadas pero no destruidas.

Clasificación de las UPP (2)

- UPP Estadio II: Úlcera superficial que presenta erosiones o ampollas con desprendimiento de la piel. Pérdida de continuidad de la piel únicamente a nivel de la epidermis y dermis parcial o totalmente destruidas. Afectación de la capa subcutánea.

- UPP Estadio III: Úlcera ligeramente profunda con bordes más evidentes que presenta destrucción de la capa subcutánea. Afectación del tejido muscular. Puede existir necrosis y/o exudación.

Clasificación de las UPP (3)

- UPP Estadio IV: Úlcera en forma de cráter profundo, que puede presentar cavernas, fístulas o trayectos sinuosos con destrucción muscular, hasta la estructura ósea o de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). Exudado abundante y necrosis tisular.

Cuidados de las UPP

Ante el tratamiento de una UPP se tendrá en cuenta una doble visión de los cuidados:

1. Cuidados Generales

- Alivio de la presión sobre los tejidos y prevención de nuevas lesiones. Los pacientes que presentan o presentaron una o varias lesiones son considerados pacientes de alto riesgo de desarrollar nuevas lesiones por lo que aplicaremos las directrices dadas en la prevención sobre la utilización de las SEMP.
- Soporte nutricional. La nutrición juega un papel relevante en la prevención y el abordaje de la cicatrización de las heridas. Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización de las UPP, también puede evitar la aparición de éstas y de la infección. Las necesidades nutricionales de una persona con ulceras por presión están aumentadas debido a las necesidades inherentes al proceso de cicatrización.

Cuidados de las UPP (2)

- Manejo del dolor: Valorar a todos los pacientes en cuanto al dolor relacionado con la U.P.P., con su tratamiento y patologías asociadas. La percepción del dolor es subjetiva, cuando un paciente se queja de dolor hay que tratarlo
- Educación: Informar continuamente a todos los miembros del equipo asistencial y/o red de cuidadores informales del estado, evolución y tratamiento de la lesión. Valorar la capacidad del paciente/cuidador para participar en su programa de prevención y tratamiento. Desarrollar un programa de educación dirigido a todos los niveles: pacientes, familiares, cuidadores, gestores, y que incluyan mecanismos de evaluación sobre su eficacia.

Cuidados de las UPP (3)

2. Cuidados Locales

- Limpieza

  - Objetivos de la Limpieza: Retirar restos orgánicos e inorgánicos y exudados presentes en la lesión. Rehidratar la superficie de la herida para facilitar medio húmedo.

- Desbridamiento Es un paso imprescindible para evaluar el grado de la UPP.

  - Objetivos del desbridamiento: Eliminar restos necróticos, esfacelos, detritus celulares, que son los que entorpecen la curación, y van a potenciar la aparición de infección ya que son una fuente excelente de alimentación bacteriana.

Cuidados de las UPP (4)

Eliminar el mal olor.

Favorecer la restauración estructural y funcional de la piel.

Facilitar la curación, acelerando las fases de proliferación celular.

Permitir ver la existencia de posibles cúmulos de exudado o abscesos.

Cuidado de las UPP (5)

Para la elección de la técnica de desbridamiento a utilizar deberemos valorar:

- Situación general de la persona; posibilidades de curación del proceso, expectativas de vida, problemas y beneficios que le aportamos. Es necesario prestar una consideración especial en personas en situación terminal de su enfermedad.
- Características de la lesión (tipo de tejido, profundidad, localización, presencia de dolor, signos de infección,..)
- Vascularización de la zona: si es una zona altamente vascularizada, controlar el sangrado; de lo contrario si es una zona con falta de riego sanguíneo no va a permitir una óptima regeneración tisular, alargándose el proceso.

Cuidado de las UPP (6)

- Tratamiento con anticoagulantes. Hay una importante excepción del desbridamiento: es el caso de la placa dura necrótica (escara que no presenta edema, eritema, fluctuación o drenaje) en talón, en este caso se recomienda no desbridar y someterla a una estricta vigilancia . Esta placa necrótica va a actuar siempre como una barrera natural ante una posible osteomielitis del calcáneo.

Antes de iniciar el desbridamiento tendremos en cuenta:

- Rapidez (con lo que se quiere actuar)
- Infección (presente o no)
- Profundidad y localización.
- Dolor.
- Coagulopatias y tratamientos anticoagulantes

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Disponible en: https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000147.htm

- Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; 2009
- Jose Luis Blanco López. Definición y clasificación de las Ulceras por presión. El Peu 2003; 23(4):194-198.

DIÁLISIS PERITONEAL EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

RAQUEL MORA EGEA

MARÍA BELÉN SÁNCHEZ GÓMEZ

ÍNDICE

- Introducción
- Diálisis peritoneal intermitente o aguda (DPI o DPA)
- DPI o DPA en pediatría
- Ventajas de la diálisis peritoneal
- Indicaciones terapéuticas
- Complicaciones asociadas
- Cuidados de enfermería
- Conclusión
- Bibliografía

Introducción:

La diálisis peritoneal (DP) es un procedimiento que permite depurar líquidos y electrolitos en pacientes que no son capaces de eliminarlos mediante la filtración glomerular.

Su **objetivo** es eliminar líquido del organismo, depurar toxinas endógenas y exógenas y normalizar las alteraciones electrolíticas.

- En la DP la membrana semipermeable utilizada para realizar el intercambio de iones es el mesotelio peritoneal. La transferencia de solutos se realiza fundamentalmente por difusión debido a gradientes de concentración.
- La ultrafiltración osmótica del agua se consigue añadiendo al líquido de diálisis solutos con poder osmótico**.** Si se desea eliminar más volumen de agua del paciente, se añade glucosa y esta diferencia de osmolaridad entre el plasma y el líquido producirá ultrafiltrado.
- La eficacia de este método puede verse afectada cuando existan cambios en la permeabilidad de la membrana peritoneal (infección, irritación) o disminución del flujo sanguíneo peritoneal o alteración del flujo sanguíneo capilar (vasoconstricción, vasculopatías...).

Diálisis peritoneal intermitente o aguda (DPI o DPA):

- Es realizada por una enfermera en una unidad de cuidados intensivos .
- La duración óptima de este tratamiento es de 48-72 horas.
- Se individualizan los líquidos de diálisis y los tiempos de permanencia y drenado.
- Se puede realizar de forma manual o con un aparato de ciclos, la cual controla de forma automática los tiempos de permanencia.

DPI o DPA en pediatría:

La diálisis peritoneal aguda es la más usada en la población pediátrica, es más eficaz en niños y lactantes que en los adultos, debido a:

- Los niños tienen mayor superficie de membrana peritoneal con respecto al peso y al volumen de sangre que los adultos.
- La membrana peritoneal de los niños es más permeable.
- El peritoneo es más efectivo aclarando sustancias.

Ventajas de la diálisis peritoneal frente a la hemodiálisis en niños:

- La ausencia de acceso vascular y de punciones repetidas.
- La posibilidad de ser realizada en lactantes y neonatos, a menudo es la única alternativa.
- Consigue una ultrafiltración constante con mayor estabilidad hemodinámica y mejor control de la TA.
- El mantenimiento más prolongado de la función renal residual.
- La ausencia de síndrome de desequilibrio y con menores restricciones de líquidos.
- Menor anemia y, consecuentemente, menor requerimiento de eritropoyetina.

Indicaciones terapéuticas:

- Sobrecarga de líquidos: Edema agudo pulmón, Insuficiencia cardíaca congestiva, HTA refractaria al tratamiento médico, imposibilidad para nutrición adecuada, balances positivos persistentes.
- Alteraciones metabólicas y electrolíticas severas no corregibles con tratamiento médico: Hiperkalemia, Hiponatremia refractaria, Hiperfosfatemia, Acidosis metabólica intratable .
- Encefalopatía urémica: Con síntomas de depresión del sistema nervioso central y pericarditis.
- Toxinas exógenas.

Complicaciones asociadas:

No infecciosas:

- HTA: causada por un estado de hipervolemia.
- Deshidratación: niños pequeños urópatas y pacientes con colostomías .
- Fugas
- Mal drenaje: migración del catéter, obstrucción o por mala implantación.

Infecciosas:

- Infección del orificio de salida.
- Peritonitis: complicación más frecuente, se da más que en adultos.

Cuidados de Enfermería:

Al iniciar la DP:

- Monitorización (FC, ECG, TA, FR, PVC).
- Analítica completa antes de iniciar la diálisis (principalmente glucosa y electrolitos).
- Colocaremos al niño en posición de decúbito supino.
- Colocaremos una sonda nasogástrica.
- Sondaje vesical con bolsa de diuresis horaria.
- Valoraremos el estado de conciencia, de hidratación y coloración de piel y mucosas.

Cuidados de Enfermería:

Material y equipos:

- Guantes estériles y batas.
- Gasas y compresas estériles.
- Jeringas y agujas.
- Bolsa colectora del líquido ultrafiltrado.
- Suero salino.
- Apósitos y esparadrapo.
- Kit de diálisis peritoneal pediátrico (sistema de infusión) y catéter Tenckhoff .
- Líquido de diálisis; varios tipos, la diferencia básica está en la concentración de glucosa que contienen.

Cuidados de Enfermería:

Preparación del material:

- Colocaremos el calentador en la bolsa de diálisis, comprobar que el calentador mantiene el líquido a 37º C (temperatura corporal).
- Mediante técnica estéril, realizaremos la conexión de las distintas partes del sistema de diálisis.
- Conectaremos el kit a la bolsa de diálisis y procederemos al purgado del sistema.
- Con la solución antiséptica conectamos el sistema de diálisis y el extremo proximal del catéter Tenckhoff.
- Taparemos la conexión con un apósito estéril.

Cuidados de Enfermería:

Valoraremos y registremos en la hoja de diálisis los siguientes aspectos:

- Composición del líquido dializante (se anotará cualquier cambio en la composición que sea prescrito a lo largo de todo el proceso).
- Hora de inicio del ciclo.
- Cantidad de líquido infundido.
- Tiempo de infusión.
- Tiempo de permanencia y/o hora de salida.
- Volumen y características del líquido drenado.
- Balance horario.
- Balance acumulado en 24 horas.

Cuidados de Enfermería:

Durante el procedimiento:

- Control hídrico.
- Control analítico
- El sistema de diálisis se cambia por completo cada 72h.

Cuidados del sistema y del catéter de Tenckhoff:

- Buscar la existencia de acodamientos u obstrucción en el circuito.
- Curar el punto de inserción del catéter cada 72 horas o cada vez que sea preciso.
- Fijar el catéter a la piel de forma segura.
- Proteger la piel pericatéter, manteniendo la zona seca.

Pautas para los intercambios:

Los ciclos de diálisis peritoneal suelen tener una duración de 60 minutos:

1. Infusión del líquido por gravedad durante los primeros 20 minutos.
2. Permanencia en la cavidad peritoneal otros 20 – 30 minutos.
3. Salida durante los 20 minutos restantes.

Observar:

- Si se aumenta el tiempo de permanencia, aumentará el riesgo de hiperglucemia.
- Una entrada de líquido demasiado brusca puede tener efectos hemodinámicos y sobre la mecánica ventilatoria del niño.

El líquido debe ser **claro e incoloro**.

- Si el líquido es de color marrón o color café, sospecharemos una posible perforación del colon.
- Si es similar a la orina, y tiene la misma concentración de glucosa que ésta, sospecharemos una posible perforación vesical.
- Si el líquido es turbio, sospecharemos una posible infección.

Conclusión:

Esta técnica es ampliamente utilizada en servicios de cuidados intensivos pediátricos, debido a la propia fisiología del peritoneo de los niños, así como también al hecho de que este tipo de procedimientos son mejor tolerados, que otro tipo de terapias de sustitución renal, como el hemofiltro, en pacientes hemodinámicamente inestables.

Necesidad de formar a los profesionales de enfermería acerca de las indicaciones de la DPA, sus posibles complicaciones y los cuidados de enfermería necesarios en este procedimiento.

Bibliografía:

- Bernal Herrera, Pedro; López González, Flora. Manual de diálisis peritoneal. VII Curso de Diálisis Peritoneal para Enfermería Nefrológica de Andalucía. Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Infantil. H.H.U.U. Virgen del Rocío. Pag. 221-237
- Reyner Loza. Diálisis peritoneal aguda en niño. Rev. peru. pediatr. 61 (3) 2008.
- Cabas MD, Lilian; Ramón Montes, Félix MD; Kling, Juan Carlos MD et al. Disfunción renal en postoperatorio de cirugía cardíaca pediátrica con circulación extracorpórea. Rev. Col. Anest. 33; 85 2005.
- M.J. Rodríguez Castaño, A. Alcaráz Romeroc, et al. Uso de diálisis peritoneal en neonatos tras cirugía cardiaca concirculación extracorpórea. Servicio de Neonatología, Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón, Madrid, España. 23 Junio 2013.
- F.J. Alados-Arboledas, J.F. Expósito-Montes,et al.. Adecuación de diálisis peritoneal aguda en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica. Med. Intensiva v.32 n.2 Madrid mar. 2008.

ESTUDIO DE GESTIÓN EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

SONIA CARAVACA MARTÍNEZ
MARIA TERESA MATEO ANTÓN

INDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- FUTURAS INVESTIGACIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

- El sector salud ha experimentado en los últimos años una continua situación de cambio que se está acentuando en el tiempo por la gran demanda existente, lo que obliga a tener más servicios de urgencias, mejor dotados y más cualificados.
- El avance tecnológico está impactando severamente en todas las dimensiones de la vida social y obligan a realizar transformaciones profundas en las instituciones para enfrentar el reto del cambio.

INTRODUCCIÓN

- En esa hoja de ruta incluimos los Servicios de Emergencia Médicos que forman parte integral de todo sistema público de salud.
- La expansión de los servicios de Urgencias y Emergencias extrahospitalarios ha sido la innovación asistencial más importante, en nuestro país en los últimos 25 años.

INTRODUCCIÓN

- Éstos servicios son dispositivos desarrollados a raíz de la Ley General de Sanidad 14/1986. Su función principal es proporcionar atención médica en todas las situaciones de emergencia, incluyendo desastres.
- Desde el año 2006, el modelo organizativo de la atención urgente en España queda asumido por las administraciones sanitarias de cada Comunidad Autónoma.

INTRODUCCIÓN

- El Real Decreto 903/1997 del 16 de Junio, regula el acceso mediante redes de comunicaciones a través de llamadas de urgencia del 112, habilitando dicho número a nivel nacional, como número exclusivo de llamadas de urgencia europeo.
- Desde ese momento, el número 112 podrá utilizarse por los ciudadanos para un caso de extrema necesidad tanto para urgencias sanitarias, extinción de incendios y salvamento, seguridad ciudadana y protección civil.

INTRODUCCIÓN

- La práctica de la medicina de emergencia incluye la atención pre-hospitalaria, la recepción del paciente en el hospital, la resucitación y manejo de los casos urgentes y de emergencia hasta que se produzca el alta o el traslado del paciente para ser atendido por otros especialistas.
- También incluye la participación en el desarrollo de los propios sistemas de emergencia médica pre-hospitalaria y hospitalaria.

INTRODUCCIÓN

- España cuenta con un excelente sistema de medicina de emergencia, que engloba la atención pre-hospitalaria y hospitalaria. El país se sitúa en cabeza en la atención de un paro cardiaco y es pionera en el trasplante de órganos en pacientes con paro cardiaco resucitado y en la aplicación de estrategias terapéuticas con uso de la hipotermia.

INTRODUCCIÓN

- Los servicios de Emergencia extrahopitalarios disminuyen significativamente la mortalidad de los procesos críticos más frecuentes, reduciendo las minusvalías y acortando las estancias hospitalarias, ahorrando así sufrimientos a las personas y gastos a la sociedad.

INTRODUCCIÓN

- El proceso enfermero es determinante en el enfoque asistencial permitiendo el abordaje de las necesidades que demanda el paciente.
- Además, la incorporación progresiva de las enfermeras a los equipos de Emergencia extrahospitalarios dotan a éstos de un aspecto holístico en la esfera de los cuidados.

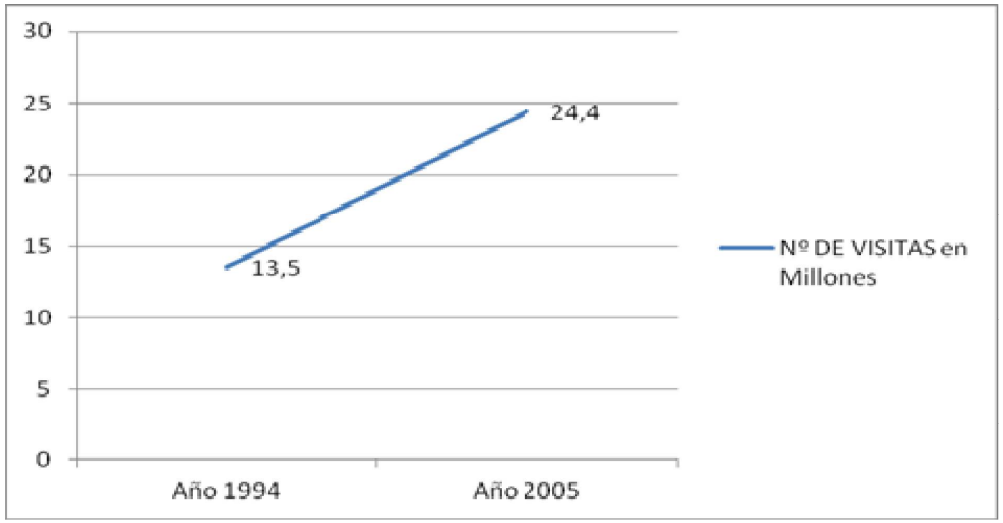
“El proceso de cuidar comienza con un acto de reflexión para descubrir lo que la persona dice y descifrar lo que intentan decir.” Colliére 1996

INTRODUCCIÓN

- Sin embargo, éstos dispositivos asistenciales tienen una alta frecuentación y una gran sobrecarga asistencial.
- El incremento producido en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios en los últimos años en los países desarrollados obedece tanto a cambios socioculturales, demográficos y epidemiológicos, como a la necesidad percibida de atención inmediata y el nivel socioeconómico.

INTRODUCCIÓN

Utilización de los servicios de urgencias para un incremento poblacional de 5.8 millones en el mismo período.



INTRODUCCIÓN

- Dicho aumento se debe al crecimiento poblacional tanto por el envejecimiento de la misma como por la inmigración, de forma más acusada en España, y a las altas expectativas de vida.
- Ésta masificación ha contribuido a una pérdida continua en la calidad asistencial, insatisfacción por parte de los profesionales y de los pacientes usuarios de éstos servicios, demora en la atención a las urgencias verdaderas, mayor gasto sanitario y repercusiones sobre la gestión del hospital.

INTRODUCCIÓN

- De hecho, en 1988 el Defensor del Pueblo publicó el «Informe sobre Servicios de Urgencia del Sistema Sanitario Público» donde se plantean graves carencias estructurales y de dotación de personal y material, siendo la insatisfacción la tónica.
- En ese informe demandaba más servicios de urgencias, mejor dotados y más cualificados.

INTRODUCCIÓN

- *“¿Y SI ADAPTÁRAMOS LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE URGENCIAS A LA DEMANDA SOCIAL Y NO A LAS NECESIDADES DE SALUD?”*

Emilio Moreno Millán

Dr. en Economía y Licenciado en Medicina

OBJETIVOS

- Analizar cómo se ha producido esa evolución en los últimos años en los servicios de urgencias.
- Comparar el modelo de gestión de las urgencias extrahospitalarias en la región de Murcia con otra comunidad uniprovincial como es Asturias en el mismo año, 2009 para identificar fuentes potenciales de ahorro.
- Estudiar la importancia de una adecuada atención en los servicios extrahospitalarios que permitan optimizar los recursos sanitarios para adaptar la calidad del servicio a los recortes presupuestarios.

OBJETIVOS

- Demostraremos que ha habido un desarrollo sin precedentes en cuanto al tiempo de respuesta en los avisos como en los recursos, tanto materiales como humanos, confirmando al servicio de urgencias extrahospitalarias de la región de Murcia como referente nacional.
- A pesar de ello, consideramos que la situación de crisis actual obliga a una remodelación del sistema para la mejor gestión de los recursos disponibles.

METODOLOGÍA

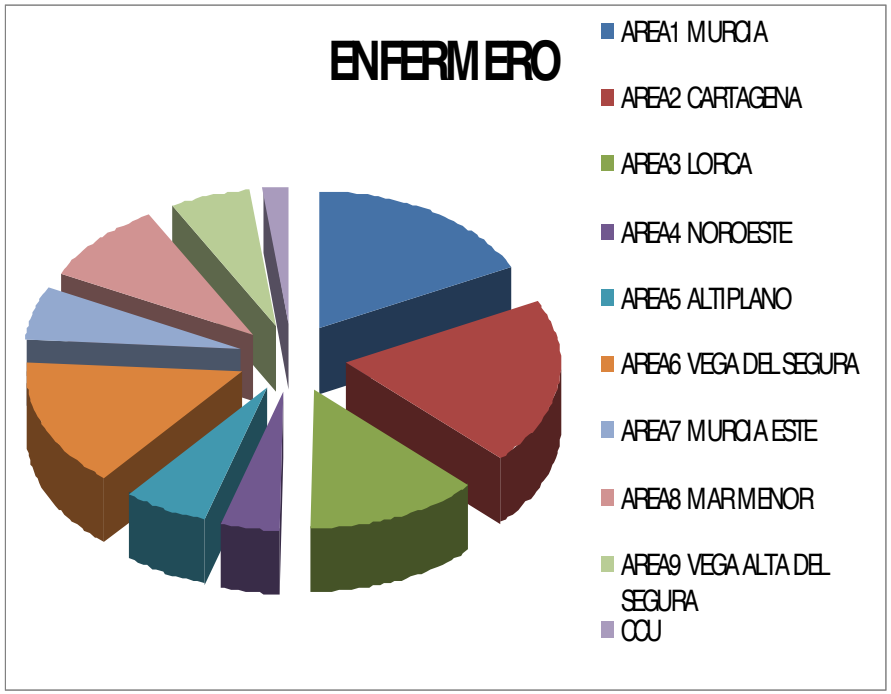
- Se trata de una revisión bibliográfica descriptiva, retrospectiva, longitudinal con un análisis de variables cualitativas cuyo ámbito de estudio se centra en el año 2009 en las Comunidades de Murcia y Asturias con los datos obtenidos en la documentación encontrada en las bases de datos consultadas; la muestra del estudio es la población de las Regiones de Murcia y de Asturias.
- Las herramientas usadas durante la metodología son las bases de datos de MurciaSalud y AsturSalud.
- El análisis de datos se realizó con programa Excel y el paquete estadístico SPSS 20.0

RESULTADOS

- Al realizar nuestra investigación, llegamos a las siguientes conclusiones:
- Que, aún teniendo ambas comunidades el mismo número de habitantes y un mismo numero de Áreas de salud, el número de ambulancias era la mitad. Mientras que la región de Murcia tenía en aquella época 14 UMEs, ambulancias de soporte vital avanzado, Asturias contaba tan solo con 7 ASVA.

RESULTADOS

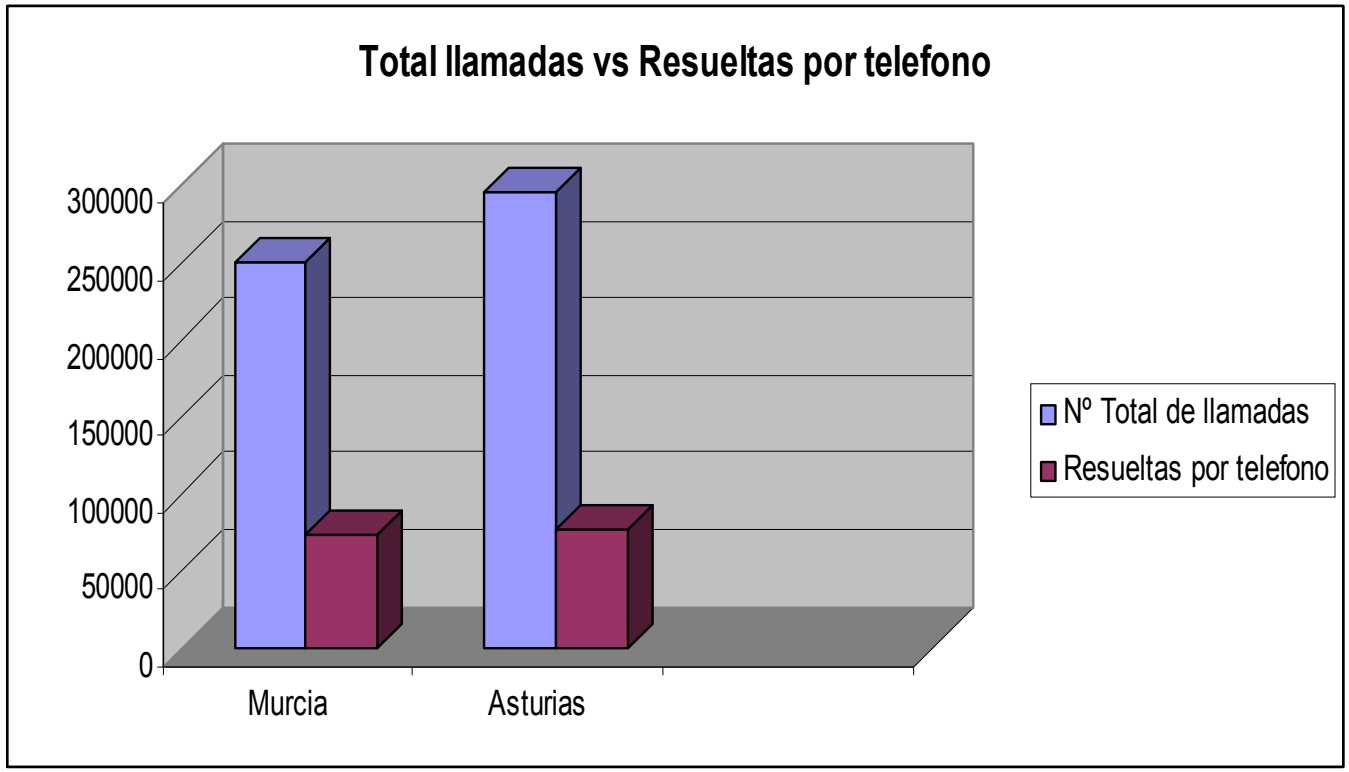
NÚMERO DE ENFERMEROS POR ÁREA DE MURCIA:



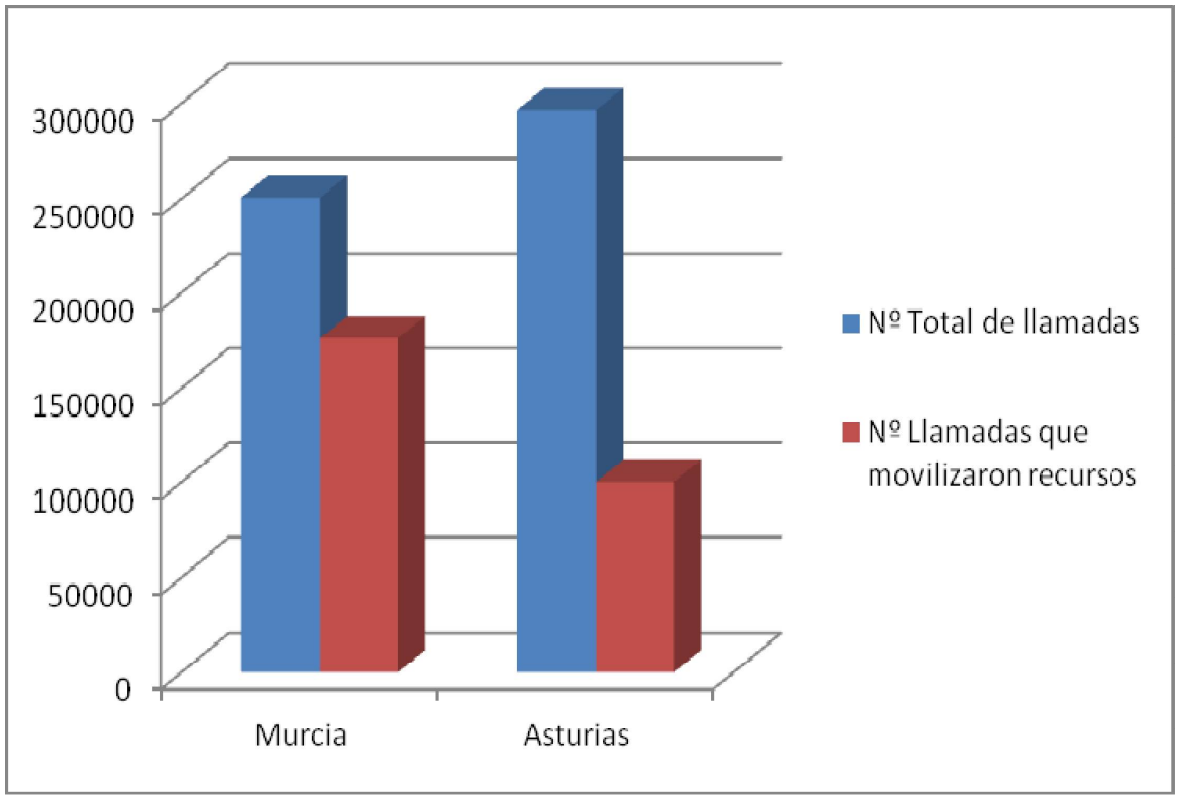
RESULTADOS

- Que en Asturias el nº llamadas es mayor y la movilización recursos menor.
- Que en Murcia ha aumentado el nº puestos intermedios y existe una mayor satisfacción por parte de los usuarios.

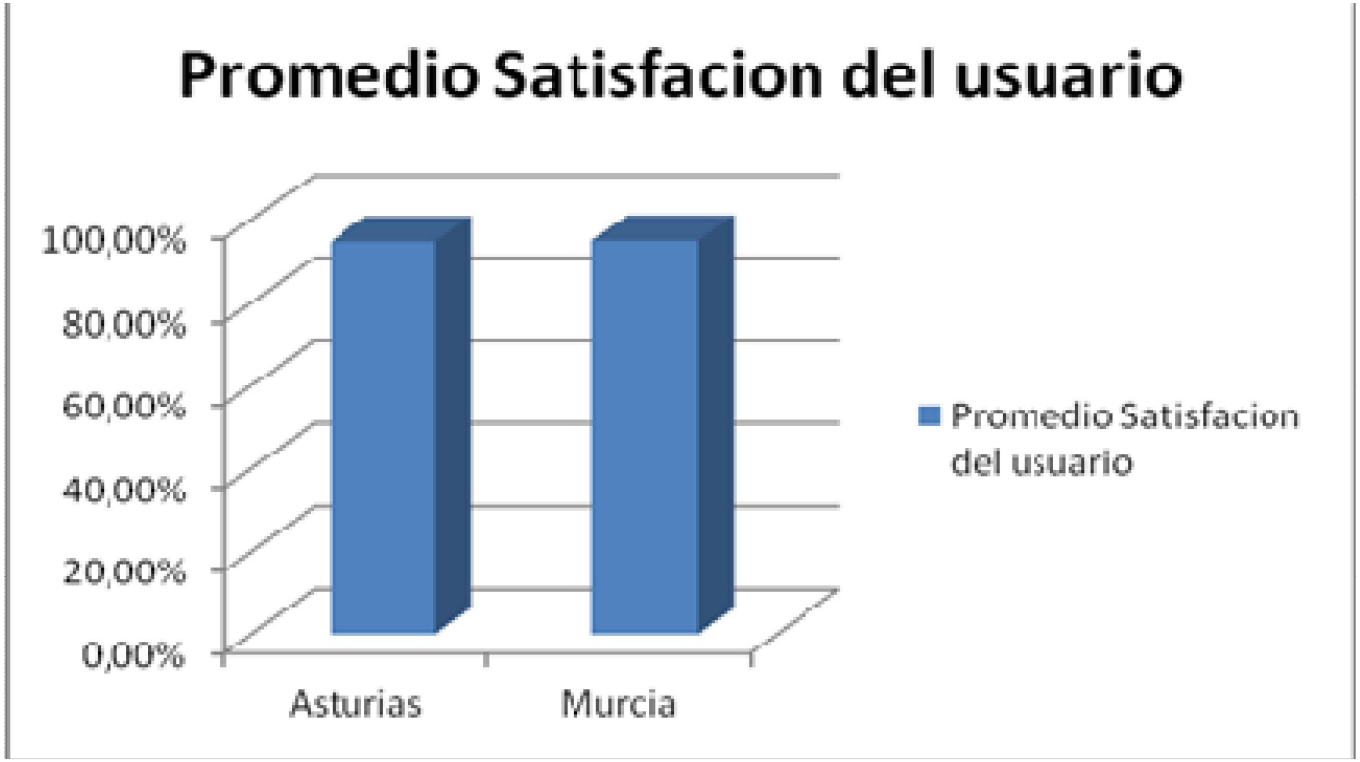
RESULTADOS


Total llamadas vs Resueltas por telefono
300000
250000
200000
150000
100000
50000
0
Murcia
Asturias
Nº Total de llamadas
Resueltas por telefono

RESULTADOS


300000
250000
200000
150000
100000
50000
0
Murcia
Asturias
Nº Total de llamadas
Nº Llamadas que movilizaron recursos

RESULTADOS


Promedio Satisfacion del usuario
100,00%
80,00%
60,00%
40,00%
20,00%
0,00%
Asturias
Murcia
Promedio Satisfacion del usuario

CONCLUSIONES

- En ambas comunidades ha aumentado la satisfacción de la población solo que en mayor proporción en la Región de Murcia.
- Existe una mayor formación de los trabajadores en Murcia así como un mayor implicación de trabajadores en mejorar la información del ciudadano.
- En ambas comunidades, las urgencias extrahospitalarias se han desarrollado al ritmo de la demanda social.

FUTURAS INVESTIGACIONES

- La dimensión tecnológica, los grandes avances en los modelos de gestión de los recursos, la modernización de las herramientas médicas y la apertura pública generalizada en las nuevas redes sociales van a suponer un cambio en la forma de practicar el servicio y de atender a los ciudadanos.

FUTURAS INVESTIGACIONES

- La Sociedad Europea de Medicina de Emergencia considera que la prestación de atención de urgencia de alta calidad exige contar con médicos con formación especializada en Medicina de Emergencia, puesto que es la forma mas efectiva (en términos clínicos y económicos) para proporcionar atención de alta calidad durante las fases criticas iniciales del tratamiento de la emergencia.

FUTURAS INVESTIGACIONES

- Para lograr estos objetivos, la Sociedad Europea se plantea un currículo europeo de formación basado en la adquisición de las siguientes competencias: Atención al Paciente, Conocimiento médico, Comunicación, colaboración y desarrollo de habilidades interpersonales, Profesionalismo, ética y cuestiones legales, Organización y planificación, capacidad de gestión de servicios

FUTURAS INVESTIGACIONES

- Los Servicios de Emergencias y de Urgencias Médicas Extrahospitalarias tienen carencias.
- Se debe fomentar un consumo responsable de las prestaciones de urgencias, profesionalizar la gestión, realizar cambios en la política de personal que faciliten la mejora del rendimiento y de la productividad y dotar de mayor autonomía de gestión a servicios y profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- BARROETA URQUIZA J, BOADA BRAVO N. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. Servicios de Salud Mensor, 2011. Disponible en: http://www.mensor.es/es/LosserviciosdeemergenciasyurgenciasmEdicasExtrahospitalariasenEspaNa.pdf.pdf
- CÁMARA ANGUITA S, VALENZUELA RODRIGUEZ AJ. Continuidad de cuidados y comunicación interniveles entre equipos de emergencias sanitarias y Atención Primaria, 2008; 0, 15-25. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2861070

BIBLIOGRAFÍA

- CANO DEL POZO MI, RABANAQUE HERNANDEZ MJ, FEJA SOLANA C, MARTOS JIMENEZ MC, ABAD DÍEZ JM, CELORRIO PASCUAL JM. Estudio de la frecuentación de un servicio de urgencias extrahospitalario. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 2008; 3, 179-186. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2665302
- DEL LLANO SEÑARÍS J, QUECEDO GUTIERREZ L, VILLAR DÍAZ N, RAIGADA GONZALEZ F, RUIZ FERRÁN J, PEIRÓ S. Diccionario de Gestión Sanitaria para médicos, 2009. Disponible en: http://www.fundacionabbott.es/documentos/publicaciones/gestionsantariamedicos.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- GOMEZ MORAGA A, GOMEZ GARCÍA P, RODRIGUEZ FERNANDEZ E, ALEDO DÍAZ MM. Estudio de las derivaciones de un servicio de urgencias extrahospitalario. Cuadernos de Atención Primaria, 2010; 1, 15-18. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3270679
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Disponible en: http://www.ine.es/
- HERNANDEZ GALÁN JA. Asistencia urgente extrahospitalaria. Ed. Navarra Ed. Unate DL, 2002.
- RODRIGUEZ LOPEZ F, SANCHEZ MACÍAS JI. Especialización y eficiencia en el sistema hospitalario español. Cuadernos económicos de ICE, 2004; 67, 27-48. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1066847

PACIENTE INSTITUCIONALIZADO CON ÚLCERA POSTRAUMÁTICA. CASO CLÍNICO.

PEDRO ANDREO MUÑOZ
FRANCISCA ANDREO MUÑOZ

Índice

1. Datos personales
2. Antecedentes personales
3. Valoración de enfermería
4. Caso clínico. Descripción
5. Caso clínico. Evolución
6. Caso clínico. Desenlace
7. Bibliografía

1. Datos personales

- Sexo: Mujer
- Fecha de nacimiento: 03/01/1923 (92 años)
- Fecha de ingreso en residencia: 15/04/2015

2. Antecedentes personales

- No HTA ni DM
- No dislipemia
- Insuficiencia venosa periférica
- Osteoporosis
- Trombosis venosa profunda
- Tromboenbolismo pulmonar
- Histerectomía (año 2000)
- Apendicetomía (año 1991)
- No AMC
- Tratamiento: Furosemida 20mg, Fabroven y Sintrom 4mg

3. Valoración de enfermería[1]

- Vacunación gripe (2014) y neumococo (2008)
- Vacunación sistemáticas (desconocido)
- No hábitos tóxicos
- No conoce sus enfermedades
- No conoce la medicación que toma
- IMC 28
- Presenta prótesis dental superior e inferior
- Dieta normal y de consistencia normal
- Deglución normal

3. Valoración de enfermería

- Incontinencia urinaria y fecal total (absorbente 24 horas)
- No porta sondas
- No presenta problemas de estreñimiento ni diarrea
- No deambula, vida cama-sillón
- Dependiente para las ABVD
- Desorientación temporo-espacial
- Deterioro cognitivo no diagnosticado
- Dificultad para el lenguaje tanto en expresión como comprensión

3. Valoración de enfermería

- No presenta úlceras por presión
- Herida postraumática en MII
- Prótesis visual
- No déficit auditivo
- No medidas de contención mecánica
- No riesgo de fuga

3. Valoración de enfermería

- Escalas de valoración enfermeras[2]:

- Barthel: 20 (grado de dependencia grave)
- Doloplus: 8 (presencia de dolor leve)
- Emina: 10 (riesgo alto de upp)
- Mini Nutritional Assesment: 22 (riesgo de malnutrición)

4. Caso clínico. Descripción.

- Herida accidental en MII tras caída el 02/04/2015
- Precisa 20 puntos de sutura realizados en el SUAP
- Retirada de puntos alternos el 13/04/2015 en su CS
- Retirada del total de puntos el 17/04/2015 en la residencia
- El resultado de la intervención es la separación de los bordes, HERIDA ABIERTA.
- Objetivo principal planteado: CURA POR SEGUNDA INTENCIÓN[3]

5. Caso clínico. Evolución.

- Fecha: 19/04/2015

5. Caso clínico. Evolución.

- Fecha: 19/04/2015
- Dimensiones:

  Ancho: 2,5 cm

  Longitud: 15 cm

  Profundidad: 0 cm
- Tejido presente: necrótico en el 100%
- Piel perilesional: Inflamación
- No exudado

5. Caso clínico. Evolución.

- Fecha: 19/04/2015

- Tratamiento:

✓ Se inicia antibiótico oral: amoxicilina/ac. Clavulánico

✓ Cura local: colagenasa + hidrogel + apósito hidrocelular

✓ Vendaje compresivo

✓ Frecuencia: c/48 horas

5. Caso clínico. Evolución.

- Fecha: 29/04/2015

5. Caso clínico. Evolución.

- Fecha: 29/04/2015
- Dimensiones:

  Ancho: 2,5 cm

  Longitud: 11 cm

  Profundidad: 0,2 cm
- Tejido presente: 25% granulación, 25% esfacelos, 50% necrótico
- Piel perilesional: normal
- Exudado: moderado

5. Caso clínico. Evolución.

- Fecha: 29/04/2015

- Tratamiento:

✓ Fin del antibiótico oral tras 10 días.

✓ Continuación con la cura local: colagenasa + hidrogel + apósito hidrocelular

✓ Vendaje compresivo

✓ Frecuencia: c/48 horas

5. Caso clínico. Evolución.

- Fecha: 10/05/2015

5. Caso clínico. Evolución.

- Fecha: 10/05/2015
- Dimensiones:

  Ancho: 1,9 cm

  Longitud: 11 cm

  Profundidad: 0,2 cm
- Tejido presente: 50% granulación, 25% esfacelos, 25% necrótico
- Piel perilesional: normal
- Exudado: moderado

5. Caso clínico. Evolución.

- Fecha: 10/05/2015

- Tratamiento:

✓ Continuación con la cura local: colagenasa + hidrogel + apósito hidrocelular
✓ Vendaje compresivo
✓ Frecuencia: c/48 horas

5. Caso clínico. Evolución.

- Fecha: 17/05/2015

5. Caso clínico. Evolución.

- Fecha: 17/05/2015
- Dimensiones:

  Ancho: 1,9 cm

  Longitud: 11 cm

  Profundidad: 0,2 cm
- Tejido presente: 85% granulación, 15% esfacelos, 0% necrótico
- Piel perilesional: normal
- Exudado: moderado

5. Caso clínico. Evolución.

- Fecha: 17/05/2015

- Tratamiento:

✓ Cura local: colagenasa + hidrogel en zona esfacelada, hidrogel en tejido de granulación + apósito hidrocelular

✓ Vendaje compresivo

✓ Frecuencia: Se espacia la frecuencia a cada 72 horas

5. Caso clínico. Evolución.

- Fecha: 26/05/2015

5. Caso clínico. Evolución.

- Fecha: 26/05/2015
- Dimensiones:

  Ancho: 1,7 cm

  Longitud: 10 cm

  Profundidad: 0 cm
- Tejido presente: 90% granulación, 10% esfacelos, 0% necrótico
- Piel perilesional: normal
- Exudado: escaso

5. Caso clínico. Evolución.

- Fecha: 26/05/2015

- Tratamiento:

✓ Cura local: colagenasa + hidrogel en zona esfacelada, hidrogel en tejido de granulación + apósito hidrocelular
✓ Vendaje compresivo
✓ Frecuencia: c/72 horas

6. Caso clínico. Desenlace.

- Cierre total de la herida el 23/06/2015
- 100% del tejido epitelial
- Duración del tratamiento local:

✓ 15 días con los puntos de suturas

✓ 67 días de curas locales

7. Bibliografía

- 1- García M, Gallo J, Medina FJ. Recursos geriátricos. Valoración geriátrica integral. Enfermería geriátric y gerontológica VI. Madrid: Enfo Ediciones; 2011.
- 2- García M, Medina FJ, Gallo, J. Atención enfermera en los grandes síndromes geriáricos. Enfermería geriátrica y gerontológica IV. Madrid: Enfo Ediciones; 2011.
- 3- Marinel, J. Úlceras de la extremidad inferior. Barcelona: Ed Glosa; 2005.

ATENCIÓN AL NIÑO CON BRONQUIOLITIS EN HOSPITALIZACIÓN

Autora:

Ana Martínez Olmo

Índice:

1. Introducción
2. Definición
3. Etiología
4. Epidemiología
5. Clínica
6. Factores de riesgo
7. Prevención
8. Plan de Cuidados Estandarizado
9. Bibliografía

1. Introducción

Las infecciones agudas respiratorias representan las enfermedades infecciosas más frecuentes del ser humano. En el niño, se pueden presentar entre 6 y 8 infecciones respiratorias al año, afectando, sobre todo en lactantes, a las vías respiratorias bajas, siendo la bronquiolitis una de las más destacables en menores de 2 años y una de las principales causas de hospitalización y motivo de consulta. En este tema se determinan las características y etiología características de esta enfermedad, que nos servirán como modelo para poder aplicar una serie de cuidados enfermeros individualizados y estandarizados que permitan optimizar la actuación enfermera.

2. Definición

La bronquiolitis es el primer episodio de infección aguda de las vías aéreas inferiores por causa viral en el niño menor de dos años tras un periodo catarral. Se caracteriza por dificultad respiratoria con sibilancias espiratorias, hipersecreción bronquial e inflamación de los alveolos pulmonares. Las siguientes infecciones respiratorias similares en su presentación a las bronquiolitis se denominan episodios de sibilancias recurrentes.

3. Etiología

El principal causante es el VRS (virus respiratorio sincitial), culpable en el 60-70% de los casos, no pudiendo existir portador sano. Otros causantes serían el RV (rinovirus), HBoV (bocavirus humano), adenovirus y hMPV (metapneumovirus humano).

4. Epidemiología

Se trata de un cuadro epidémico estacional con mayor incidencia de noviembre a febrero, periodos de mayor frío y lluvias y con una incidencia mayor entre los 3 y los 6 meses de edad. Los casos más graves son los establecidos en menores de 6 meses.

El contagio se produce por contacto directo de las secreciones nasales o partículas de saliva contaminadas, a través de las manos y la autoinoculación de material infectado proveniente de fómites. El periodo de incubación es de tres a cinco días y la duración de la enfermedad puede durar entre seis y doce días, siendo la estancia media hospitalaria entre 7 y 10 días.

5. Clínica

- Pródromos: episodios de sibilancias espiratorias y taquipnea asociados a rinorrea, tos, estornudos, febrícula/fiebre, aumento de la mucosidad e hiperinsuflación pulmonar; además de vómitos, diarrea, deshidratación, astenia e inapetencia. El diagnóstico es fundamentalmente clínico
- Fase de estado: tos más intensa, dificultad respiratoria progresiva con disnea y tiraje subcostal e intercostal, aleteo nasal, estertores, irritabilidad y disminución del apetito. La apnea sería el síntoma más importante y de mayor gravedad.
- Resolución: la mayoría son leves y se resuelven en 1 semana

6. Factores de riesgo

- Prematuridad (máximo riesgo entre 32-35 semanas)
- Sexo varón.
- Hermano en edad escolar o de guardería.
- Edad cronológica inferior a diez semanas al comienzo de la estación o nacer en las diez primeras semanas de la misma.
- Alta neonatal entre agosto y octubre.
- Tabaquismo en el entorno familiar.
- Cardiopatías congénitas.
- Displasia broncopulmonar.
- Trastornos neuromusculares.
- Dermatitis atópica.
- Inmunodeficiencias.
- Entorno social inadecuado.

7. Prevención

- Medidas higiénicas: (las de mayor importancia para prevenir la transmisión) el lavado de manos, desinfección de los fómites, empleo de pañuelos desechables.
- Lactancia materna.
- Identificar precozmente los signos y síntomas de alarma.
- Evitar exposición al humo ambiental.
- Vacuna Palivizumab: (compuesta por anticuerpos monoclonales). Reduce las hospitalizaciones en pacientes con riesgo. No se ha demostrado reducir la incidencia de la enfermedad ni la duración de la hospitalización, tratamiento y mortalidad. Por su elevado coste sólo se indica en pacientes de alto riesgo (evidencia A).
- Vacuna de la gripe a los niños con antecedentes de infecciones respiratorias

8. Plan de cuidados estandarizado

a) Valoración.

Observaremos la clínica presentada por el niño (síntomas catarrales, rinorrea, sibilancias espiratorias, taquipnea, disnea y/o rechazo alimentario), previa desobstrucción de la vía aérea mediante lavados nasales y/o aspiración de secreciones.

Valoraremos también el nivel de consciencia y la presencia de roncus, sibilancias, estertores o crepitantes.

Para una valoración del trabajo respiratorio objetiva y estandarizada utilizaremos el score Wood-Downes modificado que nos permitirá objetivar la mejoría o empeoramiento de la clínica.

8. Plan de cuidados estandarizado

Score Wood-Downes modificada

	0	1	2	3
Sibilantes	No	Final espiración	Toda espiración	Inspiración/ espiración
Tiraje	No	Sub/ intercostal	Supraclavicular/ intercostal	Supraesternal/ aleteo
Frecuencia respiratoria	<30	31-45	46-60	>60
Frecuencia cardiaca	<120	>120	>120	>120
Ventilación	Buena	Regular	Muy disminución	Tórax silente
Cianosis	No	Sí	Sí	Sí

Leve: 0-3	**Moderada:** 4-7	**Grave**: 8-14

8. Plan de cuidados estandarizado

Se preguntará a los padres/tutores por los factores de riesgo y protección, enfermedades previas, estado vacunal, ingresos previos, alergias, comienzo de la clínica y medicación tomada en casa.

Además se realizará toma de las constantes vitales con especial interés en la frecuencia respiratoria y la saturación de oxigeno. Se realizará la somatometría y las pruebas complementarias según indicación médica.

8. Plan de cuidados estandarizado

Análisis de las Necesidades Básicas alteradas según Virginia Henderson.

Necesidades	Alteraciones
1. Respirar normalmente	Dificultad respiratoria, sibilancias espiratorias, hiperinsuflación pulmonar, taquipnea, disnea, tiraje subcostal e intercostal, aleteo nasal, tos, rinorrea y cianosis
2. Comer y beber de forma adecuada	Dificultad para la ingesta, inapetencia
3. Eliminar los desechos corporales	Sudoración, disminución de diuresis, diarrea por aumento de secreciones
4. Moverse y mantener una postura adecuada	Postración y decaimiento (letargo)
5. Dormir y descansar	Alteración del sueño, irritabilidad, ansiedad
6. Elegir la ropa adecuada	Sin alteraciones significativas
7. Mantener la temperatura corporal	Aumento de la temperatura corporal (febrícula o fiebre)

8. Plan de cuidados estandarizado

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	Piel irritada y sequedad de mucosas, eritema perianal por diarrea
9. Evitar los peligros del entorno	Miedo y ansiedad del niño, padres y/o familiares
10. Comunicación y relación con los demás	Llanto intenso y miedo al entorno El tono de la voz de los padres y/o familiares puede ser tembloroso y la expresión facial refleja tensión
11. Ejercer culto a Dios, de acuerdo a su religión	Sin alteraciones significativas
12. Trabajar para sentirse realizado	Sin alteraciones significativas
13. Participar en diversas formas de entretenimiento	Sin alteraciones significativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad	La familia muestra miedos, dudas, preguntas frecuentes sobre la enfermedad

8. Plan de cuidados estandarizado

b) Diagnósticos detectados

•**NANDA** 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas: incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva manifestado por cianosis, tos inefectiva y cambios en la frecuencia respiratoria.

•**NANDA** 00032 Patrón respiratorio ineficaz: la inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con hiperventilación manifestado por taquipnea y disminución de la capacidad vital.

8. Plan de cuidados estandarizado

- **NANDA** 00030 Deterioro del intercambio gaseoso: alteración por exceso o por defecto en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono a través de la membrana alveolar-capilar.

  Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con cambios de la membrana alveolar-capilar manifestado por frecuencia, ritmo y profundidad respiratorios anormales, cianosis y aleteo nasal.

- **NANDA** 00039 Riesgo de aspiración: riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.

  Riesgo de aspiración relacionado con vómitos y dificultad respiratoria.

8. Plan de cuidados estandarizado

- **NANDA** 00107 Patrón de alimentación ineficaz del lactante: deterioro de la habilidad para succionar o para coordinar la respuesta de succión y deglución

  Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado con deterioro neurológico manifestado por incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración

- **NANDA** 000013 Diarrea: eliminación de heces líquidas, no formadas.

  Diarrea relacionada con procesos infecciosos manifestado por eliminación mínima de tres deposiciones líquidas por día.

8. Plan de cuidados estandarizado

- **NANDA** 00092 Intolerancia a la actividad: insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas

  Intolerancia a la actividad relacionado con desequilibrio entre aportes y demandas de oxigeno manifestado por malestar o disnea de esfuerzo.

- **NANDA** 00198 Deterioro del patrón de sueño: trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica natural), limitado en el tiempo.

  Deterioro del patrón de sueño relacionado con interrupciones para procedimientos terapéuticos, controles o pruebas de laboratorio, ruidos, iluminación, humedad y temperatura ambiental manifestado por insatisfacción con el sueño y cambios en el patrón del sueño.

8. Plan de cuidados estandarizado

- **NANDA** 00007 Hipertermia: elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.

  Hipertermia relacionado con enfermedad manifestado por aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal

- **NANDA** 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: riesgo de que la piel se vea negativamente afectada

  Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con secreciones y factores mecánicos

8. Plan de cuidados estandarizado

- **NANDA** 00126 Conocimientos deficientes: carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

  Conocimientos deficientes relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener la información manifestado por verbalización del problema
- **Problema de colaboración:** ***Dolor secundario a patología***
- **Problema de colaboración:** ***Riesgo derivado de procedimientos invasivos secundario a vía venosa.***

8. Plan de cuidados estandarizado

c) Planificación: Resultados e intervenciones.

000001 Respirar normalmente

NANDA 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas:

NOC: 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. Indicador: frecuencia respiratoria. Escala: De gravemente comprometido a no comprometido.

NIC:

•3160 Aspiración de las vías aéreas.

- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración
- Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.
- Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.

8. Plan de cuidados estandarizado

- 2311 Administración de medicación: inhalación.
  - Controlar las respiraciones del paciente y realizar la auscultación pulmonar según sea conveniente.
  - Controlar los efectos de la medicación y enseñar al paciente y a los cuidadores los efectos beneficiosos y los posibles efectos adversos de la medicación.
  - Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con el protocolo de la institución.
- 3230 Fisioterapia respiratoria.
  - Determinar si existen contraindicaciones al uso de la fisioterapia respiratoria.
  - Estimular la tos durante y después del drenaje postural.

8. Plan de cuidados estandarizado

- 3350 Monitorización respiratoria:
  - Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
  - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
  - Observar la tolerancia del paciente por medio de la Sat. 0_2, ritmo y frecuencia respiratorios, ritmo y frecuencia cardíacos y niveles de comodidad.
  - Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.

8. Plan de cuidados estandarizado

NANDA 00032 Patrón respiratorio ineficaz:

NOC: 0403 Estado respiratorio: ventilación. Indicadores: ruidos respiratorios a la auscultación y ritmo respiratorio. Escala: de gravemente comprometido a no comprometido.

NIC:

•3250 Mejorar la tos.

- Fomentar la hidratación a través de la administración de líquido por vía sistémica, si procede.
- Ayudar al paciente a sentarse con la cabeza ligeramente flexionada, los hombros relajados y las rodillas flexionadas.

•3320 Oxigenoterapia.

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.
- Administrar oxígeno suplementario según órdenes.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría capilar), si procede.

8. Plan de cuidados estandarizado

NANDA 00030 Deterioro del intercambio gaseoso:

NOC: 0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso. Indicadores: Saturación de oxigeno y cianosis. Escala:: de desviación grave a ausencia de desviación del rango normal.

NIC:

•3390 Ayuda a la ventilación.

- Mantener una vía aérea permeable
- Colocar al paciente de manera que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama)
- Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación

8. Plan de cuidados estandarizado

000002 Comer y beber de forma adecuada

NANDA 00039 Riesgo de aspiración:

NOC:

•0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. Indicador: movilización del esputo hacia afuera de las vías respiratorias. Escala: de gravemente comprometido a no comprometido.

•1010 Estado de deglución. Indicador: controla las secreciones orales y acepta la comida. Escala: de gravemente comprometido a no comprometido.

NIC:

•0840 Cambio de posición.

- Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición.
- Colocar en una posición que facilite la ventilación/perfusión, si resulta apropiado.

8. Plan de cuidados estandarizado

- 3200 Precauciones para evitar la aspiración.
  - Vigilar nivel de consciencia.
  - Colocación vertical a 90º o lo más incorporado posible.
  - Alimentación en pequeñas cantidades.
  - Controlar los residuos nasogástricos antes de la alimentación.
  - Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.
  - Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 minutos después de la alimentación
- 1570 Manejo del vómito.
  - Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.

8. Plan de cuidados estandarizado

NANDA 00107 Patrón de alimentación ineficaz del lactante:

NOC: 1002 Mantenimiento de la lactancia materna. Indicador: Crecimiento del lactante dentro del rango normal, desarrollo del lactante dentro del rango normal. Escala: de inadecuado a completamente adecuado.

NIC:

- 5244 Asesoramiento de la lactancia.
  - Determinar la frecuencia con que se da el pecho en relación a las necesidades del bebé.
  - Evaluar la forma de succión/ deglución del recién nacido.
  - Mostrar la forma de amamantar si procede.
- 1100 Manejo de la nutrición.
  - Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.
- 1260 Manejo del peso.
  - Determinar el peso corporal ideal del individuo.

8. Plan de cuidados estandarizado

000003 Eliminar por todas las vías

NANDA 000013 Diarrea:

NOC: 0602 Hidratación. Indicador: diuresis, ingesta adecuada de líquidos y membranas mucosas húmedas. Escala: de gravemente comprometido a no comprometido. Fontanela hundida. Escala: de grave a ninguno.

NIC:

•0460 Manejo de la diarrea.

- Obtener una muestra de heces para realizar cultivo y determinar la sensibilidad si la diarrea continuara.
- Pesar regularmente al paciente.

•3590 Vigilancia de la piel.

- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.

8. Plan de cuidados estandarizado

000004 Moverse y mantener una postura adecuada

NANDA 00092 Intolerancia a la actividad:

NOC:

•0208 Movilidad. Indicador: Se mueve con facilidad. Escala: de gravemente comprometido a no comprometido.

•0001 Resistencia. Indicador: Actividad. Escala: de gravemente comprometido a no comprometido.

NIC:

•0840 Cambio de posición.

- Colocar en una posición que facilite la ventilación/ perfusión si resulta apropiado.
- Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.

8. Plan de cuidados estandarizado

NANDA 00198 Deterioro del patrón de sueño:

NOC: 0003 Descanso. Indicador: Tiempo de descanso. Escala: de gravemente comprometido a no comprometido.

NIC:

- 1850 Mejorar el sueño.
  - Agrupar las actividades para minimizar el numero de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos
  - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- 6482 Manejo ambiental: confort.
  - Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes, posición de la sonda, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.

8. Plan de cuidados estandarizado

NANDA 00007 Hipertermia:

NOC:

•0800 Termorregulación. Indicadores: temperatura cutánea aumentada. Escala: de grave a ninguno.

•0802 Signos vitales. Indicadores: temperatura corporal. Escala: desviación grave del rango normal a sin desviación del rango normal.

NIC:

•3740 Tratamiento de la fiebre.

- Administrar medicación antipirética, si procede.
- Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno.
- Comprobar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.

•3900 Regulación de la temperatura.

- Observar el color y la temperatura de la piel.

8. Plan de cuidados estandarizado

000008 Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

NANDA 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea:

NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Indicadores: lesiones de la membrana mucosa Escala: de grave a ninguna.

NIC:

- 3590 Vigilancia de la piel
  - Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y membranas mucosas
  - Observar si hay excesiva sequedad o humedad de la piel
  - Observar si hay zonas de presión o fricción

8. Plan de cuidados estandarizado

00009 Evitar los peligros del entorno

Problema de colaboración: ***Dolor.***

NOC: 3016 Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor. Indicadores: dolor controlado. Escala: de completamente satisfecho a no del todo satisfecho.

NIC:

- 1400 Manejo del dolor.
  - Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
- 2210 Administración de analgésicos.
  - Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

8. Plan de cuidados estandarizado

Problema de colaboración: ***Riesgo derivado de procedimientos invasivos: vía venosa.***

NOC: 1902 Control del riesgo. Indicadores: ausencia de flebitis, extravasación e infección de la zona. Escalas: de siempre demostrado a nunca demostrado.

NIC:

- 6540 Control de infecciones.
  - Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas i.v.

8. Plan de cuidados estandarizado

00014 Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad

NANDA 00126 Conocimientos deficientes:

NOC: 1824 Conocimiento: cuidados en la enfermedad. Indicadores: proceso especifico de la enfermedad, prevención y control de la infección, procedimiento terapéutico. Escalas: de ningún conocimiento a conocimiento extenso

NIC:

- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
  - Describir los signos y síntomas comunes a la enfermedad, si procede
  - Enseñar al paciente medidas para controlar/ minimizar síntomas, si procede
- 7040 Apoyo al cuidador principal
  - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador
  - Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente

8. Plan de cuidados estandarizado

d) Ejecución

Es una fase orientada a la acción directa, en la que la principal responsable de la puesta en marcha es la enfermera mediante el plan de cuidados.

e) Evaluación

Se realizará durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de Enfermería lo cual nos permitirá realizar modificaciones puntuales en una intervención. En cada resultado NOC existe una lista de indicadores que permite evaluar el estado del paciente empleando la escala Likert.

8. Plan de cuidados estandarizado

La evaluación concluirá tras mantener la monitorización después de la retirada del oxígeno (8-12 h), incluyendo un período de sueño.

Cumplir los siguientes criterios de alta:

- La FR adecuada a la edad del paciente.
- Sat O_2 > 94% en aire ambiental (FiO_2: 21%).
- Ingesta es adecuada.
- Los cuidadores son capaces de realizar adecuadamente la limpieza de la vía aérea.
- Los recursos del entorno son adecuados (padres/cuidadores informados correctamente de la evolución y motivos de retorno, conformes con el alta y posibilidad de seguimiento adecuado)

9.Bibliografía

- Amezcua Sánchez A, Villaseñor Roa LA, Menéndez Suso JJ, Borges Valiente JJ, Moreno Móstoles B, Montes Bueno, MT. Manual de rutas de Cuidados Pediátricos. Madrid: Info Ediciones; 2010. vol. 1.
- Calvo C, García García ML, Casas I, Pérez-Breña P. Infecciones respiratorias virales. En: Protocolos de Neonatología. Asociación Española de Pediatría. 3ª ed. 2011. p. 189-204. [Internet] Disponible en: http://www.aeped.es/documentos/protocolos-infectologia
- Cepillo Boluda AJ, García Villaescusa L, Doyle Sánchez M, Ramírez Martínez N, Cuartero del Pozo I, Parrondo Muiños C, et al. Sibilantes en el lactante. En: Sotoca JV, Martínez A, editores. Motivos de consulta en urgencias pediátricas. 1ª ed. Madrid: Ergon; 2011. p. 65-71.
- Figueras Aloy J, Carbonell Estrany X. Recomendaciones del uso del Palivizumab para la prevención de la infección del virus respiratorio sincitial en prematuros de 31 a 35 semanas de gestación. An Pediatr (Barc).2010; 73(2):98.e1–98.e4
- González de Dios J, Ochoa Sangrador C. Conferencia de consenso sobre Bronquiolitis Aguda: prevención de la Bronquiolitis Aguda. Revisión de la evidencia científica. An Pediatr (Barc) 2010; 72 (5):353 e1 353. e26.
- González de Dios J, Ochoa Sangrador C. Conferencia de consenso sobre Bronquiolitis Aguda: tratamiento de la bronquiolitis aguda. Revisión de la evidencia científica. An Pediatr (Barc).2010; 72(4):285.e1–285.e42.

9.Bibliografía

- González de Dios J, Ochoa Sangrador C. Conferencia de consenso sobre Bronquiolitis Aguda (II): Epidemiología de la Bronquiolitis Aguda. Revisión de la evidencia científica. An Pediatr (Barc).2010; 72(3):222.e1–222.e26
- González de Dios J, Ochoa Sangrador C. Conferencia de consenso sobre Bronquiolitis Aguda (VI): Pronóstico en la Bronquiolitis Aguda. Revisión de la evidencia científica. An Pediatr (Barc).2010; 72(5):354.e1–354.e34
- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007.
- Mayers, MG. Cuidados en Enfermería: planeación, control y cuidados. Ed. Limusa. 2000.
- McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.
- Ministerio de Sanidad y Política Social e igualdad. Guía de la práctica clínica sobre la Bronquiolitis Aguda. Edición 2011.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.
- NANDA International, diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Elsevier Mosby.
- Simó Nebot M, Claret Teruel G, Luaces Cubells C, Estrada Sabadell MD, Pou Fernández J. Guía Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda: recomendaciones para la práctica clínica. An Pediatr (Barc).2010; 73(4):208.e1–208.e10

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN SERVICIOS DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS.

MARÍA CORTÉS CELBRIÁN BAÑOL.
RAQUEL GAITANO ESCRIBANO.
MARÍA FÉ RUIZ GARCÍA.

ÍNDICE

Resumen
Abstract
1. Introducción
2. Objetivos
   2.1. Objetivo General
   2.2. Objetivos Específicos
3. Metodología
   3.1. Definición del problema.
   3.2. Búsqueda de información.
   3.3. Organización de información.
   3.4. Análisis de información.
4. Desarrollo
   4.1. La comunicación.
   4.2. La comunicación y la enfermería.
      4.2.1. La comunicación en malas noticias.
   4.3. Actuación de Enfermería en malas noticias.
5. Conclusiones
6. Bibliografía

RESUMEN

Introducción: comunicar una mala noticia es una tarea difícil, que requiere de una correcta utilización de técnicas y estrategias que todos los profesionales deben de conocer. El profesional de enfermería, puede que no se encargue de decir directamente la mala noticia, pero, si debe de estar presente, para que así pueda resolver las nuevas incertidumbres que puede plantearse en el enfermo.

Objetivos: como objetivo general del estudio se ha propuesto el conocer el modo de actuar ante la comunicación de una mala noticia. Para ello hemos marcado los objetivos específicos, que son: conocer los tipos de comunicación, la comunicación entre el enfermero/a-paciente y profundizar en la actuación de enfermería al comunicar la mala noticia.

Metodología: el estudio llevado a cabo ha sido una revisión narrativa de los diferentes protocolos que existen en urgencias y emergencias. Haciendo una búsqueda rigurosa de los diferentes estudios que aporten ideas relacionadas con el tema principal del

ABSTRACT

Introduction: communicating bad news is a difficult task, which requires a correct use of techniques and strategies that all professionals must know. The nurse can not say directly responsible for the bad news, but if must be present, so that you can meet the new uncertainties that may arise in the patient.

Objectives: The general objective of the study has been proposed to know how to react to the communication of bad news. So we have set specific objectives, which are: the types of communication, communication between the nurse / a-patient and deepen nursing performance in communicating bad news.

Methodology: The study was conducted a narrative review of the different protocols that exist in emergency. Doing a thorough search of the different studies to provide ideas related to the main theme of the study.

Conclusions: It is essential that nurses see the patient as a biopsychosocial being, to understand, that performing good communication is part of our work to achieve adequate performance in the accident and emergency service.

- Descriptors: communication, emergency, sick, nursing.

1. INTRODUCCIÓN

Cuando alguien nos comunica que se casa, que van a ser padres, que han encontrado trabajo o que han superado una enfermedad, se genera un sentimiento de alegría intensa por aquellas personas que están involucradas en esa vivencia, y aún más, si esta buena noticia nos incumbe a nosotros mismos. Las buenas noticias siempre queremos escucharlas, pero ¿y las malas noticias?

Podemos definir la mala noticia como aquella que drástica y negativamente altera la propia perspectiva del paciente, o sus familiares, en relación con su futuro. El resultado es un desarreglo emocional o de comportamiento que persiste un tiempo después de que la mala noticia es recibida (1).

Por suerte o por desgracia los seres humanos tenemos la capacidad de comunicarnos, hecho que conlleva, a que a veces lo que nos cuentan no sea lo que en realidad esperábamos. Comunicar a una persona que hasta entonces había estado sana, con una vida normal y sin limitaciones, que ahora es una persona enferma, que posiblemente tenga que cambiar su estilo de vida, y que actividades que ha estado realizado hasta ahora, ya no podrá llevarlas a cabo, la podemos considerar como una muy mala noticia.

La reacción de un paciente determinado ante una mala noticia va a depender básicamente de su personalidad, creencias religiosas, apoyo familiar percibido y el marco antropológico-cultural en el que vive (2).

En los servicios de urgencias, emergencias y cuidados críticos, este tipo de noticias están muy presentes, por ello los profesionales que trabajan en este ámbito tienen que lidiar en su día a día con esta carga. Es una tarea difícil y que requiere de esfuerzo, disciplina e implicación por parte del profesional hacia el paciente o familia y un buen manejo de todos los conocimientos que poseemos, anteponiendo el bienestar físico y emocional de los mismos, para llevar a cabo una buena comunicación.

Como decía Florence Nightingale: “la Enfermería es un arte, y si se pretende que sea un arte, requiere una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura, es como el trabajo de un pintor o de un escultor, pero ¿cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios? Es una de las bellas artes, casi diría, la más bella de las bellas artes…” (3). El arte de la enfermería, es el más imaginativo y creativo sentido del conocimiento al servicio del ser humano. Para ello el profesional de enfermería debe integrar los conocimientos de las artes, las humanidades, las ciencias sociales y conductuales en la asistencia humana (4).

Pues bien, esto es lo que abordaremos a lo largo del trabajo, poner en práctica este postulado de Nightingale en el cuidado y acompañamiento por parte del personal de enfermería a pacientes y familia cuando reciben una mala noticia, en situaciones de urgencia, emergencia y cuidados críticos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General:

Conocer el modo de actuar ante la comunicación de malas noticias, por parte del personal de enfermería de urgencia, emergencia y unidades de cuidados críticos, al paciente y su familia.

2.2. Objetivos Específicos:

- Conocer los diferentes tipos de comunicación.
- Profundizar en la comunicación que existe entre el profesional de enfermería y el paciente y familiar en situaciones de urgencias, emergencias y cuidados críticos
- Profundizar en la atención del cuidado al paciente y familia al comunicar una mala noticia.

3. METODOLOGÍA

3.1. Definición del problema.

Uno de los problemas que acontece a los profesionales en el ámbito de la salud es dar malas noticias, además se le suma la poca información que se tiene acerca de estos temas, ya que esta es muy sesgada y es escasa en la formación adquirida. Es por ello que con este estudio queremos dar a conocer los diferentes conocimientos y procedimientos que existen sobre la comunicación en urgencias, emergencias y cuidados críticos, para que los profesionales de enfermería puedan hacer uso de ellos, y prestar así un cuidado de calidad.

3.2. Búsqueda de información.

Se ha llevado a cabo una búsqueda rigurosa de información relacionada con el tema principal del estudio, es decir, la comunicación en malas noticias.

Para ello se han utilizado:

- Diferentes libros publicados sobre enfermería, malas noticias en urgencias y emergencias, comunicación, etc. En diferentes formatos como monografías, compendios, etc.
- Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como son Scielo, Elsevier, PubMed, CUIDEN, EBSCO, Index, Decs. Utilizando los descriptores: comunicación, urgencias, enfermo, enfermería.
- Revistas de impacto relacionadas con enfermería como METAS.

3.3. Organización de información.Toda información encontrada fue recogida, organizada y estructurada en base a los objetivos del estudio. De esta manera se pudieron establecer los diferentes puntos del desarrollo del trabajo, pudiendo acceder de manera coordinada y concreta al tema a estudiar y tratar en el momento determinado.

3.4. Análisis de información.Una vez organizada la información se procedió a su análisis. Resaltamos los artículos y libros más relevantes para nuestro estudio, desechando aquellos que no contenían la información necesaria para el trabajo de campo. En dicho análisis se procedió también a la revisión del año de los diferentes artículos, para escoger así los más actuales.

4. DESARROLLO

4.1. La comunicación.

Son muchas las definiciones que encontramos sobre este concepto, pero de manera general podríamos definirla como “Acto o proceso de la transmisión de información, ideas, emociones, destrezas, etc. con el uso de símbolos-palabras, cuadros, cifras, gráficos, etc.” Quedando compuesta por cinco partes esenciales: Una fuente de información que produce un mensaje o secuencia de mensajes para ser comunicados al terminal receptor, un transmisor que opera sobre el mensaje en forma de producir una señal susceptible de transmisión por el canal, el canal es solamente el medio usado para transmitir la señal, el receptor ordinariamente lleva a cabo la operación inversa a la que hace el transmisor reconstruyendo el mensaje a partir de la señal y el destinatario es la persona a la que va dirigido el mensaje (5).

Como hemos visto en la definición de comunicación, las personas transmitimos nuestros pensamientos por medio de palabras, pero también a través de gestos, es decir, por la expresión de todo nuestro cuerpo. Es por ello que la comunicación podemos llevarla a través de la comunicación verbal y no verbal. La comunicación no verbal es el espejo de nuestras emociones más ocultas. Todas las partes de nuestro cuerpo lanzan mensajes que permiten la exteriorización de nuestros sentimientos. La comunicación verbal se manifiesta por la palabra, medio privilegiado para transmitir nuestros deseos, emociones e intenciones. Es cierto que el cuerpo no miente y que transmite los mensajes de manera inequívoca, el lenguaje sigue siendo el instrumento más indicado para transmitir rápidamente nuestros pensamientos (6).

4.2. La comunicación y la enfermería.

Una vez vistas las principales características de la comunicación en general, vamos a destacar algunos de los aspectos más importantes que existen entre en la enfermera y el paciente, ya que estos también van a ser determinantes a la hora de la comunicación.

Joyce Travelbee, en su teoría de Enfermería de la interacción enfermera-paciente, expone estos tres postulados (7):

- La finalidad del cuidado se da por el establecimiento de la relación persona-persona en la medida en que toda acción de cuidar incluye relación interpersonal.
- La enfermera establece la relación a través de la comunicación para cumplir la finalidad de los cuidados, pues toda relación es permeada por aspectos verbales y no verbales.
- La enfermera ayuda a las personas a encontrar significado a la experiencia de la enfermedad.

En el segundo postulado hace referencia a la comunicación para llevar a cabo la culminación de un buen cuidado. A continuación profundizaremos en la comunicación de los profesionales de enfermería de urgencias, emergencias y cuidados críticos con el paciente y la familia.

❖ Enfermero/a – paciente crítico – familia.

Las enfermeras demuestran que la relación interpersonal con el paciente debe ser apoyada por actitudes como colocarse en el lugar del otro, tener disponibilidad para escuchar, para conversar, ser solícita, atender y ser cordial, tener una actitud de oferta de ayuda, mantener contacto directo y demostrar preocupación con el paciente (8).

En estos comportamientos de la enfermera participan la existencia del compromiso emocional en la relación, o sea, la capacidad de transcender a sí mismo e interesarse por la otra persona, a través de la capacidad de percibir a los otros como seres humanos únicos y de expresar las emociones y sentimientos en la interacción con el paciente (9).

Así, el fenómeno cuidar se revela a través de un proceso comunicativo e interactivo que exige dedicación y compromiso de aquel que cuida y de aquel que es cuidado. Confirmándose así el postulado de la teoría de Travelbee (7).

En general las actitudes de las enfermeras se manifiestan por actuar en un contexto intenso de cuidado, donde frecuentemente, las emociones de los sujetos involucrados están afloradas. En este sentido, a pesar de la superficialidad en la relación interpersonal, entendiendo no ser esta constituyente de la enfermera, pero sí una expresión impuesta por el escenario de cuidado en situaciones en las cuales la afectividad está del lado de la racionalidad en el cuidado y de la relación interpersonal (8).

Debemos ser conscientes de que una situación crítica de un paciente es considerado por su familia como una mala noticia. En este contexto es fundamental una comunicación franca y fluida entre los responsables del cuidado del paciente crítico y su familia. El cumplimiento escrupuloso de los pasos del protocolo de Baile-Buckman llamado SPIKES (tabla 1), es una herramienta fundamental para conseguir este objetivo. Especialmente útil es emplear un lenguaje sencillo, sin tecnicismos, gastar el tiempo necesario y realizar la entrevista en una estancia suficientemente confortable y con el nivel de privacidad adecuado (8).

Tabla 1. SPIKES. Protocolo de Baile-Buckman.

Setting	Preparación	Preparar el ambiente más apropiado.
Perception	Percepción	Conocer que sabe el paciente sobre su estado de salud.
Invitation	invitar	Invitar a que nos pregunte que quiere saber.
Knowledge	Conocimiento	Darle a entender que se le va a dar una mala noticia.
Empathy	Empatía	Iniciar el proceso de empatía y escucha activa.
Strategy and Summary	Resumen y planes de futuro	Conocer la nueva situación del paciente para establecer las medidas necesarias.

Fuente: Elaboración propia, basada en Miron (10).

La comunicación expresada como escucha, aproximación y direccionamiento del cuidado se caracteriza por el énfasis en orientaciones/informaciones, considera la privacidad y señala el retraimiento personal de la enfermera. Es esencial que el/la enfermero/a este presente en el recibimiento, porque el enfermero va a dar el toque de conocimiento, orientando al paciente sobre lo que él va a hacer, lo que le puede ocurrir (8).

4.2.1. La comunicación en malas noticias.

Comunicar malas noticias es unos de los mayores retos que existe para la profesión sanitaria, por ello es necesario que haya una comunicación de calidad entre el médico/enfermera y el paciente, los profesionales deben de conocer las principales habilidades sociales de emisión así como las habilidades sociales de recepción. Además la mejor actitud que puede tener el profesional es una conducta asertiva que consiste en decir la palabra oportuna, de la forma oportuna y en el momento oportuno, sabiendo controlar las emociones (11).

- Ente las habilidades de recepción encontramos:
  - Empatía.

Mostrar empatía es la capacidad de conexión emocional diferida, es intentar pensar y sentir de la misma forma que el otro siente y piensa. Mostrar empatía es una manera de informarle al otro de que entiendes su perspectiva y sentimiento. Es mostrar que nos hacemos cargo del impacto que le produce un problema, de los apuros por los que está pasando. La empatía produce una sensación de seguridad, haciendo que nuestro interlocutor se sienta aceptado, acompañado, apoyado y escuchado. Sin embargo, no implica aceptar ni estar de acuerdo con la posición de tu interlocutor (5,6).

La habilidad de expresar empatía consta de dos fases (5):

1. Identificar y entender las emociones, observando el tono de voz, la expresión facial y otros mensajes no verbales.

2. Expresar o reflejar las emociones. No sólo hay que empatizar con las palabras, sino también con el cuerpo, manteniendo contacto visual y adoptando una expresión facial apropiada a los sentimientos que transmite.

- Escucha activa.

Escuchar es una habilidad esencial para conversar y relacionarnos con otras personas. Escuchar activamente, bien y con sumo cuidado no es una tarea fácil. Escuchar implica estar atento no sólo a lo que la persona dice sino también a su cuerpo, a su manera de expresarse. Escuchar es centrarnos en el otro, apartándonos momentáneamente de nuestros pensamientos. La persona que se siente escuchada, también se siente aceptada y respetada como persona.

“Escuchar en los propios términos de quien nos habla” implica respetar el modo en que nos lo transmite. Ello quiere decir que cuando escuchamos hemos de tomar nota de las voces, gritos e insultos de quienes están irritados. Seremos más influyentes si previamente aceptamos, mientras escuchamos, el modo en que nos habla. Escuchar relaja y neutraliza las emociones de irritación y la hostilidad (5,6).

La escucha adopta diferentes procedimientos o modalidades según las exigencias de la situación interpersonal (5):

Paráfrasis: Es repetir mensajes significativos o relevantes de la persona que nos está hablando, de esta forma clarificamos la esencia del problema.

Síntesis: Implica unir y repetir dos o más partes de uno o varios mensajes y emociones implicadas y es una manera de informar a quien nos habla de que le estamos escuchando con interés.

Clarificación: En un primer momento, cuando se inicia el intercambio comunicacional, las preguntas suelen ser abiertas, de tipo más general y con fines exploratorios. Sin embargo, cuando se quiere recoger información específica y concreta es más conveniente utilizar preguntas cerradas, que pueden ser respondidas con una o dos palabras. La clarificación se orienta a dilucidar los mensajes vagos o confusos de quien nos habla, comprobar si hemos comprendido lo que hemos escuchado.

- Como habilidades de emisión tenemos (5):

- Mensajes de Yo.

El mensaje Yo es aquel que se envía en primera persona en el que se asume la responsabilidad de los sentimientos que se experimentan, de las opiniones que se exponen y los deseos y preferencias que se tienen.

Expresarse con mensajes Yo es lo mismo que decir “yo lo veo así”, de esta manera nos permite compartir de una manera franca y no amenazante ni impositiva nuestros deseos, opiniones y sentimientos.

- Mostrar acuerdo.

Es una habilidad social por medio de la cual expresamos aceptación explícita de lo que nuestro interlocutor nos dice. De esta manera reconocemos implícitamente que las personas con las que nos comunicamos tienen opiniones, deseos y sentimientos propios, diferentes y hasta contrapuestos a los nuestros y que les asisten razones legítimas para expresarlos. Implica escuchar y observar lo que el usuario dice, tratando de identificar aquellos contenidos con los que se esté de acuerdo.

- Disco rayado.

Es la habilidad social que nos facilita persistir en la expresión de nuestros objetivos, deseos y sentimientos, una vez que hemos sido sensibles a los de nuestro interlocutor. Es la expresión reiterada de los propios deseos, sentimientos y opiniones.

4.3. Actuación de Enfermería en malas noticias.

Como dijimos al principio del trabajo el profesional de enfermería no va a dar directamente las malas noticias, pero si se va a encontrar con situaciones en las que va a tener que responder tanto a los paciente como a los familiares sobre preguntas relacionadas con situaciones de urgencia, emergencia y cuidados críticos. Por ello es de vital importancia que el/la enfermero/a este formado en cuanto a estrategias de comunicación 12.

Para dar una mala noticia debemos de tener en cuenta los aspectos como la gravedad de la situación, personalidad del paciente y el entorno socio familiar. Para ayudarnos a dar una mala noticia, el plantearnos estas preguntas puede ser de utilidad:

Tabla 2. Preguntas para abordar una mala noticia.

¿Dónde dar la mala noticia?	Debe ser un lugar donde todos los implicados puedan estar sentados, con intimidad y sin interferencias.
¿Cuándo dar la mala noticia?	Esto va a depender del servicio. Para el nuestro debe de ser en el menor tiempo posible.
¿A quién dar la mala noticia y en qué orden?	En primer lugar se debe de dar al paciente, quedando como segundo lugar el familiar, si el paciente lo permite.
¿Quién da la mala noticia?	He aquí el punto de inflexión de este estudio. La mayoría de las veces al tratarse de un problema médico, lógicamente la noticia la dará el facultativo. Pero puede ser otro miembro del equipo sanitario, entrando aquí el papel de enfermería, el que asuma las reacciones por tener más cercanía física, empatía, etc.
¿Cómo dar la mala noticia?	Para dar una mala noticia se va a requerir de: - Saber utilizar las habilidades de comunicación. - Utilizar palabras de bajo contenido emocional

Fuente: Elaboración propia, a partir de

5. CONCLUSIONES

El tema de la comunicación, sobre todo en malas noticias, ha sido, es y será uno de los aspectos más complejos en nuestro día a día. Es importante pues, tener un buen conocimiento sobre estrategias para llevar a cabo dicha comunicación, pudiendo así realizar nuestro trabajo de la manera más correcta. En este estudio, hemos podido conocer dichas estrategias, corroborando así, que existen muchos métodos, que si los llevamos a la práctica podrían resultar de gran ayuda para los profesionales y por consiguiente para el paciente y familia.

En las malas noticias es importante hacer un buen uso del lenguaje tanto verbal como no verbal. En ocasiones el lenguaje no verbal puede ser más importante e imprescindible que el verbal, ya que en las situaciones de pérdidas de familiares, enfermos críticos o terminales, el paciente puede sentirse más cómodo y apoyado por parte de los profesionales con el hecho de dar una mano, o apoyar esta en el hombro del otro que decir alguna frase, y si no sabemos qué decir, a veces, un silencio vale más, que mil palabras.

Saber tener una buena comunicación es importante, pero esto carecería de valor, si en el cometido del profesional no prima el intentar generar el mínimo impacto en el paciente y familiares, para que estos salgan lo menos traumatizados posible dentro de la gravedad de la misma, no debiendo quitar importancia a la información dada, para que así no provoque un desinterés o falta de percepción de la realidad por parte de los implicados.

El arte de cuidar, es lo Florence Nightingale nos dejó como el legado de la enfermería. Hecho que no debemos olvidar, sobre todo en el servicio de Urgencias y emergencias, porque a veces al profesional de enfermería se le olvida que ya no es el antiguo practicante, y que en este servicio no sólo se encarga de “pinchar”, si no que va más allá. Hemos evolucionado mucho, y con ello han aparecido nuevos cometidos, viendo a la persona como un ser biopsicosocial, por ello debemos de trabajar no sólo en el aspecto biológico, sino también en el psicosocial, poniendo en práctica los conocimientos que esta profesión nos enseña, ya que de esta manera seremos unos verdaderos enfermeros/as.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Armstrong L. It´s not about the bike: my journey back to life. New York: Putman; 2000.

2. García Díaz, F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. Med. Intensiva. 2006; 30(9): 452-459.

3. Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y que no es. Salvat;1990.

4. Agustín C, Román L. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev Cubana Enfermer. 2006; 22(4): 0-0.

5. Beltrán SLR. Adiós a Aristóteles: la comunicación <<horizontal>>. Comunicación y sociedad. 1981; 6: 5-35.

6. Langevin Hogue. L. Iniciarse en el arte de la comunicación. En: la comunicación: un arte que se aprende. Québea: Les éditions <<un monde différent>> saint-Hubert; 1986.p.15-20.

7. Leopardi MT. Teoría e método em assistência de enfermagem. 2ºed. Soldasoft; 2006.

8. Rocha Olivera T, Faria Simone SM. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. Enferm. glob. 2013; 12(30): 76-90.

9. Travelbee J. Intervención en enfermeria psiquiatrica: el proceso de la relacion de persona a persona. Organizacion Mundial de la Salud; 1979.

10. Miron González R. Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. Rev Esp Com Sal. 2010; 1(1):39-40.

11. León JM, Gil F, Medina S. Las habilidades sociales: Una actitud y un instrumento. En: Loscertales F, Gómez A. La comunicación con el enfermo. Granada: Alhulia; 1999. p. 198

12. Montoya Fernandez J. La comunicación en urgencias. En: Enfermería en urgencias: una visión global. Sevilla: Editorial MAD; 2004.p. 199-210.

EL DOLOR EN LA PUNCIÓN ARTERIAL PARA GASOMETRÍA

María Fe Ruiz García

María Cortes Cebrián Bañol

Raquel Gaitano Escribano

Índice

1. Resumen.
2. Introducción.
3. Metodología.
4. Desarrollo y discusión.
5. Conclusiones.
6. Bibliografía.

1. Resumen.

No sufrir dolor innecesario es un derecho que tiene todo paciente y es deber de la enfermería proporcionar el tratamiento necesario para aliviarlo. Sin embargo, en la práctica asistencial diaria nos encontramos numerosas ocasiones en que el paciente refiere dolor, en mayor o menor grado, como es el caso de la punción arterial (PA). A pesar de disponer de guías sobre el manejo del dolor que nos dan herramientas para aliviarlo, la literatura dice que no las estamos usando, y mucho menos en el ámbito de la urgencia. Debemos ser conscientes de nuestra labor como enfermeros y velar por el bienestar del paciente, todavía más cuando el dolor es derivado de una intervención que realizamos para el beneficio de su salud. Numerosos estudios comparan la eficacia de diversos anestésicos y ponen de manifiesto algunas otras alternativas para hacer de ella una técnica

2. Introducción.

- Son muchas las personas que demandan atención de urgencia presentando síntomas respiratorios. La agudización de la EPOC es uno de los cuadros más frecuentes, pero también nos encontramos con patologías como el edema agudo de pulmón, la insuficiencia cardiaca congestiva, neumonías o el tromboembolismo pulmonar. Todas ellas, aunque diferentes en su fisiopatología y su clínica, comparten algunas pruebas diagnósticas y de seguimiento como es el caso de la gasometría arterial, la cual resulta indispensable para medir la función pulmonar(1, 2, 3).
- La gasometría arterial consiste en la medición de las presiones parciales de oxígeno (PaO_2) y de dióxido de carbono ($PaCO_2$), así como del equilibrio ácido-base

2. Introducción.

- La PA en España es una técnica de Enfermería que a pesar de ser sencilla causa cierto rechazo(4 - 12) , suponiendo un procedimiento invasivo que produce dolor y aumenta la ansiedad en el paciente (8, 10-12, 14, 15). Algunos estudios (8, 11-13) plantean que el temor que sufren los pacientes cuando se les realiza esta prueba puede provocar variaciones en la frecuencia cardiaca e incluso alteraciones en los resultados gasométricos por la hiperventilación asociada, disminuyendo la PaCO2.
- En 1987, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), mediante el Comité Ejecutivo de Enfermería Neumológica, publicó el "Decálogo de la gasometría arterial" en el que se detalla la correcta técnica de la PA insistiendo en el uso de la anestesia local infiltrada para disminuir el dolor, aunque no es la única alternativa(9-12, 15, 16).

2. Introducción.

- Diversas publicaciones y protocolos avalan estas recomendaciones junto con organismos reconocidos como la American Association of Critical-Care Nurses o la British Thoratic Assotiation, sin embargo la realidad asistencial difiere de la teoría según la literatura revisada (5-7, 14, 18, 19, 20).
- El objetivo de este trabajo es conocer qué recomienda la literatura científica acerca de la obtención de una muestra de sangre arterial para gasometría y qué medidas se pueden tomar para hacer de ella una técnica menos molesta y dolorosa.

3. Metodología.

- Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica descriptiva consultando el metabuscador Cochrane Plus, las bases de datos Dialnet, IBECS, MEDLINE, Guía Salud, la página web de la SEPAR y de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) y algunos protocolos de hospitales españoles.
- Las palabras claves utilizadas en la búsqueda han sido: *"gasometría arterial", "punción arterial", "dolor", "anestesia", "blood arterial analysis", "arterial puncture", "pain"* y *"anesthesia"*, excluyendo el término "*catéter arterial*".

3. Metodología.

- Finalmente seleccionamos 20 basándonos en los siguientes criterios:

- Publicaciones entre el año 2002 y 2014, exceptuando un documento de la SEPAR menos reciente que ha sido utilizado como referencia por su importancia en el marco teórico de la cuestión.
- Artículos que además de responder de manera concreta al objetivo de la revisión sean de relevancia y calidad científica, sirviendo como base para poner en práctica los resultados que ofrecen.

4. Desarrollo y discusión.

A continuación se describen las recomendaciones actuales así como los artículos y estudios consultados para llevar a cabo la revisión.

- La SEPAR recomienda que se infiltren entre 0,3 y 0,5 ml de anestesia local al 2% sin vasoconstrictor además de que la PA se realice en la arteria radial a 45º, siempre que la prueba de Allen sea positiva y presionando el punto de punción al menos dos minutos con la posterior comprobación del pulso radial (16, 3).
- Autores como Acero et al. (2), con su publicación a través de la Sociedad de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) y Artázcoz (4), después de llevar a cabo una amplia revisión bibliográfica sobre la extracción, conservación y traslado de la muestra al

4. Desarrollo y discusión.

- Martínez de Guereñu y Sáenz de Ormijana (5) constatan, basándose en los diversos estudios revisados, que la infiltración de anestesia no aumenta la dificultad de la localización del vaso ni del procedimiento, aunque sí lo alarga mínimamente.
- Faro i Basco e Isern i Farrés (6) concluyen que minimizar el dolor en la punción arterial supone una mejora en la calidad de los cuidados de enfermería y que para ello hay que actuar basándonos siempre en las mejores evidencias, siendo necesario un esfuerzo para adquirir estas habilidades. Vidorreta (7), quien nos aporta la revisión bibliográfica más actual y de acuerdo con las anteriores autoras, propone un protocolo para la punción arterial en el que se administre Mepivacaína o Lidocaína al 1 o 2% intradérmica y subcutánea, de modo que se unifique la actuación en dicho procedimiento con los mejores resultados.

4. Desarrollo y discusión.

- A pesar de la amplia evidencia encontrada sobre la efectividad de la anestesia local previa a la punción, Díaz López et al., (8) señalan que el dolor que refieren los pacientes no justifica el uso de anestesia, no siendo preciso su uso de forma rutinaria. Este resultado, sin embargo, no puede tomarse como referencia, ya que la pequeña muestra sobre la que está hecha el estudio no representa a la mayoría de pacientes que reciben la punción arterial.
- Por su parte García-Velasco (15) destaca el cloruro de etilo como una buena alternativa de la lidocaína ya que actúa de manera rápida, su uso es seguro por no requerir punción y es rentable. Sin embargo, el propio autor llegó a la conclusión de que la anestesia local

4. Desarrollo y discusión.

- Un estudio realizado por médicos iraníes (9) propone un método de administración de anestesia mejorado que consiste en la utilización de un inyector cuyo mecanismo es similar al bolígrafo de insulina. Además de obtener mejores resultados que con la administración de lidocaína tópica, los profesionales valoraron positivamente este método por su facilidad de uso. No obstante, no se han encontrado más estudios que avalen este sistema, por lo que requiere que se investigue más acerca de él.
- Godoy y su equipo (11) quisieron comprobar la acción de la pomada anestésica EMLA, pero no encontraron diferencia en la reducción del dolor frente al placebo, lo que demuestra que no es un método útil. Por otro lado, señalan que se puede

4. Desarrollo y discusión.

- En esta cuestión trabajaron Guevara y Requena (12) llevando a cabo un estudio en 172 pacientes que fueron pinchados con agujas finas de 25G, siendo las empleadas normalmente del calibre 22. Los sujetos refirieron menos intensidad de dolor en la escala analógico-visual (EVA) que en punciones previas y se evidenciaron beneficios como la disminución del riesgo de hematomas o el efecto protector que tiene sobre la íntima arterial. Como a dato a destacar para la enfermería, nos dicen los autores que "el dolor por punción es directamente proporcional al calibre de la aguja e independiente de dicho calibre cuando se dan cambios de plano adicionales para corregir su trayectoria".

4. Desarrollo y discusión.

- Ruiz Fernández et al., (10) quisieron comparar el dolor autorreferido y los efectos indeseables en la Gasometría Arterial Humeral (GAH) frente a la Gasometría Arterial Radial (GAR), siendo esta última la de elección en la gran mayoría de la literatura científica. Tras la realización de su estudio experimental en 228 pacientes, el grupo que recibió GAH señaló valores más bajos en EVA y mostraron menor índice en la aparición de "hematomas al tercer día". Aunque no niegan la efectividad demostrada de la anestesia local subcutánea, sí proponen hacer una revisión de la indicación de utilizar preferentemente la arteria radial en la PA.

4. Desarrollo y discusión.

- Aunque los resultados en la cuantificación del dolor sean dispares, la efectividad de la aplicación de la anestesia local infiltrada está demostrada, considerándose el más eficaz de los métodos en la reducción del dolor (6, 10, 11). A pesar de ello y de la indicación de la SEPAR su uso no es universal (6, 7, 11, 14, 18, 19); factores como el grado de experiencia profesional en la PA, causando menos dolor en el paciente, o la necesidad de una rápida actuación en servicios de críticos y urgencias intentan rebatir la protocolización de esta intervención, no obstante los estudios no lo justifican (11, 20). La actitud y conocimiento enfermeros tampoco ayudan a este hecho, ya que según los estudios realizados hay gran desconocimiento acerca del uso de la anestesia local en la PA (14, 19), sin embargo, aun considerándola innecesaria en muchos casos, la

5. Conclusiones.

- La gasometría arterial es una prueba diagnóstica realizada diariamente en el ámbito sanitario, ya sea en unidades de hospitalización o en el contexto de la urgencia y la emergencia.
- La anestesia local infiltrada es considerada como la mejor opción para aliviar el dolor en la punción arterial según la evidencia científica, respaldando lo que la SEPAR y la SEEUE recomiendan. Sin embargo, su uso no es universal; la falta de protocolos y la actitud de los profesionales enfermeros, quiénes la consideran innecesaria, no ayudan a su instauración.
- Por otro lado, la posibilidad de variar la técnica en cuanto al calibre de la aguja utilizada o el lugar de primera elección para la punción son cuestiones

6. Bibliografía

- (1) Sánchez García-Pardo E, Sumozas Olmo MC. Disnea aguda. En: Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del SESCAM, editor. Guía asistencial Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias. 2ª ed. Toledo: Grafox; 2014. p. 205-209.
- (2) Acero López M, Baños Aristimuño L, Berger Morales C, Cordón Hurtado V, Rubio García P, Soto Olarte R. Avanzando en la técnica de punción arterial [En línea]. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias; 2013 [acceso 26 de febrero de 2015]. Disponible en: http://enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/26-09-2013.pdf
- (3) Barberá JA, Giner J, Casan P, Burgos F

6. Bibliografía

- (4) Artázcoz Artázcoz MA, Arilla Iturri S. Gasometría arterial. Rev ROL Enf. 2008; 31(6): 50-56.
- (5) Martínez de Guereñu Ortuoste A, Sáenz de Ormijana Hernández A. La utilización de anestesia local infiltrada en la punción arterial. Metas Enferm. 2008; 11(4):50-54.
- (6) Faro i Basco M, Isern i Farrés O. El uso de la anestesia local infiltrada en la punción arterial. Revisión bibliográfica. AgInf. 2013; 17(4): 168-173.
- (7) Vidorreta López A, González de la Cuesta D. Protocolo para la punción arterial con anestesia local. Metas Enferm. 2014; 17(4):62-67.
- (8) Díaz López J, Servera Pieras E, Castaño Clavero R, González Villaescusa C, Fontana Sanchís I, Martín

6. Bibliografía

- (9) Hajiseyedjavady H, Saeedi M, Eslami V, Shahsavarinia K, Farahmand S. Less painful arterial blood gas samplin using jet inyection of 2% lidocaine: a randomized controlled clinical trial. Am J Emerg Med. 2012; 30: 1100-1104.
- (10) Ruiz Fernández JC et al. Gasometría Arterial Humeral (GAH) frente a Gasometría Arterial Radial (GAR): dolor y efectos indeseables. Metas Enferm. 2010; 13(7): 22-27.
- (11) Godoy Mayoral R, López Miguel P, Ruano Zoroa N, Pérez Sánchez A, Sanchís Fillol D, Vizcaya M. Acción de la pomada anestésica EMLA en gasometrías arteriales. Rev Patol Respir. 2010; 13(2):69-72.
- (12) Guevara Sanz JM, Reguera Castillo MD

6. Bibliografía

- (14) García-Velasco Sánchez-Morago S, Villafranca Casanoves A, Cantero Almena JM, Carrero Caballero Mc. ¿Qué opinan las enfermeras sobre el dolor asociado a las punciones vasculares? Rev ROL Enf 2011; 34(4): 6-10.
- (15) García-Velasco Sánchez-Morago S. Cloruro de etilo: anestesia local mediante frío. Rev ROL Enf. 2010; 33(10): 24-28.
- (16) SEPAR. Normativa SEPAR sobre la gasometría arterial. Recomendaciones SEPAR. Núm. 6. Barcelona: Doyma; 1987.
- (17) Hospital de Sabadell. Protocolo punciones arteriales y administración de anestesia en el Servicio de Urgencias y prescripción informática enfermera. 2010. Servicio de Urgencias.
- (18) Hudson TL, Dukes SF, Reilly K. Use of local anesthesia for arterial punctures. Am J Emerg Med. 2006; 15(6): 595-599.

6. Bibliografía

- (19) Valero Marco AV, Martínez Castillo C, Macia Soler L. Anestesia local en la punción arterial: actitudes y conocimientos de enfermería. Arch Bronconeumol 2008; 44(7): 360-363.
- (20) Crusellas Lou L et al. LA administración de anestesia en las punciones arteriales: un reto en el servicio de urgencias. ÁgInf. 2010; 14(3): 122-129.

COLECHO DURANTE LA LACTANCIA

TERESA MOLINA RODRÍGUEZ

ALONSO MOLINA RODRÍGUEZ

INDICE

- 1. DEFINICION
- 2. FUNDAMENTO
- 3. EVIDENCIA
- 4. RECOMENDACIONES PARA COLECHAR
- 5. CONTRAINDICACIONES DEL COLECHO
- 6. CONCLUSIONES
- 7. BIBLIOGRAFIA

1. DEFINICIÓN

- Colecho en la maternidad: el RN y la madre comparten una superfice continua, sin barreras entre los dos y durante las 24h en su estancia hospitalaria

- Colecho: situación en la que el niño duerme en la misma cama que su madre o con otros miembros de la familia, todas las noches, durante por lo menos cuatro horas

- Cohabitación: compartir la habitación minimo 6 meses

2. FUNDAMENTO

- En la maternidad: la separacion de la criatura de su madre dificulta la instauracion y mantenimiento de la lactancia materna

- En el domicilio: facilita la lactancia materna a demanda, permite a la madre percibir los primeros signos de hambre de sus hijos, el contacto piel a piel, la generación de despertares sincronizados entre ambos, una mayor estabilidad cardíaco-respiratoria y en la oxigenación de los niños, una disminución del número de episodios de llanto y mejor regulación térmica

3. EVIDENCIA

- Según algunos estudios, la criatura que duerme en la cama mama más veces

- Los bebés que realizan colecho con su mamá duplican el número de veces que se amamantan por la noche, en relación a aquellos bebés que no lo hacen., llegando a prolongar el tiempo de lactancia en hasta en un 40%

4. RECOMENDACIONES PARA COLECHAR

- Las camas de adultos no están diseñadas para los bebés. Para prevenir el recalentamiento o sofocación o quedar atrapado:

- El colchón debe ser firme y liso – las camas de agua, los “bean bags” y los colchones mullidos no son adecuados

- Asegúrate de que tu bebé no puede caerse de la cama o quedarse atrapado entre el colchón y la pared

- La habitación no debe estar muy caliente (entre 16–18ºC es lo ideal); Tu bebé no debe estar demasiado vestido – no debe llevar más ropas de las que tú llevarías

4. RECOMENDACIONES PARA COLECHAR

- Los cobertores (o mantas) no deben sobrecalentar al niño ni taparle la cabeza
- No debes dejar sólo a tu bebé *encima* o d*entro* de la cama porque incluso bebés muy pequeños pueden ponerse en posiciones peligrosas
- Tu compañero debe saber que el bebé está en la cama
- Si un niño mayor también comparte la cama, tú o tu pareja debéis dormir entre el niño y el bebé
- Los animales domésticos no deberían compartir la cama con el bebé

5. CONTRAINDICACIONES DEL COLECHO

- Padres fumadores (aumento de riesgo de Muerte Súbita del Lactante)
- Padres muy cansados o fatigados que no podrán responder a los requerimientos del bebé
- No acostar al bebé sobre superficies blandas (almohada, colchon de agua, colchas mullidas, pieles,etc)
- Evitar el colecho en un sofá

5. CONTRAINDICACIONES DEL COLECHO

- No realizar colecho si el padre o madre bebió alcohol, utilizó drogas o si es una persona con depresión o enfermedades que afecten la conciencia

- Evitar el colecho entre hermanos u otros familiares

- Evitar el colecho con bebés pequeños por prematuridad o por retardo de crecimiento hasta que tengan un mayor tamaño y sean menos frágiles

- Evitar el colecho si tu bebé tiene fiebre alta

6. CONCLUSIONES

- El colecho en la maternidad aumenta la frecuencia de las tomas de lactancia materna

- El colecho en casa con cuna sidecar no da lugar a situaciones de riesgo

7. BIBLIOGRAFIA

- Jenik, A. (2001). Colecho y Síndrome de Muerte súbita del lactante: una relación conflictiva. *Archivos argentinos de pediatría*, *99*(3), 228.

- Landa Rivera, L., Díaz-Gómez, M., Gómez Papi, A., Paricio Talayero, J. M., Pallás Alonso, C., Hernández Aguilar, M. T., ... & Lasarte Velillas, J. J. (2012). El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante: Dormir con los padres. *Pediatría Atención Primaria*, *14*(53), 53-60.

- Pérez Gaxiola, G., & Cuello García, C. A. (2011). El colecho puede incrementar el riesgo de muerte súbita del lactante. *Evid Pediatr*, *8*, 34.

- Ugarte Libano, R., & Pin Arboledas, G. (2012). El colecho y el riesgo de muerte súbita. *Pediatría Atención Primaria*, *14*(54), 181-182.

- Villalón Artirez, R. M., Villalón Artirez, P., Ortiz Villalón, R. A., & Guillot Montes, G. (2012). Principales factores de riesgo en la salud de niños menores de un año. *Medisan*, *16*(9), 1373-1377.

- Sánchez Ruiz-Cabello, J. (2014). Novedades en colecho y SMSL. *Pediatría Atención Primaria*, *16*, 61-63.

CATETERIZACIÓN ARTERIAL

IRENE LÓPEZ CABALLERO
MARÍA MILLÁN LARIO
CARLOS HERNÁNDEZ ALCARAZ

ÍNDICE

- OBJETIVOS
- INDICACIONES
- MATERIAL NECESARIO
- PROCEDIMIENTO
- MANIOBRA DE ALLEN
- OBSERVACIONES
- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

A. Introducir un catéter en una arteria con fines diagnósticos y/o terapéuticos.
B. Toma de muestra repetida de sangre arterial para gasometría, evitando así molestias derivadas de la necesidad de punciones repetidas.
C. Registro gráfico de la onda de presión arterial.

INDICACIONES

- Monitorización hemodinámica en el transoperatorio de cirugía prolongadas.
- Cuando se prevé una pérdida importante de sangre.
- Pacientes en que se requiere el análisis repetido y frecuente de gases arteriales.
- Pacientes propensos a un estado de choque neurogénico o cardiopatías.
- Para la infusión intraarterial de fármacos.
- Cuando existe imposibilidad para la medición no invasiva de la presión arterial.

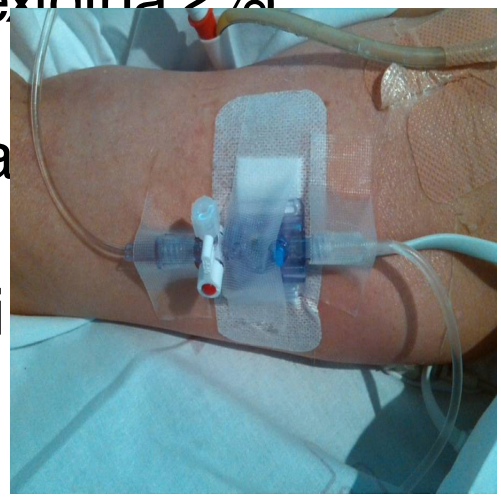
MATERIAL

Set de cateterización arterial, método Seldinger.

MATERIAL

- ✓ Campo estéril
- ✓ Guantes estériles, mascarilla, bata y gorro
- ✓ Gasas, compresas y paños estériles
- ✓ Antiséptico (clorhexidina 2%)
- ✓ Anestésico local
- ✓ Seda 2/0 con aguja
- ✓ Hoja de bisturí
- ✓ Jeringa y aguja de i

e intramuscular.



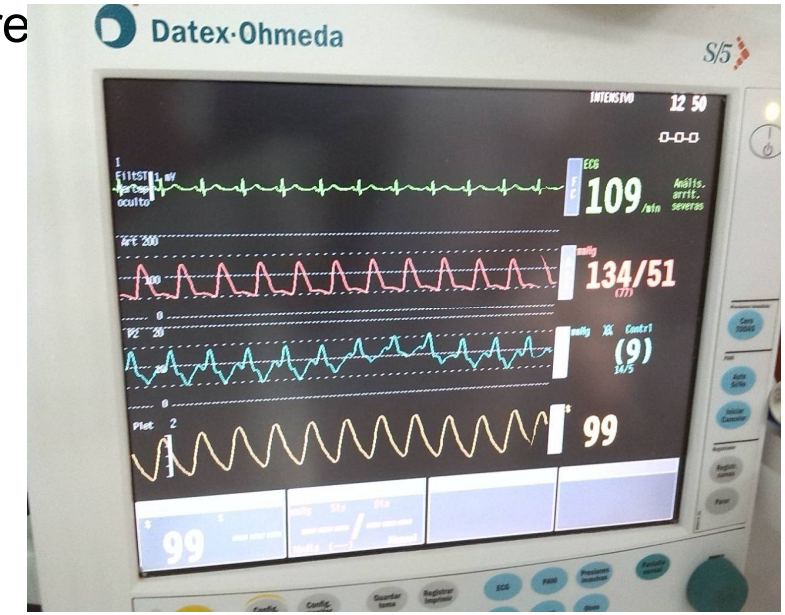
MATERIAL

Sistema de presión y medición de la presión arterial:

- Manguito de presión para fluidoterapia.
- Suero fisiológico al 0.9% (500 cc. en envase de plástico)
- Heparina sódica al 1%.
- Kit con transductor de presión y alargaderas.

MATERIAL

- Cable de conexión de la cápsula al monitor.
- Monitor con módulo de medición de pre



TÉCNICA / PROCEDIMIENTO

- Explicar el procedimiento y la utilidad al paciente.
- Colocar el pie de suero y el transductor al mismo lado de la cama.
- Conectar el transductor al monitor.
- Poner a cero y calibrar el transductor.
- Nivelar el transductor con la aurícula del paciente.
- Lavado de manos quirúrgico y colocar guantes estériles.
- Limpiar la zona con clorhexidina y preparar campo estéril.

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO

- Infiltrar la zona con anestésico local.
- Canalizar la arteria con la técnica Seldinger:

  - Introducir la aguja en la luz de la arteria.

  - Insertar el fiador.

  - Retirar la aguja dejando el fiador en la luz arterial.

  - Introducir el catéter, mediante el fiador metálico.

  - Retirar el fiador.

  - Conectar al sistema de monitorización.

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO

- Poner la presión del manguito neumático a 300 mm Hg antes de conectarlo al catéter.
- Fijar el catéter arterial.
- Limpiar y desinfectar la zona de la piel.
- Cubrir con apósito transparente y fijar todo el sistema.

- Comprobar que el sistema es permeable.
- Calibrar el cero.
- Registrar el procedimiento en la gráfica del paciente.

OBSERVACIONES

La arteria más frecuente canalizada es la radial, colocando el brazo en abducción y rotación externa. Para comprobar la circulación se [illegible] test de Allen.

MANIOBRA DE ALLEN

- Colocar la palma de la mano hacia arriba, para observar los cambios de color, pidiéndole al paciente que apriete el puño.
- Usando los dedos índice y medio, comprimir al mismo tiempo las arterias radial y cubital.
- La palma de la mano debe tener un color pálido, por el cese de flujo sanguíneo.

MANIOBRA DE ALLEN

- Liberar la presión de la arteria cubital, y vigilar si aparece el color de la palma en unos 5-15 seg.
- Si esto es así, la artería cubital es permeable.

De este modo comprobamos la circulación colateral, antes de realizar la punción arterial.

OBSERVACIONES

- El catéter arterial se encuentra situado en un vaso, cuya obstrucción puede ocasionar complicaciones importantes.
- Una fuga puede ocasionar la pérdida de un gran volumen de sangre.
- En la monitorización, han de estar conectadas las alarmas para detectar precozmente complicaciones.

OBSERVACIONES

Comprobar continuamente la presencia de una onda correcta en el monitor. Cualquier cambio de forma, puede ser indicio de que el sistema no está permeable

- En la retirada del catéter arterial, presionar durante 5 minutos en la arteria radial, y 10 minutos en la femoral.

Colocar gasas con vendaje aplicando presión.

COMPLICACIONES

Las complicaciones tienen una incidencia del 15 al 40 % aunque las clínicamente relevantes son el 5 % del total o incluso menos. Las más comunes son:

- Trombosis.
- Hematomas.
- Infección.
- Lesión de nervio contiguo.
- Hemorragias.
- Seudoaneurisma

BIBLIOGRAFÍA

- Almendro Delia, M. Infecciones arteriales asociadas a cateterismo. Revista española de cateterismo. 2006; 59 (4): 391-395.
- Blasco A, Oteo JF, Fontanilla T, Salamanca J, Ocaranza R, Goicolea J. Complicaciones inusuales del cateterismo por vía radial. Revista Española de Cardiología. 2005; 58 (10): 1233-5.

BIBLIOGRAFÍA

- Brauer K, Whitten CW, Anestesia. Secretos. Capítulo 29: Cateterismo y monitorización de la presión arterial. Madrid: Elsevier; 2006. p. 204-209.
- Chaparro Mendoza K. Cateterismo de la arteria radial para monitorización invasiva: evitar las complicaciones, un reto en anestesia. Revista Colombiana de Anestesiología . 2012; 40 (4): 262-265.

BIBLIOGRAFÍA

- Vázquez-Calatayud M, Portillo MC. Comparación de la solución salina con la heparina en el mantenimiento de la permeabilidad del catéter arterial en las Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión sistemática. Enfermería Clínica. 2010; 20 (3). 165-172.
- Tiru B, Bloomstone, JA; McGee, WT. Radial Artery Cannulation: A Review Article. J Anesth Clin Res. 2012; 3 (5).

MANEJO DE UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÉLICO GRAVE EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO

María del Carmen Calvache Arcos

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.

2. ESCALA DE VALORACIÓN DE GLASGOW.

2. 1. ESCALA DE REPERCUSIONES DE GLASGOW.

3. TRASLADO DE UN PACIENTE CON TCE A UN CENTRO HOSPITALARIO.

4. REANIMACIÓN/ MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO A UNA PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE).

5. PRIMEROS AUXILIOS EN EL MANEJO DE UN TCE.

5. 1. CUIDADOS INMEDIATOS.

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE).

- El **traumatismo craneoencefálico (TCE)** se define como “una afectación del cerebro causado por una fuerza externa que puede producir una disminución o disfunción del nivel de conciencia y que conlleva una alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo”.
- La lesiones más habituales son las contusiones por golpe y contragolpe, las contusiones por el roce con las estructuras óseas de la base del cráneo y la lesión axonal difusa.
- Los TCE suelen caracterizarse por la formación, en las fases iníciales, de importante edema cerebral y la consecuente pérdida de conciencia o “coma”.

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE).

- El TCE representa un grave problema de salud y es la causa más común de muerte y discapacidad.
- La profundidad de la pérdida de conciencia y la duración de la misma son dos de los marcadores principales para establecer la severidad del daño cerebral.
- El manejo médico actual de un TCE se enfoca en minimizar el daño secundario optimizando la perfusión y oxigenación cerebral y prevenir o tratar morbilidad no neurológica.
- El traumatismo cráneo encefálico es una enfermedad cerebral, que se clasifica como leve, moderado o grave en base al grado de conciencia o la escala de coma de Glasgow.

2. ESCALA DE VALORACIÓN DE GLASGOW

- En 1974. La escala de Glasgow fue elaborada por Teasdale, para proporcionar un método simple y fiable de registro y monitorización del nivel de consciencia en pacientes con TCE.
- En 1977. Jennett y Teadsle asignaron un valor numérico a cada aspecto y sugirieron sumarlos para obtener una única medida global. Así es como la conocemos hoy.
- Se divide en tres grupos puntuables de manera independiente que evalúan la apertura de ojos sobre 4 puntos, la respuesta verbal sobre 5 y la motora sobre 6, siendo la puntuación máxima y normal 15 y la mínima 3.
- Se considera traumatismo craneoencefálico leve al que presenta un Glasgow de 15 a 13 puntos, moderado de 12 a 9 y grave menor o igual a 8.

2. ESCALA DE VALORACIÓN DE GLASGOW.

- **Leve.**
  En el TCE leve o concusión (ECG 13-15) los pacientes han experimentado una pérdida de la conciencia menor a treinta minutos y las quejas que se presentan incluyen dolor de cabeza, confusión y amnesia. Existe una recuperación neurológica completa a pesar de que algunos de estos pacientes tienen dificultades de concentración o memoria pasajeras.
- **Moderado.**
  En el TCE moderado (ECG 9-13) el paciente se encuentra letárgico o estuporoso. Clínicamente, los pacientes con TCE moderado requieren hospitalización y pueden necesitar una intervención neuroquirúrgica. Estos pacientes pueden desarrollar un

2. ESCALA DE VALORACIÓN DE GLASGOW.

- **Grave.**

  En el TCE grave o severo (ECG 3-8) el paciente tiene un estado comatoso, no puede abrir sus ojos, ni seguir órdenes y sufre lesiones neurológicas significativas. En la tomografía computarizada (TAC/TC) se observa fractura del cráneo o hemorragia intracraneal. Estos pacientes requieren ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y la toma de medidas urgentes para el control de la vía aérea, ventilación mecánica, evaluación o intervención neuroquirúrgica y monitorización de la presión intracraneal (PIC). La recuperación es prolongada y

2.1 ESCALA DE REPERCUSIONES DE GLASGOW

Divide el estado del paciente en cuatro estados y el fallecimiento. Cada grado está marcado por un grado de integración social y laboral distinto.

Se utiliza frecuentemente durante la hospitalización o fase de rehabilitación para orientar a los familiares y cuidadores acerca de las posibilidades de recuperación.

ESCALA DE REPERCUSIONES DE GLASGOW

Glasgow Outcome Scale (GOS)

Grado	Descripción
1	**Muerte**
2	**Estado vegetativo** (incapaz de interaccionar con el medio que le rodea)
3	**Discapacidad severa** (puede obedecer órdenes; incapaz de vivir independientemente)
4	**Discapacidad moderada** (capaz de vivir independientemente; uncapaz de volver al trabajo o a la escuela)
5	**Buena recuperación** (capaz de volver al trabajo o a la escuela)

3. TRASLADO DE UN PACIENTE CON TCE A UN CENTRO HOSPITALARIO.

Los criterios de traslado de pacientes que han sufrido un TCE a un centro hospitalario se basan en la existencia de un potencial daño cerebral o la presencia de una herida craneal que pueda requerir un tratamiento quirúrgico.

- Se recomienda realizar inmovilización de la columna cervical en pacientes con TCE y alguno de los siguientes factores de riesgo:
- GCS < 15/15 en cualquier momento tras el traumatismo.
- Dolor de cuello o rigidez.
- Parestesias en extremidades.
- Déficit focal neurológico.
- Mecanismo del traumatismo de alta energía: atropello por vehículo, salir despedido del vehículo, caída de altura mayor de 1 metro o 5 escalones con impacto directo sobre cabeza, zambullida, colisión vehículo a motor a alta velocidad, colisión bicicleta.
- Sospecha clínica de daño cervical.

3. TRASLADO DE UN PACIENTE CON TCE A UN CENTRO HOSPITALARIO.

El sistema de soporte vital avanzado en traumatismos y el sistema de soporte vital avanzado pediátrico (*Advanced Trauma Life Support* y *Advanced Paediatric Life Support Systems*) sustentan la práctica estándar en la evaluación y cuidado inicial de los pacientes con un traumatismo. Se recomienda su empleo ante la presencia de los siguientes signos:

- Alteración del nivel de conciencia GCS 13/15.
- Déficit focal neurológico tras el traumatismo.
- Sospecha de fractura de base de cráneo.
- Herida penetrante en cráneo y/o hundimiento craneal.
- Crisis convulsiva no inmediata tras traumatismo.
- Traumatismo craneal de alta energía.
- Politraumatismo.
- Imposibilidad de trasladar al paciente con seguridad sin el uso de los servicios de transporte de la red de emergencias.

4. MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO ANTE UN TCE.

Lo prioritario es la instauración inmediata de las medidas del soporte vital avanzado.

- *Permeabilización de la vía aérea:* Debemos inspeccionar la vía aérea, liberarla y administrar oxigenoterapia con alta FiO2. La intubación nasotraqueal estará contraindicada hasta no estar descartada mediante prueba de imagen una posible fractura de la base del cráneo.

- *Inmovilización de la columna cervical:* Debemos realizarla preferentemente mediante un collarín de apoyo multipunto, para lograr una correcta y efectiva inmovilización. El collarín debe retirarse tras descartar lesión cervical, pues al poder ejercer una compresión venosa del cuello, podría elevar la PIC.

4. MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO ANTE UN TCE.

- *Estabilización hemodinámica:* Podremos infundir cualquier solución isotónica o hipertónica, debiendo evitar soluciones hipotónicas.
- *Exploración neurológica rápida y somera:* Valoraremos fundamentalmente el GCS, la reactividad y en especial el diámetro de las pupilas, pues la posible aparición de una anisocoria nos pondrá en alerta ante un posible enclavamiento.
- *Exploración sistémica rápida:* Debiendo descartar lesiones torácico-abdominales o pélvicas letales y susceptibles de un tratamiento inmediato, tales como el neumotórax a tensión, abdomen agudo, fractura de pelvis que requieran fijadores externos o estabilizadores.

4. MEDIDAS DE SOPORTE VITAL AVANZADO ANTE UN TCE.

• *Colocación de sonda nasogástrica:* Mantenerla a caída libre para disminuir la distensión gástrica y el riesgo de aspiración. Ante la sospecha de fractura frontal o de la base del cráneo el sondaje debería ser orogástrico. También debe realizarse un sondaje urinario habiendo descartado previamente lesiones perineales.

• *Completar y optimizar la monitorización:* A través de ECG continua, pulsioximetría, presión arterial sistémica no cruenta de forma inicial y completar *a posteriori* con presión arterial invasiva, capnigrafía, monitorización ventilatoria, monitorización continua de la saturación del bulbo de la vena yugular interna ante la hipertensión intracraneal (HIC), doppler transcraneal y monitorización clínica mediante la cuantificación de la Escala de Glasgow de forma muy frecuente.

5. PRIMEROS AUXILIOS EN EL MANEJO DE UN TCE.

Aprender a reconocer un traumatismo craneal serio y administrar los primeros auxilios básicos, pueden salvar la vida de alguien.

Consiga ayuda médica de inmediato si la persona:

- Se torna muy soñolienta.
- Se comporta de manera anormal.
- Presenta fuerte dolor de cabeza o rigidez en el cuello.
- Tiene las pupilas (la parte central y oscura del ojo) de tamaños diferentes.
- Es incapaz de mover un brazo o una pierna.
- Pierde el conocimiento, incluso brevemente.
- Vomita más de una vez.

5. PRIMEROS AUXILIOS EN EL MANEJO DE UN TCE.

En caso de traumatismo craneal de moderado a grave, tome las siguientes medidas:

- Llamar al número de emergencias (112).

- Revise las vías respiratorias, la respiración y la circulación de la persona y, de ser necesario, inicie la respiración boca a boca y RCP.

- Si la respiración y la frecuencia cardiaca son normales, pero la persona está inconsciente, trátela como si hubiera una lesión en la columna. Mantenga la cabeza en línea con la columna y evite el movimiento. Espere a que

5. PRIMEROS AUXILIOS EN EL MANEJO DE UN TCE.

- Detenga cualquier sangrado, presionando firmemente la herida. Si la lesión es grave, no mover la cabeza de la persona. Si la sangre empapa la tela, no la retire, coloque otro pedazo de tela sobre la primera.

- Si sospecha que se produjo una fractura craneal, no aplique presión directa en el sitio del sangrado ni tampoco retire ningún residuo de la herida. Cubra la herida con un apósito de gasa estéril.

- Si la persona está vomitando, gírele la cabeza, el cuello y el cuerpo hacia el lado como una unidad para prevenir el ahogamiento. Aplique compresas de hielo en las áreas inflamadas.

5. 1. CUIDADOS INMEDIATOS.

- NO lave una herida de la cabeza si es profunda o sangra mucho.
- NO retire ningún objeto que sobresalga de la herida.
- NO mueva a la persona a menos que sea necesario.
- NO sacuda a la persona si parece mareada.
- NO retire el casco de la víctima si sospecha que se produjo un TCE grave.
- NO tome alcohol dentro de las primeras 48 horas siguientes a un traumatismo craneal grave.
- Llame de inmediato al número de emergencias (112) si:

1. Hay una hemorragia grave en la cabeza o en la cara.

6. BIBLIOGRAFÍA.

Quintanal Cordero N, et al. Traumatismo craneoencefálico: cinco años de estudio. Instituto Superior de Medicina Militar 'Dr. Luis Díaz Soto'. 2006. Rev. Cubana Med. Milit. 35 (2).

Casas Fernández C. Traumatismos craneoencefálicos. Servicio Neuropatía H. U. Virgen de La Arrixaca. 2008. Protocolos Diagnósticos Terapéutico de la AEP. Neurología Pediátrica; 17: 118- 128.

Guía de Práctica Clínica sobre el manejo del traumatismo craneoencefálico en el ámbito extra e intrahospitalario de la CAPV. Guías de práctica clínica de Osakidetza. Gobierno Vasco. 2007.

Ruíz Bailén M, et al. Manejo del

6. BIBLIOGRAFÍA.

Medición de Signos Neurológicos (Escala de Glasgow). Hospital G. U. Gregorio Marañón. Salud Madrid. Comunidad de Madrid.

Atención de Pacientes Adultos con TCE leve en el servicio de Urgencias. Criterios de Ingreso en Observación UCE. Servicio de Urgencias. H. G. U. Alicante.

Cubián I, Franco JA, Barona A, García A. Análisis de los traumatismos craneoencefálicos leves atendidos en un servicio de urgencias. Emergencias 2007; 19:21-24.

Brell M, Ibáñez J. Manejo del traumatismo craneoencefálico leve en España: encuesta multicéntrica nacional. Neurocirugía 2001;

PIE DIABÉTICO

ROSA ABILIA RAMÍREZ RUIZ

Índice:

1. Introducción.
2. Definición de pie diabético.
3. Etiopatogenia.
4. Factores de riesgo.
5. Clasificación.
6. Diagnóstico.
7. Tratamiento.
7.1. Profilaxis.
7.2. Tratamiento específico.
8. Bibliografía.

1. Introducción:

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica en la cual el cuerpo no puede regular los niveles de glucosa en sangre, es decir, la glucemia.

Las personas con diabetes presentan hiperglucemia, esto es debido a que la glucosa no es movilizada desde la sangre hasta los adipocitos o las células musculares para quemarla o almacenarla como energía.

La causante de esta patología es una hormona, la insulina, producida por las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas. El motivo puede ser un déficit en la producción de insulina, resistencia de los tejidos a esta hormona o ambas cosas.

1. Introducción:

Atendiendo a la causa se puede clasificar en:

- **Diabetes mellitus tipo 1**: en este tipo las células del páncreas dejan de producir insulina o la producen en cantidades muy pequeñas.

- **Diabetes mellitus tipo 2**: en este tipo lo que sucede es que los tejidos del cuerpo se hacen resistentes a esta hormona.

Los síntomas que produce este trastorno metabólico son: poliuria, polidipsia, polifagia y fatiga. En la tipo1 suele estar relacionado con pérdida de peso mientras

1. Introducción:

El hecho de tener niveles de glucemia altos, con el paso de los años puede producir una serie de complicaciones: problemas oculares, problemas renales, debilitación del sistema inmunitario, aumento de la posibilidad de sufrir ACV, afectaciones nerviosas y ulceraciones entre otras.

2. Definición de pie diabético:

La diabetes mellitus constituye un problema de salud universal, tanto por su extraordinaria frecuencia, como por su enorme repercusión social y económica. Además también es una patología muy temida por la repercusión sobre su calidad de vida de los pacientes que la padecen.

El pie diabético es una de las complicaciones más frecuentes de estos pacientes, debido al déficit inmunológico asociado a esta enfermedad y al inadecuado tratamiento que a veces se lleva a cabo.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el Síndrome del Pie Diabético como la presencia de ulceración, infección y/o gangrena en el pie asociada a neuropatía diabética y a diferentes grados de enfermedad vascular periférica como consecuencia de la interacción compleja de diferentes factores inducidos por una hiperglucemia mantenida.”

3. Etiopatogenia:

El proceso etiopatogénico del síndrome de Pie Diabético comprende una triada cuyos factores determinantes principales son: la isquemia, la infección y la polineuropatía.

Se presentan en dos formas clínicas:

- **Isquémica:** se caracteriza por la ausencia de uno o más pulsos periféricos y cursa con una úlcera isquémica, dolorosa o no, con gangrena isquémica y existe un menor grado de neuropatía.

- **Neuroinfecciosa:** se caracteriza por cuadros sépticos como las celulitis o flemón difuso, el absceso o el mal perforante plantar, donde los pulsos pueden estar presentes y en la que predomina la neuropatía con pérdida de sensibilidad.

4. Factores de riesgo:

Los factores de riesgo que se han relacionado en los últimos estudios con la aparición de úlceras en los pies de las personas diabética son:

- Neuropatía.
- Alteraciones biomecánicas y músculo esqueléticas.
- Hiperqueratosis.
- Enfermedad Vascular Periférica (EVP).
- Corte inadecuado de uñas y callosidades.
- Uso de calzado estrecho o inapropiado.
- Ceguera o Retinopatía.
- Limitación de la movilidad articular.
- Vivir solo en entorno psicosocial bajo.

4. Factores de riesgo:

- Nivel educativo bajo.
- Control metabólico inadecuado.
- Actividad y horas de bipedestación al día.
- Tabaco y Alcohol.
- Hipertensión arterial e hiperlipemia.
- Nefropatía.
- Sexo masculino.
- Úlcera previa.
- Amputación.

5. Clasificación:

Para la clasificación de las úlceras y lesiones preulcerativas del síndrome del pie diabético, se utiliza la escala de Wagner:

- **Grado 0:** no presenta lesión, se caracteriza por presentar deformidades ortopédicas asociadas a la aparición de callosidades.
- **Grado I:** úlceras superficiales, se caracteriza por una destrucción del espesor total de la piel.
- **Grado II**: úlcera profunda, se caracteriza por sobrepasar la piel y el tejido celular subcutáneo, exponiendo ligamentos pero sin afectar hueso.
- **Grado III:** úlcera profunda con absceso y osteomielitis, se caracteriza por afectar al hueso, además hay presencia de supuración y demás signos infecciosos.
- **Grado IV:** gangrena limitada, se caracteriza por presentar necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta.
- **Grado V:** gangrena extensa, afecta a todo el pie con existencia de repercusiones sistémicas.

6. Diagnóstico:

Son varias técnicas las que podemos utilizar para la valoración del paciente diabético que presenta lesiones en su extremidad inferior:

- **Exploración básica:** identificar el tipo de lesión, palpación de pulsos, determinación de índice tobillo brazo, inspección de espacios interdigitales, temperatura, cambios de coloración, grado de humedad de la piel, presencia de edema, eritema y deformidades osteoarticulares.
- **Exploración neurológica:** test de sensibilidad vibratoria, test de presión fina cutánea, valoración del reflejo aquileano.

6. Diagnóstico:

- **Examen osteoarticular:** alteraciones de partes blandas, apariciones de cuerpo extraño, osteopatía diabética, neuroartropatía, infección ósea.
- **Medios diagnósticos:** dentro de los más útiles están la exploración analítica sanguínea con determinación de hemoglobina glicosilada, gasometría, proteinuria y creatinina en 24 horas, exploración radiológica, resonancia magnética, angiotomografía, arteriografía, ecografía arterial, oximetría, pletismografía, entre otros.

7. Tratamiento:

El tratamiento de la patología del síndrome del pie diabético debe ser individualizado y adaptado a cada persona. Dentro de este es muy importante el aspecto preventivo, para ello se debe formar y aconsejar al paciente en todo lo relacionado a sus cuidados.

El tratamiento incluye la profilaxis y el tratamiento específico de las lesiones.

7.1. Profilaxis:

La profilaxis es el pilar fundamental, es la única capaz de reducir al máximo las consecuencias del síndrome. Esta incluye:

- Educación diabetológica adecuada.
- Adecuado control metabólico, para ello debe cumplir con la dieta, los ejercicios y el tratamiento farmacológico, si precisa, de la diabetes mellitus correctamente.
- Identificación y corrección precoz de los factores de riesgo modificables para el desarrollo del síndrome del pie diabético y sus complicaciones.

7.1. Profilaxis:

- Cuidado de los pies:

a) Es recomendable revisar los pies todos los día en busca de rojeces, hiperqueratosis, ampollas, grietas, maceraciones, uñas encarnadas...

b) Evitar en la medida de lo posible traumas e infecciones en esa zona; de existir, tratarlos bajo supervisión y seguimiento de su enfermera, médico o podólogo.

c) Lavarse los pies diariamente con jabón y agua tibia (37º aproximadamente), no mantenerlos sumergidos más de 5 minutos, secarlos bien sin frotar demasiado haciendo más hincapié en las zonas interdigitales y aplicar crema hidratante después. Cortarse las uñas regularmente siguiendo la forma de los dedos, después del baño; si fueran gruesas, debe hacerlo un podólogo.

7.1. Profilaxis:

e) Debe utilizarse calzado suave, de puntera ancha, preferiblemente de cuero y que no apriete.
f) No andar nunca descalzo.
g) Revisar el calzado antes de ponérselo buscando arrugas, salientes o clavos.
h) La hiperqueratosis y los callos deben ser tratados por un podólogo.
i) De existir deformidades podálicas, debe consultar al ortopédico.
j) No usar medias apretadas.
k) Queda prohibido:

- Uso de “remedios” para callos e hiperqueratosis plantar.
- Cortarse los callos con tijeritas y cuchillas.
- Utilizar telas adhesivas en lesiones de los pies.

7.2. Tratamiento específico:

El abordaje del **tratamiento específico** ha de hacerse siempre desde un enfoque multidisciplinar.

Es muy importante tener un buen control metabólico de las cifras de glucemia.

El tratamiento específico va a depender del grado en el que se encuentre la úlcera, pero en líneas generales podemos decir que las medidas de eficacia probada en el tratamiento del síndrome del pie diabético son:

- **Control de la infección:** mediante el uso apropiado de antibióticos. En las úlceras superficiales no infectadas no es necesario este tratamiento. Cuando no hay riesgo, este se puede realizar de forma ambulatoria, por vía oral complementándose con reposo. Cuando las úlceras son profundas, hay celulitis, isquemia o gangrena, lo que en general amenaza la extremidad, el manejo debe hacerse con desbridamientos quirúrgicos y antibióticos intravenosos junto a la hospitalización del paciente.

7.2. Tratamiento específico:

- **Desbridamiento quirúrgico:** en todos los casos de infección severa, el desbridamiento quirúrgico de los tejidos necróticos y de huesos o fragmentos de huesos comprometidos es fundamental para la adecuada cicatrización. El desbridamiento efectivo y precoz, en más de 70% de los casos, evita la amputación y permite preservar el pie y la función.
- **Descarga de la presión:** todas las medidas de eficacia probada en el manejo del pie diabético deben acompañarse de descarga de presión sobre las úlceras plantares, factor fundamental para la cicatrización. El reposo en la fase inicial y posteriormente la aplicación de apósitos para aliviar presión, son elementos terapéuticos de máxima utilidad.

7.2. Tratamiento específico:

- **Apósitos:** un ambiente húmedo es importante para la cicatrización de las úlceras diabéticas. Además de optimizar el ambiente de cicatrización, los apósitos juegan un papel importante en disminuir el riesgo de infección y proteger a la úlcera de presiones o traumas. Los apósitos pueden ser de tul, espuma hidrofílica, hidrocoloide, hidrogel, alginato, carbón activo.
- **Amputación:** se realiza en pacientes con evolución desfavorable. Lamentablemente, cuando ninguno de los tratamientos funciona y la lesión sigue evolucionando la única solución es la amputación.

8. Bibliografía:

- 1. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Segunda edición. Sevilla: AEEVH, 2014.
- 2. Pérez, Neobalis Franco, et al. "Comportamiento de la morbilidad y la mortalidad en pacientes con pie diabético." Rev Cubana Angiol y Cir Vasc 2.1 (2001): 52-7.
- 3. Wagner FW. The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. Foot Ankle Int 1981;2:64-122.
- 4. Sell Lluveras Jorge Luis, Miguel Domínguez Ihosvani. Guía práctica para el diagnóstico y el tratamiento del síndrome del pie diabético. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2001: 188-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532001000300008&lng=es.

8. Bibliografía:

- 5. Escobar Ponce, María Fernanda; Pérez Guerrero, Fernando Horacio. Morbilidad y mortalidad en pacientes diabéticos sometidos a amputaciones de las extremidades inferiores. Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito. 2013.
- 6. Beltrán B. Carlos, Fernández V. Alejandra, Giglio M. Soledad, Biagini A. Leandro, Morales I. Ricardo, Pérez G. Jorge et al . Tratamiento de la infección en el pie diabético. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2001: 212-224. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182001000300008&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182001000300008.

COLOSTOMÍA Y SUS CUIDADOS

Vanesa Vera Serrano

Jesica Sandoval Ruipérez

Coral Raquel López Sánchez

INDICE

1. Colostomía.
2. Tipos de colostomía.
3. Indicaciones.
4. Complicaciones.
5. Cuidados básicos.
6. Alimentación.
7. Vida social.
8. Bibliografía.

1. Colostomía

Es un procedimiento quirúrgico en el cual se extrae un extremo del intestino grueso a través de un orificio realizado en la pared abdominal.

Las heces que transcurren a través del intestino van a parar a través del estoma hasta la bolsa adherida a la pared del abdomen. (1)

2. Tipos de colostomías. (2)

- **Colostomía ascendente**: Está localiza en el lado derecho del abdomen siendo el desecho muy líquido.
- **Colostomía transversa**: Está se encuentra en la parte superior del abdomen, ya sea en el medio o hacia el lado derecho del cuerpo. Los desechos producidos tendrán una consistencia media.
- **Colostomías sigmoideas o descendentes**: Localizada al fin del colon descendente, se encuentra en el lado inferior izquierdo del abdomen. Los desechos suelen ser de consistencia firme y puede ser regulado.

3. Indicaciones. (1)

- Infección abdominal, como por ejemplo en diverticulitis perforada o absceso.
- Lesión del colon o del recto, por ejemplo una herida con arma de fuego.
- Bloqueo parcial o completo del intestino grueso (oclusión intestinal).
- Cáncer colorrectal.
- Fístulas o heridas en el perineo, el área entre el ano y la vulva (mujeres) o el ano y el escroto (hombres).

4. Complicaciones. (1,5)

- Hemorragias intraperitoneales.
- Daño a órganos cercanos.
- Aparición de una hernia en el sitio de la incisión quirúrgica.
- Colapso del estoma (prolapso de la colostomía).
- Infección, especialmente en los pulmones, las vías urinarias o el abdomen.
- Estrechez u obstrucción de la abertura de la colostomía (estoma).
- Tejido cicatricial que se forma en el abdomen y causa bloqueo intestinal.
- Irritación de la piel.
- Abertura de una herida.

4. Complicaciones

- Edemas
- Necrosis
- Abscesos pericolistómicos y fístulas
- Perforación del asa por enema
- Retracción
- Evisceración
- Eventración
- Diarrea y dermatitis

5. Cuidados básicos.

La puesta en marcha de los cuidados comienza antes de la operación y continúa durante el postoperatorio y la rehabilitación hasta el final de la vida del paciente en caso de las colostomías permanentes(4).

El cuidado de estos enfermos ha de ser integral y personalizado.

- Principios básicos para el autocuidado:
- No tratar la colostomía como si fuese una herida.
- La higiene y cuidados de la colostomía forman parte del

aseo personal diario.

5. Cuidados básicos.

- Material necesario:

- Dispositivo (bolsa)
- Papel de celulosa o toalla suave
- Esponja suave
- Jabón neutro
- Agua tibia
- Espejo para verse el estoma (si fuera necesario)
- Bolsa de plástico para desechar el material sucio
- Tijeras

5. Cuidados básicos.

- Cómo realizar la higiene de la colostomía:

- Retirar el adhesivo verticalmente, sosteniendo la piel circundante de la colostomía con suavidad, hasta desprender el dispositivo (bolsa) completamente.
- Evitar irritar la piel tirando con suavidad del apósito.
- Quitar los restos de heces con ayuda de papel de celulosa.
- Limpiar con una esponja enjabonada la colostomía y piel de alrededor.

5. Cuidados básicos.

- Cómo realizar la higiene de la colostomía:

- Aclarar y secar dando toques pequeños con una toalla suave o papel de celulosa y nunca frotar.
- La colostomía puede sangrar durante la higiene, entra dentro del procedimiento normal. Si persiste el sangrado, hacer presión ligeramente con la ayuda de la esponja humedecida en agua fría.

5. Cuidados básicos.

- Cómo colocar el dispositivo:

- Puesto que el tamaño del estoma irá disminuyendo, se debe medir el diámetro del mismo con la guía adecuada incluida en la caja de los dispositivos. El ajuste es correcto cuando existen 1 ó 2 mm entre la colostomía y el diámetro del dispositivo.
- En el caso de una colostomía redonda, se recomienda utilizar el dispositivo precortado, pero si es irregular, usar dispositivos recortables dándole la forma adecuada.

5. Cuidados básicos.

- Según tipo de dispositivo el procedimiento varía:

- Dispositivo de una pieza:
- Colocar en dirección ascendente, ajustando el borde inferior del orificio de la bolsa en la parte inferior del estoma, hay que evitar la aparición de pliegues para que no se escape por ellos el contenido de la bolsa ya que esto podría irritar la piel.
- Presionar con el dedo suavemente en la zona próxima, desde la zona interna a la externa realizando movimientos circulares que facilitan la adherencia y evita pliegues y arrugas.

5. Cuidados básicos.

- Dispositivo de dos piezas:
- Colocar en primer lugar la placa adhesiva en el centro de la colostomía, cuyo orificio será igual en forma y tamaño.
- Presionar con suavidad con el dedo alrededor, de adentro hacia afuera y con movimientos circulares para conseguir que se adhiera evitando pliegues y arrugas.
- Acoplar la bolsa a la placa desde abajo hacia arriba, asegurándose de su perfecta sujeción con un leve tirón de la bolsa.
- Desechar la bolsa usada en el inodoro, tirándola a continuación a la basura

5. Cuidados básicos.

- Cuándo se debe cambiar el dispositivo:

- Dispositivo de una pieza: cuando esté por la mitad.
- Dispositivo de dos piezas: cada 3 ó 4 días se debe cambiar la placa adhesiva; si apareciera fuga, se cambiaría inmediatamente para evitar posibles lesiones.
- Si la bolsa es cerrada debe cambiarse cuando esté por la mitad, si es abierta se vacía cuando lo precise y se cambiará cada 24 horas.
- Al retirar un dispositivo se debe

6. Alimentación. (3)

- Hay que tener en cuenta que:

• Se debe comer sin prisa y masticar bien los alimentos.

• Introducir los nuevos alimentos a la dieta de forma progresiva.

• Según la cantidad de fibra que contengan los alimentos se producirá una variación del volumen de las heces. Siendo las verduras, legumbres y frutas, sobre todo crudas, las que provocan mayores deposiciones en cantidad y número.

6. Alimentación.

- Otros alimentos pueden provocar distintos olores en las heces, tales como las legumbres, huevos, hortalizas, pescado. Sin embargo, la mantequilla, el perejil y el yogurt neutralizan los olores.
- Encontramos también alimentos que pueden producir aire, como las habas, judías y cebolla.
- Evitar las bebidas carbónicas.

7. Vida social. (3)

- Hay que llevar una vida normal, intentando que no afecte en su día a día el llevar el dispositivo.
- Se puede realizar cualquier tipo de actividad física y deportiva siempre y cuando no implique recibir golpes en la zona colostomizada.
- Se puede bañar tanto en la piscina como en el mar, llevando la bolsa correctamente colocada. Para evitar posibles fugas se puede tapar el filtro, revisándolo tras el baño para ver si está bien pegada.
- La presencia de una colostomía no impide la práctica de relaciones sexuales.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Wechter D G, Mason V, Zieve D et al. Medlineplus. Actualizado 4 de septiembre de 2014. Disponible en: https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002942.htm (último acceso 25 de mayo de 2016).

2. Lenneberg E, Mendelssohn A, Gross L. Guía de colostomía. United Ostomy Association, 2004. Disponible en: http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy_info/uoa_colostomy_es.pdf?direct=1 (último acceso 25 de mayo de 2016).

8. BIBLIOGRAFÍA

3. López de Carlos E, Petri Echeverría M. Guía de cuidados para la persona colostomizada. Gobierno de Navarro. Servicio Navarro de Salud, 2013. Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D823221E-7326-4EBC-8098-D85BA3A2EED2/266031/Colostom%C3%ADa.pdf (último acceso 25 de mayo de 2016).

4. López Madrid A. Cuidados de la ostomía y piel periestomal en el paciente colostomizado. Jaén; 2014. 3.

http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1303/TFG_LopezMadrid,Ana.pdf (último acceso 25 de mayo de 2016).

8. BIBLIOGRAFÍA

5. G. Castejón M. Colostomías.(place unknown); 1975. vol. 43. Disponible: http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1975/pdf/Vol43-2-1975-4.pdf. (último acceso 13 de mayo 2016).

Insomnio: Técnicas no farmacológicas de aplicación para enfermería

AUTORES

Ana González Lorca

Elisabet María García Zapata

ÍNDICE

1. Prólogo
2. Terapias Farmacológicas para el Insomnio
3. Introducción a las Terapias no Farmacológicas
4. Componentes de las Terapias Cognitivo-Conductuales
5. Otras Terapias no Farmacológicas
6. Duración de las Terapias
7. Valoración de la Eficacia de las Terapias
8. Bibliografía

1. PRÓLOGO

El propósito de este capítulo es introducir al lector en el conocimiento de las terapias no farmacológicas para el tratamiento del insomnio. Este tipo de terapias han demostrado ser eficaces tanto en el tratamiento del insomnio primario como en el insomnio asociado a otros trastornos[1,2].

El interés para la enfermería en este tema reside en que actualmente el insomnio es el trastorno del sueño más prevalente. En la población general, alrededor de un tercio de los adultos lo padecen siendo una gran parte mujeres. En un 40-50% de los casos el insomnio se encuentra asociado a otros trastornos como pueden ser la depresión y el consumo de sustancias pero, normalmente, no se hallan causas patológicas que expliquen su presencia, es por ello, que a este tipo de insomnio se le denomina “insomnio primario”[3]. Es en este último tipo de insomnio donde las enfermeras pueden intervenir de forma independiente utilizando las terapias no farmacológicas como la Terapia Cognitivo-Conductual (en adelante CBT por sus siglas en inglés) aunque, normalmente, suelen llevarse a cabo de forma multidisciplinar.

2. TERAPIAS FARMACOLÓGICAS PARA EL INSOMNIO

Existen múltiples tratamientos para combatir el insomnio. El más utilizado es el tratamiento farmacológico (benzodiacepinas, hipnóticos, antidepresivos y otros como el Zolpidem) debido a su eficacia a muy corto plazo. Pero, con su uso suele aparecer a medio-largo plazo dependencia y tolerancia con el consiguiente aumento progresivo de la dosis o la necesidad de utilizar fármacos cada vez más potentes y con mayores efectos secundarios.

Por otro lado, muchas personas también recurren a fármacos que no precisan de receta médica e incluso a la homeopatía. La eficacia de éstos últimos no está todavía consensuada ni tampoco su capacidad de

3. INTRODUCCIÓN A LAS TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS

En la búsqueda de la terapia no farmacológica ideal para el tratamiento del insomnio se han utilizado multitud de metodologías. Las Terapias Cognitivo-Conductuales son las que han obtenido mejores resultados dado que combinan distintos tipos de intervenciones en una sola, de forma que se complementan entre sí. Estas y otras terapias se desarrollan a continuación.

3.1 Definición de Terapia Cognitivo-Conductual y aplicaciones

Como alternativa a los fármacos aparecieron las Terapias Cognitivo-Conductuales que reciben su nombre por la combinación que en ellas se realiza de otras terapias conductuales (como la higiene del sueño y el control de estímulos) y otras del tipo cognitivo, por ejemplo, la reeducación cognitiva y la resolución de problemas[5].

Pero no siempre es posible abandonar completamente la medicación que se consume para aliviar los síntomas del insomnio ni al tratamiento de otras enfermedades médicas o psiquiátricas, de modo que la CBT se plantea como un método de refuerzo de las terapias farmacológicas que alarga sus efectos en el tiempo y reduce todo lo posible la necesidad de medicación[6].

3.2 Ventajas y desventajas de la Terapia Cognitivo-Conductual

Tal vez, la mayor ventaja que presentan este tipo de terapias sea que los resultados que se consiguen durante la terapia se mantienen a lo largo del tiempo[7] cosa que no se consigue con el tratamiento farmacológico en solitario. Además, la CBT no ha demostrado tener efectos secundarios, se puede adaptar a las necesidades de la persona y, si su seguimiento es correcto, incluso las terapias breves pueden reducir de forma moderada las necesidades de medicación, tanto para el insomnio como para otras causas como el dolor crónico, aunque en este aspecto se hace necesario continuar investigando[7,8].

Finalmente, otra de las ventajas de la CBT es que son eficaces al aplicarlas tanto en sesiones grupales como de forma individual por lo que el presupuesto y el tiempo invertido

4. COMPONENTES DE LAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Antes de comenzar a explicar los distintos componentes de las CBT hay que recordar que las terapias que se describen de aquí en adelante pueden utilizarse dentro de una CBT o en solitario. En este caso se muestran como parte de las CBT en un intento de proporcionar la información de la forma más clara, concisa y amena posible.

De forma convencional, una CBT esta compuesta por las siguientes intervenciones: Restricción del sueño, control de estímulos, higiene del sueño, educación sobre el sueño, terapia cognitiva y entrenamiento en relajación[9,10,11,12,13,14,15].

4.1 Restricción del sueño: Esta terapia comienza tras una evaluación del tiempo que el sujeto a la que se le aplica pasa en la cama y aquel que invierte verdaderamente en dormir. Una vez determinadas las necesidades de forma individualizada se prescribe un tiempo fijo de sueño, normalmente de 5 o 6 horas, o una hora para levantarse independientemente de la sensación de descanso o del día de la semana. Las siestas no están permitidas.

Con esto, lo que se consigue es crear un horario de sueño fijo mejorando la eficiencia del sueño, es decir, que el tiempo empleado en la cama sea tiempo de sueño.

usar la cama para otra cosa que no sea dormir o mantener relaciones sexuales, levantarse si no se consigue dormir y volver a la cama cuando se sienta cansado, no dormir siestas y levantarse a la misma hora cada mañana.

4.3 Higiene del sueño: En este caso se trata de una serie de medidas que aseguran la comodidad a la hora de dormir y tratan de corregir los malos hábitos relacionados con el sueño. Algunos de estos consejos se solapan con las terapias anteriormente descritas como puede ser: no dormir siestas, acostarse/levantarse a la misma hora y limitar el tiempo que se pasa en la cama. También añade otras medidas como no tomar alcohol, cafeína u otros estimulantes durante la tarde o antes de acostarse, mantener una temperatura adecuada en la habitación, practicar ejercicio suave-moderado a diario pero siempre antes de las 7 de la tarde y quitar el reloj de la habitación.

4.4 Educación sobre el sueño: Como su propio nombre indica, más que una terapia esta se trata de una actividad

4.5 Terapia Cognitiva: Muchas veces, el hecho de no poder conciliar el sueño, esta muy relacionado con el estrés, los problemas que preocupan a cada persona y las falsas creencias sobre el sueño que distorsionan la percepción que de este y de su falta se tienen. Es por ello que, en esta terapia, se trata de encontrar esas falsas creencias y los problemas que causan estrés a la persona para desmentir falsos mitos e intentar solucionar o minimizar la importancia que se le concede a esos problemas.

Por ejemplo: Muchas personas se acuestan y comienzan a pensar en todo lo que tienen que hacer al día siguiente o lo que no han hecho bien en el día que acaba, eso aumenta su estrés y les impide dormir. Al mismo tiempo, cuanto menos duermen más aumentan sus preocupaciones y el nivel de estrés al pensar que no están durmiendo todo lo que piensan que deberían dormir. En estos casos, la terapia se centra en evitar que los problemas ocupen su mente durante el periodo nocturno y en aclarar que el tiempo de sueño que es suficiente varía para cada persona (puedes sentirte descansado aunque solo duermas 5 horas).

4.6 Entrenamiento en relajación: Bajo este título general se encuentran diversos tipos de terapia en relajación cuyo punto en común es que ayudan a disminuir el estrés físico y emocional de la persona y que todas precisan de que la persona practique las pautas de relajación hasta que las tome como rutina y pueda relajarse en cualquier lugar y momento que le resulte estresante o justo al acostarse.

Las más utilizadas para el insomnio son la “Relajación Muscular Progresiva” de Jacobson y la Imaginación Guiada. Estas técnicas son ampliamente conocidas y pueden consultarse en la bibliografía proporcionada por lo que no van a explicarse en este capítulo.

5. OTRAS TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS

Tai Chi Ci: Como se ha dicho anteriormente, precisa de mayor número de sesiones que las CBT pero ha demostrado tener efectos positivos en el sueño mejorando el insomnio, aunque en menor medida que las CBT. Aún así, se considera beneficioso porque aporta la práctica de un ejercicio físico suave que puede practicarse por personas sanas y por aquellas con una limitación de la fuerza o la movilidad muscular como pueden ser los ancianos[16].

Además de las terapias hasta aquí descritas hay muchas más que se han aplicado al tratamiento del insomnio como son la acupuntura, yoga ,meditación e incluso la hipnosis pero éstas aún no han demostrado claramente tener efectos positivos y duraderos sobre el insomnio.

6. DURACIÓN DE LAS TERAPIAS

En cuanto al tiempo o el número de sesiones en las que deben desarrollarse estas terapias no existe un patrón único. Usualmente, suelen ser cortas pues se imparten de 4 a 6 sesiones de 30 a 90 minutos (una sesión por semana)[17,18,19] pero podemos encontrar otras muy extendidas en el tiempo. Un ejemplo de terapia de larga duración fue la utilizada por Morin et al.[20] que durante 7 meses y medio llevó a cabo diferentes intervenciones en varios grupos que recibieron CBT con o sin farmacoterapia.

Otro ejemplo que ilustra perfectamente la necesidad de ajustar el tiempo a las características de cada terapia es el caso del Tai-Chi donde se hacen necesarios al menos 4 meses de sesiones para obtener resultados[16].

7. VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS TERAPIAS

Para terminar esta introducción a las terapias no farmacológicas es necesario conocer qué instrumentos se utilizan para valorar su eficacia. Al existir una oferta de terapias no farmacológicas tan amplia los instrumentos para medir su eficacia también lo son, de modo que se presenta un listado de los instrumentos más utilizados para que sea el lector el que decida en su momento cuál o cuáles (normalmente se usan combinados) se ajustan mejor a las características de su terapia y a sus participantes.

7.1 Instrumentos para la obtención de datos subjetivos:

- Diario o registros del sueño
- Insomnia Severity Index (ISI)
- Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
- Dysfunctional Attitudes and Beliefs About Sleep Scale (DBAS)
- Epworth Sleepiness Scale (ESS)

7.2 Instrumentos para la obtención de datos objetivos:

- Polisomnografía (PSG)
- Actigrafía

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Hofmann S.G., Asnaani A., Vonk I.J., Sawyer A.T., Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. Cognitive Therapy Research. 2012; 36:427–440.
2. Williams J., Roth A., Vatthauer K., McCrae C.S. Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia. CHEST: Postgraduate Education Corner. 2013; 143 (2): 554-565.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). 5ª Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2014.
4. Taylor J.D, Roane B.M. Treatment of Insomnia in Adults and Children: A Practice-Friendly Review of Research. Journal of Clinical Psychology: In Session, 2010; 66(11): 1137-1147.
5. Ebben M.R., Narizhnaya, M. Cognitive and Behavioral Treatment Options for Insomnia. Mount Sinai Journal of Medicine- 2012; 79:512–523.
6. Siebern A.T., Manber R. New developments in cognitive behavioral therapy as the first-line treatment of insomnia. Psychology Research and Behavior Management. 2011;4: 21–28.
7. Mitchell M.D., Gehrman P., Perlis M., Umscheid C.A. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. BioMed Central Family Practice. 2012, 13(40): 1-11.
8. Shawn R. Currie K., Wilson O., Pontefract A.J., deLaplante L. Cognitive-Behavioral Treatment of Insomnia Secondary to Chronic Pain. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2000; 68(3): 407-416.
9. Edinger JD; Olsen MK; Stechuchak KM; Means MK; Lineberger MD; Kirby A; Carney CE. Cognitive behavioral therapy for patients with primary insomnia or insomnia associated predominantly with mixed psychiatric disorders: a randomized clinical trial. Sleep 2009; 32(4):499-510.

10. Sanchez M., Edinger J. Internight sleep variability: its clinical significance and responsiveness to treatment in primary and comorbid insomnia. Journal Sleep Research. 2012; 21: 527–534.

11. Fiorentino L., McQuaid J.R., Liu L., Natarajan L., He F., Cornejo M., Lawton S., Parker B.A., Sadler G.R., Ancoli-Israel S. Individual cognitive behavioral therapy for insomnia in breast cancer survivors: a randomized controlled crossover pilot study. Nature and Science of Sleep. 2010; (2): 1–8.

12. Krystal A.D., Edinger J.D. Sleep EEG predictors and correlates of the response to cognitive behavioral therapy for insomnia. Sleep. 2010; 33(5):669-677.

13. Bothelius K., Kyhle K., Espie C.A., Jan-Erik B. Manual-guided cognitive–behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: A randomized controlled effectiveness trial. Journal of Sleep Research. 2013; 22(6): 688-696.

14. Lovato N., Lack L., Wright H., Kennaway D.J. Evaluation of a brief treatment program of cognitive behavior therapy for insomnia in older adults. Sleep. ; 37(1): 117-26.

15. Taylor D.J., Zimmerman M.R., Gardner C.E., Williams J.M., Grieser E.A., Tatum J.I., Bramoweth A.D., Francetich J.M., Ruggero C. A pilot randomized controlled trial of the effects of cognitive-behavioral therapy for insomnia on sleep and daytime functioning in college students. Behavior Therapy. 2014 May; 45(3):376-89.

16. Irwin M.R., Olmstead R., Carrillo C., Sadeghi N., Breen E.C., Witarama T., Yokomizo M., Lavretsky H., Carroll J.E., Motivala S.J., Bootzin R., Nicassio P. Cognitive behavioral therapy vs. Tai Chi for late life insomnia and inflammatory risk: a randomized controlled comparative efficacy trial. Sleep. 2014; 37(9):1543-52.

17. Pech M., O'Kearney R. A randomized controlled trial of problem-solving therapy compared to cognitive therapy for the treatment of insomnia in adults. Sleep. 2013; 36(5):739-749.

18. Fröjmark J., Lind M., Sunnhed R. Don't worry, be constructive: a randomized controlled feasibility study comparing behaviour therapy singly and combined with constructive worry for insomnia. British Journal of Clinical Psychology. 2012; 51(2):142-57.

19. Tyagi S., Resnick N.M., Perera S., Monk T.H., Hall M.H., Buysse D.J. Behavioral Treatment of Insomnia: Also Effective for Nocturia. Journal of American Geriatrics Society. 2014; 62 (1): 54-60.

20. Morin C.M., Vallières A., Guay B., Ivers H., Savard J., Mérette C., Bastien C., Baillargeon L. Cognitive-Behavior Therapy, Singly and Combined with Medication, for Persistent Insomnia: Acute and Maintenance Therapeutic Effects. JAMA. 2009; 301(19): 2005–2015.

DETECCIÓN PRECOZ DE LA HIPOACUSIA INFANTIL: IMPORTANCIA DE LA GUIA DE PRÁCTICA CLINICA EN EL TRABAJO DE ENFERMERÍA

ISABEL Mª JIMÉNEZ GARCÍA
/TAMARA ARBOL PEDREÑO /
ALBERTO MIRA BETETA/SARAY

INDICE

1. JUSTIFICACIÓN
2. SITUACIÓN ACTUAL
3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS
4. METODOLOGÍA
5. DISEÑO DE UNA GUIA DE PRÁCTICA CLINICA
6. CONSIDERACIONES GENERALES
7. BIBLIOGRAFÍA

1. JUSTIFICACIÓN

La **Hipoacusia** es la incapacidad total o parcial de un paciente para oír presentando por ello, un déficit auditivo.

REPERCUSIÓN SOCIAL – FAMILIAR- ESCOLAR Y LABORAL

INCIDENCIA

- **Afecta a 1 de cada 1000 nacidos vivos***
- **con factores de riesgo: 4 x 1000 hipoacusias graves**

9 para el resto*

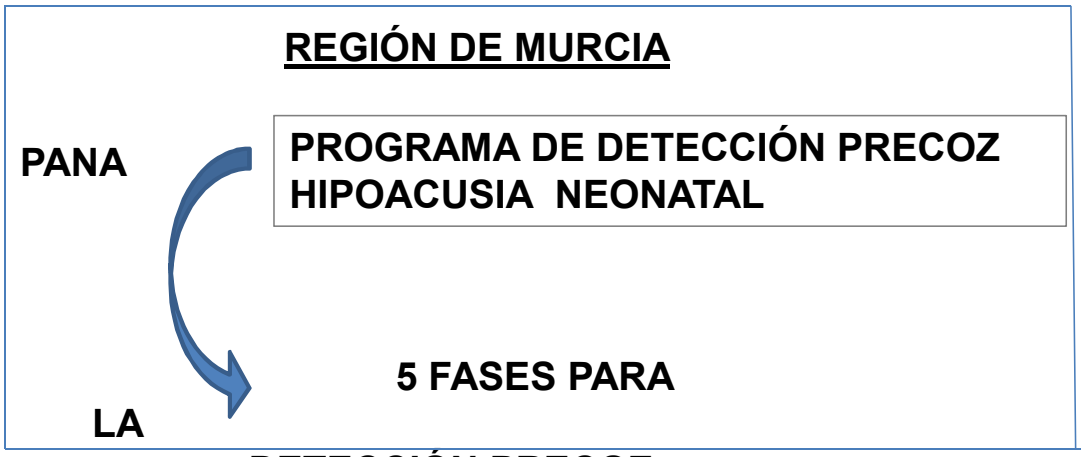
Falsos Negativos Interpretación incorrecta de la prueba, hipoacusias progresivas de aparición tardía o adquiridas postnatales.

*Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. *Programa de Detección Precoz de las Hipoacusias Neonatales*"Murcia. Marzo, 2012

2. SITUACIÓN ACTUAL

- **SENSIBILIDAD EN 3 DIFERENTES [illegible]S*** 85- 89- 94%

- **TASA FN SEGÚN ESOS 3 ESTUDIOS*** 15- 11- 6%



* González de Dios, J.; Mollar Maseresb, J.; Rebagliato Russoc, M.:*"Evaluación del programa de detección precoz universal de la hipoacusia en el recién nacido*". Anales de Pediatría. Barcelona, 2005; 63(3):230-7

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPOTESIS

Detectar los falsos negativos en el diagnóstico de hipoacusia, en consulta de Enfermería contando con una guía de práctica clínica, cuando se trabaja en la atención al niño sano, incrementaría la satisfacción del usuario y la calidad

OBJETIVOS

- ✓ Realizar una guía de práctica clínica que faculte el trabajo de Enfermería en la detección de la hipoacusia infantil.
- ✓ Gestionar desde la consulta del niño sano en Enfermería que se preste un servicio interdisciplinar y de colaboración con la unidad de otorrinolaringología, aplicando la guía de práctica clínica.
- ✓ Proporcionar las

4. METODOLOGÍA

❖ TIPO DE ESTUDIO

Analítico, prospectivo, observacional y de seguimiento individual.

❖ POBLACIÓN DIANA

- ***Niños remitidos por:*** PEDIATRÍA OR
- ***Recién nacidos***

❖ MARCO TEÓRICO

Teoría de Kathryn E. Barnard, denominada "Modelo de interacción para la evaluación de la salud infantil."*

❖ CONSIDERACIONES ÉTICAS

- **Ley 41/2002****
- **Ley 15/1999*****

* Raile Alligood, Martha; Marriner Tomey, Ann: "*Modelo y teorías en Enfermería*" Ed. Elsevier Mosby, 7ª edición. 2011. Págs. 61-62.

** ley 41/2002, 14 de noviembre. BOE núm.274

*** Ley 15/1999, 13 de diciembre, BOE núm.298

5. DISEÑO DE UNA GUIA DE PRÁCTICA CLINICA

ELABORACIÓN DE UNA GPC

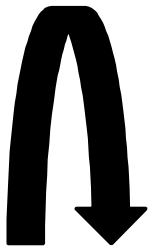
1. Delimitación del alcance de los objetivos
2. Creación del grupo de elaboración de la GPC
3. Formulación de preguntas clínicas
4. Búsquedas, evaluación, síntesis de la literatura
5. Formulación de recomendaciones
6. Revisión externa
7. Edición de la GPC
8. Evaluación

DISPOSICIÓN GPC

- ✓ Servicio de ORL: con profesionales de Medicina y Enfermería.
- ✓ Atención Primaria: profesionales de la consulta de Pediatría y de Enfermería en Atención al niño sano,.
- ✓ Psicología Clínica, Logopedia, Trabajo Social, Terapia Ocupacional.
- ✓ ...

6. CONSIDERACIONES GENERALES

- Papel Enfermería GPC consulta niño sano
- Detectar Falsos Negativos
- Servicio Interdisciplinar



El papel de Enfermería en la elaboración de una GPC sobre la Detección Precoz de la Hipoacusia infantil es fundamental, y una vez implementada en la consulta del niño sano, prestando un servicio interdisciplinar, detectará los falsos negativos dando apoyo a las familias y niños que lo necesiten.

La atención de Enfermería a los niños con déficit auditivo requiere formación en pruebas auditivas y de rehabilitación. Teniendo en cuenta que los objetivos generales, centrados en la valoración, la prevención y la rehabilitación del niño afectado, son responsabilidad de la enfermera, la interacción con la familia y resto de profesionales va a condicionar la detección precoz y la puesta en marcha de medidas alternativas para su tratamiento y

cuidados.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Pedraza Anguera, A.: “Pediatría en Atención primaria” Revista Pediatría Atención Primaria Vol.14 nº 53; Madrid, marzo 2012, suplemento 2011. [Consultado 03 de Enero de 2016] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113976322011000400006 &script =scarttext
2. Espín Ríos, María Isabel; Cervantes Pardo, Antonio: “Programa de atención al niño y al adolescente” (PANA). Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Murcia, 2007
3. Consejería de Sanidad. Dirección General de la Salud Pública. “Programa de Detección Precoz de las Hipoacusias Neonatales”. Murcia. Marzo, 2012. [Consultado el 10 de enero de 2016] Disponible en:https://www.murciasalud.es/archivo.php?id=233250
4. González de Dios, J.; Mollar Maseresb, J.; Rebagliato Russoc, M · “Evaluación del programa de detección precoz universal de

ANALGESIA EN CUIDADOS PALIATIVOS: BOMBA ELASTOMÉRICA

Mario Aroca Lucas
Juan José Belando Garres
José Salvador Ballester Sánchez

INDICE

1. Vía subcutánea
2. Características del tejido SC y de la vía SC
3. Indicaciones de la vía SC
4. Contraindicaciones de la vía SC
5. Lugares de punción y palomillas SC
6. Administración continua por vía SC: Infusores
7. Infusor elastomérico o de balón
8. Bomba elastomérica: procedimiento, infusión y fármacos
9. Síntomas controlables con infusión SC mediante bomba elastomérica
10. Ejemplo de infusión en bomba elastomérica: cloruro mórfico
11. Bibliografía

VIA SUBCUTÁNEA (SC)

- Se trata de una de las vías parenterales de administración de fármacos que consiste en administrar la sustancia en cuestión a través de un catéter o en una punción, en el espacio subcutáneo, entre la dermis y el plano muscular.
- Existe una mayor tendencia al uso de esta vía en situaciones terminales, por su utilidad y comodidad.

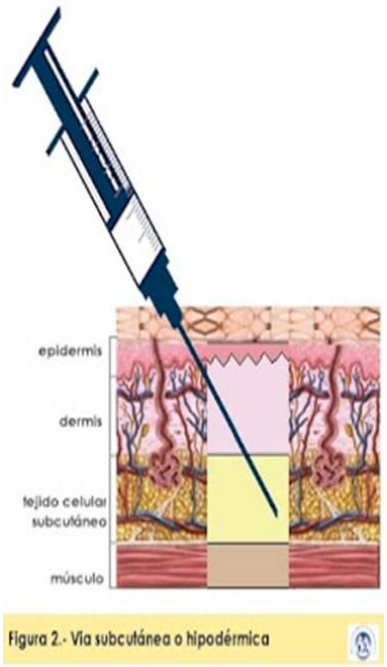


Figura 2.- Vía subcutánea o hipodérmica

Imagen 1: Vía subcutánea

CARACTERÍSTICAS DEL TEJIDO SC Y DE LA VÍA SC

TEJIDO SC

- Presente en toda la superficie corporal.
- Pocos receptores del dolor.
- Muy irrigado.
- Muy distensible.

VÍA SC

- Inicio de acción más tardío, pero más seguro y más cómodo que la IV.
- La situación del paciente no altera significativamente la absorción.
- Complicaciones: irritación local e infección en el 1-2% de los casos.

INDICACIONES DE LA VIA SC

- Ingesta dificultosa del paciente por:
  - Disfagia
  - Náuseas
  - Bajo nivel de consciencia
  - Agonía
- Cuidados paliativos en domicilio (infusiones continuas que no requieren supervisión como las IV).

CONTRAINDICACIONES DE LA VIA SC

- Anasarca
- Alteraciones graves de la coagulación
- Negativa de la familia o del paciente
- Mala circulación periférica

LUGARES DE PUNCIÓN Y PALOMILLA SC

- Se puede puncionar en:
  - Parte anterior y externa de los brazos.
  - Parte anterior del tórax.
  - Cuadrante superior de abdomen y muslos (para grandes volúmenes).

- En cuanto a la palomilla:
  - Aguja corta y rígida de pequeño calibre (23 ó 25G).
  - “Alas” para sujetarla a la piel.
  - Tubo flexible con capacidad de casi 0,5 cc
  - Tapón de rosca tipo “luer lock”.

ADMINISTRACIÓN CONTINUA POR VÍA SC: INFUSORES

VENTAJAS

- Permite la movilidad del paciente.
- Mejora la calidad de vida.
- Reduce el gasto sanitario (permite el tratamiento en domicilio)
- Diferentes tipos de infusores (1, 2 y 5 días).

DESVENTAJAS

- Es más complejo.
- Requiere el uso de dispositivos infusores.
- Requiere una situación más estable.
- Es más cara que la infusión en bolus (pero más barata que un ingreso hospitalario).

INFUSOR ELASTOMÉRICO O DE BALÓN

- Sistemas de infusión continua y ambulatoria.
- No necesitan pilas ni corriente eléc
- Son de un solo uso.
- Funcionan sin gravedad.
- Constan de:
  - Un balón elastomérico.
  - Contenedor rígido y transparente que contiene dicho balón.
  - Línea de infusión “luer lock”.

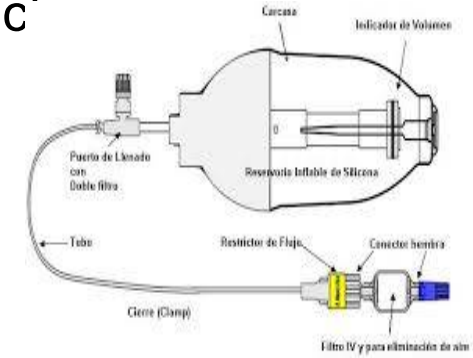


Imagen 2: Esquema de las partes básicas de un infusor.

BOMBA ELASTOMÉRICA: PROCEDIMIENTO

- Se prepara la medicación
- Se carga en una jeringa de 50 ml, cono estrecho (Luer)
- Se rellena el resto con SF 0,9% hasta el volumen establecido por el infusor.
- Se conecta la jeringa a la entrada del infusor, sin utilizar nunca aguja.
- Se introduce la disolución de medicación en SF 0,9%, comprobando que se produce una distención simétrica del balón.
- Una vez lleno, se retira la jeringa y se cierra la entrada del contenedor.
- Se desclampa la línea de infusión para purgarla.
- Se introduce el infusor en una bolsa opaca en caso de que contenga fármacos fotosensibles

BOMBA ELASTOMÉRICA: INFUSIÓN EN EL PACIENTE

- Se conecta el infusor a la vía SC del paciente.
- Se sujeta sobre la piel del paciente.
- Se desclampa el infusor, comprobando que perfunde la solución en el tejido SC del paciente (comprobación de la permeabilidad de la vía).
- Es preciso valorar periódicamente la zona de infusión en busca de signos de inflamación/infección.
- Cuando el indicador de nivel ha llegado a “0”, la infusión ha finalizado.

BOMBA ELASTOMÉRICA: FÁRMACOS SC

- Fármacos hidrosolubles: no son irritantes y tienen un menor riesgo de acumulación en el tejido SC.
- Si se perfunde en bolus, no más de 3-4 ml.
- Fármacos clásicos en perfusión SC:
  - Morfina
  - Midazolam
  - Haloperidol
  - Tramadol
  - Metoclopramida
  - Etc.
- También se pueden infundir otros como: furosemida, ketamina, metadona, etc.

SINTOMAS CONTROLABLES CON INFUSIÓN SC MEDIANTE BOMBA ELASTOMÉRICA

Síntoma	Medicación
Dolor	Morfina, tramadol, diclofenaco, …
Disnea	Morfina, midazolam, furosemida
Secreciones	Escopolamina, hioscina,…
Nauseas y vómitos	Metoclopramida, ondasetrón, haloperidol
Ansiedad	Midazolam, …
Agitación	Haloperidol, midazolam, …
Insomnio	Levomepromazina, midazolam
Convulsiones	Fnitoína, midazolam, clonazepam
Fiebre	Dexametasona, ketorolaco

EJEMPLO DE INFUSION EN BOMBA ELASTOMÉRICA: CLORURO MÓRFICO

- Siempre necesitaremos una pauta médica para cargar dosis, sea cual sea el fármaco.
- Formato de las ampollas de Cloruro Mórfico: 1 o 2 ml.
- Relación VO/SC: 2:1
- Siempre se pauta junto con antieméticos de rescate.
- No tiene techo.
- En caso de presentar disnea, se administraría ½ de la dosis (la infusión debería durar el doble).
- El Cloruro Mórfico NO disminuye la esperanza de vida
- Se pueden usar bolus de refuerzo.

BIBLIOGRAFÍA

- Hernández Pérez, B., López López, C., & García Rodríguez, M. A. (2002). Vía subcutánea: Utilidad en el control de síntomas del paciente terminal. *Medifam*,*12*(2), 44-54.
- Imagen 1: http://enferlic.blogspot.com.es/2012/05/administracion-de-medicamentos-por-via_371.html "El blog de la enfermera": administración de medicamentos por vía subcutánea.
- Imagen 2: http://www.sefh.es/fichadjuntos/Infusores_5FU_GPSok.pdf Grupo de Productos Sanitarios de la SEFH. Sistemas de infusión elastoméricos: administración continua de 5-fluorouracilo. Mayo de 2013.
- Meléndez A, García A. Atención al paciente en situación terminal. Vía Subcutánea. Equipo Soporte para Atención Primaria, Comarca Áraba. Osakidetza. 2015.
- Rodríguez de la Torre R., Medina Madrid E., Dávila Arias M. L., Pérez García A., Torres López A., Cuéllar Obispo E.. Analgesia invasiva domiciliaria en el manejo del dolor postoperatorio en cirugía mayor ambulatoria mediante bombas elastoméricas intravenosas. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Feb 18] ; 18(3): 161-170. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000300003&lng=es

CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS CUTÁNEAS. *CURAS BÁSICAS*

María del Carmen Florenciano García
Purificación Hernández Hernández
Vanessa González Jara

CONTENIDOS

1. Introducción.
2. Definición de úlceras cutáneas.
3. Valoración de úlceras cutáneas.
4. Medidas generales.
    - 4.1. Limpieza de la herida.
    - 4.2. Control del exudado.
    - 4.3. Desbridamiento.
    - 4.4. Prevención y abordaje de la infección
5. Tratamiento de las úlceras
    - 5.1. Estadio I.
    - 5.2. Estadio II.
    - 5.3. Estadio III.
    - 5.4. Estadio IV.
    - 5.5. Úlceras infectadas

1. INTRODUCCIÓN

Las **úlceras cutáneas** son una pérdida de sustancia que, según su profundidad, afecta a todas las capas de la piel, desde la epidermis a la hipodermis.

Son heridas *crónicas*, *abiertas* al exterior, de curación *lenta* y a menudo asociadas a procesos infecciosos o deficiencias en el riego sanguíneo.

Dentro de las úlceras cutáneas se incluyen:

- Úlceras **por presión** (UPP).
- Úlceras vasculares **arteriales** *o isquémicas* y **venosas** *o de éxtasis*.
- Úlceras **neuropáticas**.

2. DIFERENCIACIÓN DE ÚLCERAS CUTÁNEAS

	POR PRESIÓN	ARTERIAL	VENOSA	NEUROPÁTICA
Localización	Depende de las zonas o superficies que se encuentren sometidas a una presión mantenida y de la posición del paciente. El 90% se desarrollan por debajo de la cintura: Región sacra, talones, tuberosidades isquiáticas y caderas.	Pie: Puntas de los dedos y zona plantar. Cabezas de falanges y metatarsianos. Talón, maléolo, y zona pretibial.	Tercio inferior de la pierna, por encima de los maléolos.	Planta del pie a nivel de las articulaciones metatarsofalángicas (5ª), y en caras laterales del pie.
Morfología	Dependerá del estadio en el que se encuentre la UPP. Bordes irregulares. Tienden a profundizar y extenderse si se mantiene la presión.	Numerosas. Tamaño pequeño. Bordes definidos. Tienden a profundizar. Tejido necrótico. No sangrantes.	Gran tamaño. Bordes irregulares. Superficiales. Tejido de granulación. Sangrantes.	Forma circular. Profundidad y extensión variables. Rodeadas de un grueso callo.

2. DIFERENCIACIÓN DE ÚLCERAS CUTÁNEAS

	POR PRESIÓN	ARTERIAL	VENOSA	NEUROPÁTICA
Fisiopatología	Factores intrínsecos (edad y raza) + Factores extrínsecos (presión, cizallamiento, Tª, fricción, humedad, etc.)	Isquemia, arterioesclerosis, HTA, etc.	Tercio inferior de la pierna, por encima de los maléolos.	Diabetes Mellitus con neuropatía que deriva en un pie insensible.
Dolor	Depende del estadio en el que se encuentre la úlcera, siendo el Estadio I el más doloroso (afecta epidermis), y el Estadio IV indoloro (afecta hipodermis).	Extremadamente dolosas. El dolor se alivia con el miembro en declive.	Moderadamente dolorosas. El dolor se alivia con la elevación de la extremidad.	Indoloras debido a la pérdida de sensibilidad.
Pulsos	Normales.	Débiles o ausentes.	Normales.	Normales.
	Depende del estadio:	Piel delgada, brillante, seca y sin vello.		Piel macerada. A veces se puede visualizar el hueso.

2. DIFERENCIACIÓN DE ÚLCERAS CUTÁNEAS

Úlcera Neuropática

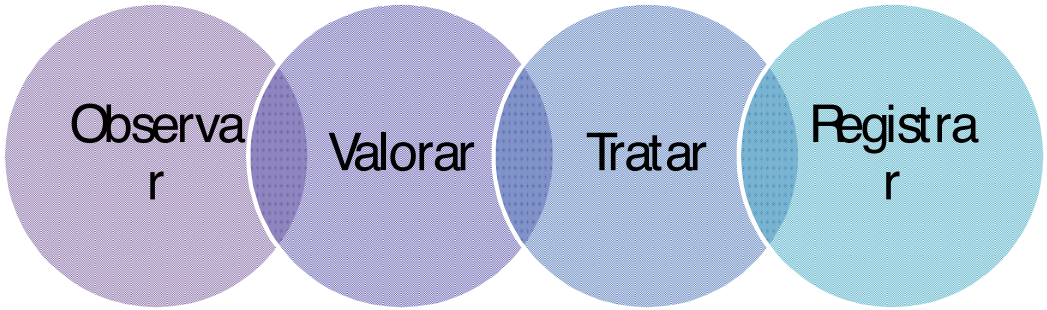
Úlcera por presión

Úlcera Arterial

Úlcera Venosa

3. VALORACIÓN DE ÚLCERAS CUTÁNEAS

- La **valoración** es **fundamental** para establecer el mejor tratamiento y posteriormente poder evaluar los resultados.



- Debemos realizarla siempre desde un enfoque holístico, por lo que además de valorar la úlcera en sí, debemos cuidar el estado de nutrición e hidratación del paciente, además de tener en cuenta los factores psicosociales que puedan afectarle.

3. VALORACIÓN DE ÚLCERAS CUTÁNEAS

Para valorar el estado de una úlcera debemos tener en cuenta varios parámetros:

- **Grado o Estadio de la úlcera.** Debemos valorar el estado en el que se encuentra la úlcera.
- **Presencia de infección:** Se manifiesta por calor, dolor, rubor, inflamación, exudación purulenta y mal olor. Retrasa la cicatrización.
- **Necrosis:** Puede ser seca (capa negra, dura y superficial), llegando a formar ***escaras*** o húmeda (de color claro y blandas –***esfacelos***).
- **Exudación:** Líquido de distintos tipos (seroso, purulento, hemorrágico, etc.). Valorar tipo y cantidad.
- **Granulación:** Si existe un crecimiento de tejido sano. Aspecto entre rosado y rojo.
- **Diámetro y volumen:** Nos dan información sobre la dimensión de la úlcera.

3. VALORACIÓN DE ÚLCERAS CUTÁNEAS

También es importante valorar la piel perilesional. Debemos cuidarla y protegerla para evitar irritaciones y maceración que podrían aumentar el tamaño de la úlcera.

- Limpiar bien la zona y retirar todos los restos de exudados y costras.
- Hidratar muy bien toda la piel de los miembros inferiores para evitar las grietas que pueden iniciar nuevos procesos ulcerosos.
- En heridas muy exudativas hay que proteger la piel cercana a los bordes con pomadas de óxido de zinc o ácidos grasos hiperoxigenados.

4. Medidas generales

Antes de realizar la cura debemos tener en cuenta:

1) Elegir la posición más cómoda para el paciente y para el tipo de úlcera y su localización.
2) Limpiar adecuadamente la herida.
3) Realizar la cura con la mayor asepsia posible.
4) Valorar la piel perilesional e identificar problemas como maceración, descamación, prurito, dolor, edemas, etc.
5) Valorar la lesión y elegir el tratamiento más adecuado.

4. Medidas generales

En general, podemos dividir el tratamiento de la úlcera en dos tipos de curas. Por lo general, el tipo de cura más recomendable para este tipo de heridas es la cura húmeda.

4. Medidas generales

4.1. Limpieza de la herida

Es el primer paso en cualquier cura y uno de los más importantes, ya que dependiendo de cómo se realice vamos a mejorar las condiciones de la herida y a disminuir el riesgo de infección.

La limpieza debe realizarse siempre antes de cada cura, con suero salino a una presión suficiente para arrastrar restos de la cura anterior, esfacelos, tejidos necróticos, etc. pero, que no produzca daño en el lecho de la herida. Después de la limpieza, la herida se tiene que secar con mucho cuidado y siempre por **presión**.

Se recomienda no utilizar productos antisépticos para la limpieza de la herida ni limpiadores cutáneos, por su poder citotóxico para el nuevo tejido.

- La irrigación por arrastre o presión de las heridas con solución salina al 0,9% estéril es la más utilizada. El sodio es el determinante más importante de la presión osmótica efectiva de los líquidos intersticiales.
- El empleo de agua y jabón para el lavado de las heridas procediendo desde

4. Medidas generales

4.2. Control del exudado

Es el fluido resultante de la secreción corporal, tanto intracelular como extracelular, cuando existe pérdida de continuidad de la piel.

Tiene un efecto protector pero, en exceso puede entorpecer el proceso normal de cicatrización porque retrasa o bloquea la proliferación de fibroblastos, células endoteliales y queratinocitos. Además contiene una cantidad de enzimas y de sustancias químicas que pueden parar o alterar la formación de la sustancia fundamental, muy importante para la reepitelización.

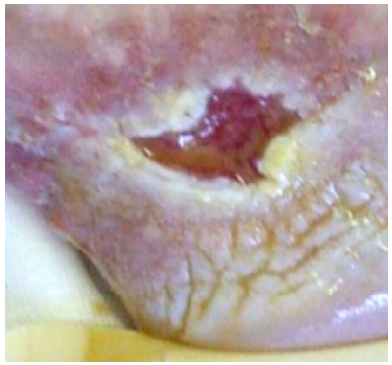
El buen control del exudado es fundamental para la rápida cicatrización de las heridas. La cura en ambiente húmedo proporciona al lecho de la lesión el nivel de humedad adecuado para que el propio organismo acelere el proceso de cicatrización. El exudado contiene una gran concentración de proteínas y favorece el desbridamiento autolítico por mediación de las enzimas fisiológicas o endógenas del organismo.

4. Medidas generales

4.2. Control del exudado

Tipos de Exudado

- **Seroso.** Es el primer exudado que se puede encontrar. Su aspecto es transparente, con una tonalidad amarillenta.
- **Hemorrágico.** Es debido a la rotura traumática, su color es rojo como en una hemorragia en sábana o por la fragilidad capilar debida a una alta carga bacteriana. Presenta un color más oscuro y de flujo más lento.
- **Purulento.** Es el exudado que se encuentra en lesiones con signos de infección. Su aspecto, color y olor dependerán del agente causante por sus toxinas, comprometiendo la reproducción celular.
- **Seropurulento.** Combinación de exudado seroso y purulento.
- **Hemopurulento.** Combinación de exudado hemorrágico y purulento.



4. Medidas generales

4.2. Control del exudado

En cuanto a la medición del exudado se realiza de forma subjetiva,. Actualmente en España cuando hablamos de cantidad de exudado lo dividimos en *Ninguno o nulo / Ligero o escaso / Moderado / Abundante.*

Factores que influyen en el nivel de exudado de una herida

- Zona anatómica: Si la lesión está en una zona muy vascularizada, el exudado será más abundante.
- Patología previa o concomitante que afecte al paciente: varices, edemas, etc.
- Cambios en la temperatura corporal que pueden provocar dilatación y favorecer situaciones de éxtasis vascular.
- En función del tratamiento utilizado también puede haber cambios significativos.
- El incremento de la carga bacteriana en la herida y la sistemática que se implante para su control va a condicionar también el tipo y características de exudado de la lesión.

4. Medidas generales

4.3. Desbridamiento

El tejido necrótico es secundario a la destrucción de tejidos que se origina tras una isquemia importante y está constituido por restos de células y tejido muerto. La presencia de tejido necrótico en una herida se considera negativa para la cicatrización, ya que constituye una barrera mecánica importante que va a dificultar la evolución hacia la resolución de la herida.

Cuando hablamos de tejido necrótico podemos hacer referencia a varios tipos de tejidos:

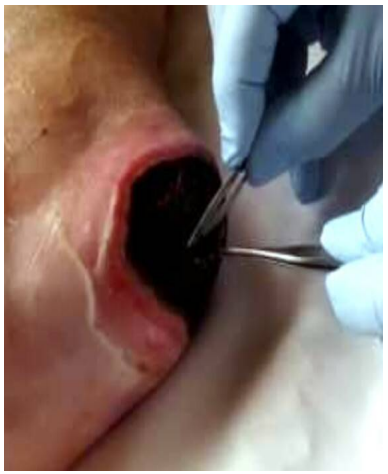
- **Tejido necrótico.** Su aspecto es marrón oscuro o negro constituido por células muertas y restos de tejidos, cuya consistencia puede variar.
- **Escara.** Placa negra de ateroma, de consistencia generalmente dura, de aspecto seco y textura sólida.
- **Esfacelos.** Se corresponden con restos de material fibrinoso. Su consistencia es más blanda y desestructura con diferentes texturas a lo largo de la evolución de la lesión, suele ser de color verdoso, amarillento o también grisáceo y blanquecino.

4. Medidas generales

4.3. Desbridamiento

Para que una herida progrese adecuadamente hacia la cicatrización normal, se ha de favorecer o conseguir la eliminación del tejido necrótico en la lesión. Para ello se debe realizar un adecuado desbridamiento. Este término se refiere a la limpieza de la lesión, dejando ésta libre de tejido desvitalizado y otras sustancias, con lo que se disminuye la carga bacteriana y el riesgo de infección y, por otra parte, se facilita la correcta valoración de la úlcera.

El desbridamiento en el tratamiento de las heridas es muy importante, ya que una herida con tejido necrótico o esfacelos tiene riesgo de infección y retraso en la cicatrización. Hay varios tipos de desbridamiento dependiendo de la situación personal del paciente (problemas de coagulación, pacientes en fase terminal) o de las características de la herida (profundidad, grado de úlcera, etc.) no siendo incompatibles entre ellos y siendo preferible combinarlos para obtener mejores resultados.



4. Medidas generales

4.4. Prevención y abordaje de la infección

Todas las heridas crónicas suelen estar contaminadas, es decir que tienen bacterias en su superficie, lo que no quiere decir que estén infectadas.

Los **signos de la infección** son: inflamación (eritema, edema, tumor, calor), dolor, olor y exudado purulento.

Ante la presencia de algunos de estos signos debemos intensificar la limpieza y el desbridamiento de la herida. Si a pesar de esto, la herida no mejora, o continúa con signos de infección, habiendo descartado la presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia, hay que iniciar tratamiento. El incremento de la carga bacteriana en la herida puede retrasar o parar el proceso de cicatrización, produciendo una inflamación prolongada en la misma. La presencia de bacterias afectará de forma adversa a la angiogénesis, a la formación de tejido de granulación y a la epitelización.

Para ello se pueden utilizar apósitos con plata, con gran poder para reducir la carga bacteriana. Para las heridas infectadas y con muy mal olor, existen apósitos de carbón activado y plata. Si trascurrido un tiempo, la herida no

5. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS

5.1. Estadio I.

Objetivos

- Prevenir la extensión de la úlcera.
- Promover y/o favorecer su curación
- Evitar la evolución a grados superiores.
- Evitar la aparición de nuevas lesiones.

Observaciones

- Aplicar siempre medidas preventivas.
- Valorar la intensidad de dolor.
- Si hay varias úlceras empezar

Material

- Sábanas, almohadas y protectores blandos y suaves.
- Material de aseo.
- Crema hidratante oleosa : ácidos grasos ó crema barrera.
- Guantes desechables.
- Taloneras o similar.

5. Tratamiento De ÚLCERAS

5.1. Estadio I.

Procedimiento

1. Informar al paciente de la técnica a realizar y pedir su colaboración.
2. Colocar al paciente en la posición adecuada (dependerá de la localización de la úlcera).
3. Lavarse minuciosamente las manos.
4. Lavar la úlcera con agua y jabón neutro y aclarar.
5. Utilización de guantes estériles
6. Secar la lesión con gasas con toques suaves.
7. Valorar el aspecto, extensión y forma de la úlcera.
8. Aplicar el producto de elección:
   - Ácidos grasos hiperoxigenados.
   - Cremas barrera, se aplicará una pequeña cantidad.
   - Valorar la utilización de apósitos hidrocoloides transparentes.

5. Tratamiento de úleras

5.2. Estadio II.

Objetivos

- Prevenir la extensión de la úlcera.
- Promover y/o favorecer su curación.
- Evitar la infección.
- Prevenir la aparición de nuevas lesiones.

Observaciones

- Las mismas que en las úlceras de estadio I.
- Establecer una frecuencia de cura de al menos c/48h.
- Cambiar el apósito siempre que

Material

- Guantes desechables.
- Guantes estériles.
- Gasas, compresas y paños estériles.
- Apósitos específicos.
- Suero fisiológico 0,9%.
- Solución descontaminante.
- Material de cura estéril.

5. TRATAMIENTO DE úLCERAS

5.2. Estadio II.

Procedimiento

1. Informar al paciente de la técnica a realizar y pedir su colaboración.
2. Colocar al paciente en la posición adecuada (dependerá de la localización de la úlcera).
3. Levantar la cura previa con guantes desechables.
4. Lavarse minuciosamente las manos.
5. Limpiar la zona con solución descontaminante, ó suero salino 0,9% (precaución con la presión ejercida, puede lesionar el tejido sano).
7. Secar la lesión con gasas estériles mediante toques suaves.
8. Valorar el aspecto, extensión y forma de la lesión.
9. Valorar la existencia y cantidad de exudado, esfácelos, signos de infección, etc.
10. Aplicación de los productos y apósitos específicos según la valoración anterior.
11. Disminuir o evitar la presión.
12. Anotar la fecha de la cura en el apósito.

5. TRATAMIENTO de úlceras

5.3. Estadio III.

Objetivos

- Prevenir la extensión de la úlcera.
- Promover y/o favorecer su curación.
- Evitar la infección, eliminarla o controlarla.
- Evitar la aparición de nuevas lesiones.

Observaciones

- Las mismas que en las úlceras de estadio I.
- No levantar la cura antes de la fecha recomendada para cada tratamiento empleado.

Material

- Material de cura estéril.
- Guantes desechables.
- Guantes estériles.
- Jabón quirúrgico.
- Clorhexidina acuosa al 0,5%.
- Suero salino fisiológico al 0,9 %.
- Solución descontaminante.
- Gasas y compresas estériles.
- Jeringas.
- Hojas de bisturíes.
- Apósitos oclusivos o semioclusivos.
- Pastas y gránulos específicos, hidrogeles.

5. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS

5.3. Estadio III.

Procedimiento

1. Informar al paciente de la técnica a realizar y pedir su colaboración.
2. Colocar al paciente en la posición adecuada (dependerá de la localización de la úlcera).
3. Levantar la cura previa con guantes desechables.
4. Lavarse minuciosamente las manos.
5. Limpiar la zona con solución descontaminante, ó suero salino 0,9% (precaución con la presión ejercida, puede lesionar el tejido sano).
7. Secar la lesión con gasas estériles mediante toques suaves.
8. Valorar el aspecto, extensión y forma de la lesión.
9. Valorar la existencia y cantidad de exudado, esfácelos, signos de infección, etc.
10. Aplicación de los productos y apósitos específicos según la valoración anterior.
11. Disminuir o evitar la presión.
12. Anotar la fecha de la cura en el apósito.

5. TRATAMIENTO de úlceras

5.4. Estadio IV.

Objetivos

- Prevenir la extensión de la úlcera.
- Promover y/o favorecer su curación.
- Evitar la infección, eliminarla o controlarla.
- Evitar la aparición de nuevas lesiones.

Observaciones

- Las mismas que en las úlceras de estadio I.
- No levantar la cura antes de la fecha recomendada para cada tratamiento empleado.

Material

- Guantes de un solo uso.
- Guantes estériles.
- Gasas, compresas y paños estériles
- Apósitos específicos.
- Clorhexidina acuosa al 0,5%.
- Suero fisiológico 0,9% o solución descontaminante.
- Material de cura estéril.
- Hoja de bisturí con mango.
- Jeringas y agujas.
- Esponjas jabonosas de clorhexidina.

5. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS

5.4. Estadio IV.

Procedimiento

1. Informar al paciente de la técnica a realizar y pedir su colaboración.
2. Colocar al paciente en la posición adecuada (dependerá de la localización de la úlcera).
3. Lavarse las manos minuciosamente y ponerse guantes.
4. Levantar la cura previa.
5. Limpiar la úlcera suero salino 0,9% o solución descontaminante.
6. Ponerse guantes estériles.
7. Secar la zona con gasas estériles con toques suaves (para evitar lesionar el tejido sano).
8. Valorar el aspecto, extensión y forma de la úlcera.
9. Valorar el exudado, esfácelos, zonas de necrosis.
10. Si existe placa necrótica, se procederá a su desbridamiento.

5. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS

5.4. Estadio IV.

Procedimiento

11. Cuando ya no existe placa necrótica y siempre que aparezca exudado se usará un apósito capaz de reducir el exceso de exudado.
12. Aplicación del apósito adecuado a las características y dimensión de la lesión, procurando que el mismo exceda en dos cm el tamaño de la misma.
13. Aplicación de apósitos para reducir la carga bacteriana.

5. TRATAMIENTO de úlceras

5.5. Úlceras infectadas.

Objetivos

- Minimizar los efectos de la infección en las úlceras por presión.
- Favorecer la cicatrización.
- Evitar la infección sistémica.

Material

- Guantes de un solo uso.
- Guantes estériles.
- Gasas, compresas y paños estériles
- Apósitos específicos.
- Clorhexidina acuosa al 0,5%.
- Suero fisiológico 0,9% o solución descontaminante.
- Material de cura estéril.
- Hoja de bisturí con mango.
- Jeringas y agujas.
- Esponjas jabonosas de clorhexidina.

5. TRATAMIENTO de úlceras

5.5. Úlceras infectadas.

Observaciones

- Las mismas que en las úlceras de estadio I.
- Ante cualquier signo de infección se procederá a la toma de cultivo, se comunicará al médico responsable y se revaluará el tratamiento empleado.
- Curar cada 24 horas y valorar la eficacia del tratamiento.
- Si aparece fiebre en pacientes con UP sin otros focos infecciosos, sospechar que el origen de la sepsis puede estar en estas lesiones. Avisar para instauración de tratamiento
- El uso de torundas para la toma de muestras puede dar lugar a falsos positivos, ya que solo detectan contaminantes de la superficie.
- No se recomienda el uso de antisépticos locales por el efecto tóxico de estos antisépticos sobre las células del tejido de granulación.
- Si existiera infección por anaerobios se podría irrigar la úlcera con H_2O_2 diluida al 50% con salino al 0,9% y después aclarar de nuevo con salino (no más de dos días).

5. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS

5.5. Úlceras infectadas.

Procedimiento

1. Informar al paciente de la técnica a realizar y pedir su colaboración.
2. Colocar al paciente en la posición adecuada (dependerá de la localización de la úlcera).
3. Lavarse las manos minuciosamente y ponerse guantes.
4. Levantar la cura previa.
5. Lavar la úlcera con Clorhexidina acuosa, solución descontaminante.
6. Aclarar abundantemente con suero salino 0,9%.
7. Ponernos guantes estériles.
8. Secar la zona con gasas estériles con toques suaves (para evitar lesionar el tejido sano).
9. Valorar el aspecto, extensión y forma de la úlcera.
10. Proceder a la toma de cultivo (siempre previa limpieza de la úlcera, para evitar falsos positivos).

5. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS

5.5. Úlceras infectadas.

Procedimiento

11. Control de exudado con apósitos adecuados.
12. Aplicar tratamiento sistémico pautado por el médico.
13. Cubrir con el apósito secundario adecuado a las características de la lesión.
14. Realizar la cura al menos cada 24h o con la frecuencia que precise el tratamiento empleado.

5. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS

5.6. Otros tratamientos: Cura por vacío (Sistema VAC).

La cura por vacío fue descrita en 1997 por Argenta y Morykwas. Consiste en la aplicación de una presión negativa en la herida a tratar. Con ello se consigue eliminar el exudado, disminuir la carga bacteriana, aumentar la vascularización y oxigenación e incrementar el número de mitosis y la neovascularización por el efecto de la succión.

Todos ellos efectos beneficiosos que permiten la correcta cicatrización de heridas de diversa etiología (agudas, crónicas, vasculares, diabéticas, por radiodermistis, por presión, injertos, etc).

Se trata de una alternativa terapéutica sencilla de aplicar, efectiva, económica, con escasos

5. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS

5.6. Otros tratamientos: Cura por vacío (Sistema VAC).

Procedimiento

1) Cubrir el lecho de la lesión con esponjas de poliuretano.
2) Recortar a la medida exacta para cubrir el total de la lesión sin sobresalir de los bordes y sin ejercer presión sobre los mismos.
3) Realizar una pequeña incisión en la esponja de modo que nos permita introducir un tubo de drenaje el cuál irá conectado, por su otro extremo, con un depósito acoplado a la bomba de vacío que se sustituirá cuando alcance su máxima capacidad (350 cc).
4) Cubrir todo con un apósito de poliuretano que sobresalga unos 5 cm. de la lesión para conseguir un perfecto sellado.

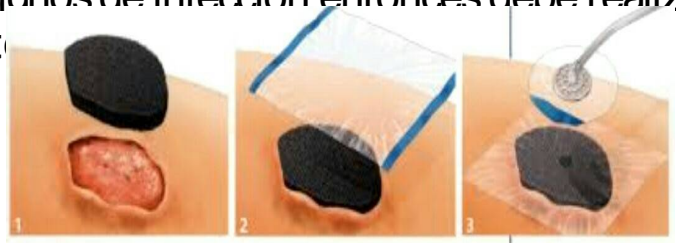
5. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS

5.6. Otros tratamientos: Cura por vacío (Sistema VAC).

Procedimiento

5) Programar una presión entre 50-75 mmHg sobre úlceras e injertos y de 125 mmHg en otro tipo de heridas, de forma intermitente (durante 5 minutos y se descansa durante 2 minutos) o continua (más efectiva en lesiones vasculares) durante las 24 horas del día, permitiendo una desconexión durante un periodo de tiempo no superior a las 2 horas.

6) La cura V.A.C., el cambio de esponjas, se realizará cada 48-72 horas, salvo que existan signos de infección entonces debe realizarse cada 12-24 horas hasta que est

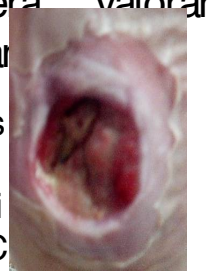


5. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS

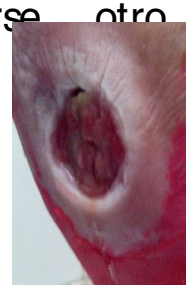
5.6. Otros tratamientos: Cura por vacío (Sistema VAC).

Duración

El tratamiento se aplicará hasta conseguir la cicatrización de la herida. Si en un plazo de 1 a 2 semanas no se observa una evolución favorable, el tratamiento no es efectivo, por lo que deberá valorarse otro tipo de tratar



Antes de la terapia VAC



1 semana después de la terapia VAC

Capítulo 5. Cuidado de úlceras cutáneas. Curas Básicas.

Contraindicaciones

- Osteomielitis no tratada.
- Fístulas en órganos o cavidades del cuerpo.
- Úlceras de etiología maligna.
- Pacientes anticoagulados, siendo esta contraindicación relativa. Podría llegar a realizarse pero requeriría una estrecha vigilancia.

5. TRATAMIENTO DE ÚLCERAS

5.6. Otros tratamientos: Cura por vacío (Sistema VAC).

Complicaciones

Puede resultar dañado el tejido perilesional por efecto del adhesivo del apósito de poliuretano, para evitarlo debemos realizar una adecuada higiene y protección de la zona.

Durante el cambio de esponja puede dañarse el nuevo tejido de granulación y producirse pequeñas hemorragias que, generalmente, ceden a la presión local.Para evitarlo puede colocarse un tul no adherente entre la esponja y el lecho de la lesión, así como humedecer la esponja antes de retirarla.

Puede aparecer dolor en el momento que se produce la presión negativa sobre la herida por efecto del vacío, suele durar unos 20-30 minutos y suele ceder con analgesia, si no es así disminuiremos la presión. Durante la cura también es posible que aparezca dolor, para evitarlo administraremos analgésicos 30 minutos antes de la manipulación.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Canet Bolado C, Lamalfa Díaz E, Mata Morante M, Olóriz Rivas R, Pérez Nieto C, Sarabia Lavín R et al. *Manual de prevención y tratamiento de las úlceras por presión*. Cantabria: HU "Marqués de Valdecilla"; 2003.
2. Muñoz Rodríguez A, Ballesteros Úbeda MV, Escanciano Pérez I, Polimón Olibarrieta I, Díaz Ramírez C, González Sánchez J et al. *Manual de protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas*. Madrid: HU de Móstoles; 2007.
3. Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de La Rioja. *Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión.* Logroño: Consejería de Salud de La Rioja; 2009.
4. López Alonso SR, García Aguilar RA, Gala Fernández B, Jiménez García JF, Barroso Vázquez M, De Haro Fernández F et al. *Guía de práctica clínica para la prevención y cuidados de las úlceras arteriales.* Andalucía: SAS. Consejería de Salud; 2009.
5. López Alonso SR, García Aguilar RA, Lacida Baro M, Pérez Hernández RM, García Fernández FP, Montalvo Cabrerizo M et al. *Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de úlceras por presión.* Andalucía: SAS. Consejería de Salud; 2009.
6. Blasco Gil S. *Guía clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. HC de Alcañiz; 2007*.
7. Pintado Juez Y, Peña Laguna C, Parra Moro M, Pardo Fernández MJ, Frías Rodríguez M, Valverde Vaquero T et al. *Protocolo úlceras por presión (UPP) y heridas crónicas*. Toledo: Servición de Salud de Castilla-La Mancha; 2011. 2ª Edición.
8. Pérez Álvarez A, Tomás Vidal AM, Alonso Zulueta B, Matamalas Massanet C, Santamaría Semís J, Cardona Roselló J et al. *Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Islas Baleares: Consejería de Salud y Consumo; 2007*.
9. Comité de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. *Úlceras por presión y heridas crónicas*. Valencia: Agencia Valenciana de Salud; 2008.

EL APOYO A LA LACTANCIA MATERNA, UNA TAREA IRRENUNCIABLE

BEGOÑA FRANCO TOVAR

Índice

1. Introducción
2. Objetivos
3. Actuaciones.
    - 3.1 Consideraciones previas.
    - 3.2 Atención primaria.
    - 3.3 Atención especializada.
        - 3.3.1 Paritorio
        - 3.3.3 Sala de recuperación
        - 3.3.4 Unidad de hospitalización
    - 3.4 En el domicilio.
4. Problemas durante la lactancia
    - 4.1 Dolor
    - 4.2 Grietas

Índice (II)

4.3 Galactocele
4.4 Mastitis
5. Conclusión
6. Bibliografía

1. Introducción

Las ventajas de la leche materna frente a las fórmulas artificiales han sido ampliamente demostradas en la literatura científica. En los últimos años se habla incluso de los posibles riesgos de la alimentación artificial sobre la salud y desarrollo del bebé.

La toma de leche materna de forma exclusiva (sin dar otro alimento líquido o sólido, frecuentemente y sin limitaciones de tiempo) hasta los 6 primeros meses de vida, con otros alimentos hasta los dos años de edad y el destete hasta que el hijo y la madre lo deseen, es la recomendación de la OMS.

1. Introducción (II)

Sin embargo, aunque el amamantamiento es un hecho innato, no todas las madres pueden seguir la recomendación de la OMS. Se precisa de un aprendizaje de la técnica y un conocimiento del propio proceso del amamantamiento. Antiguamente la lactancia, al igual que otras enseñanzas relacionadas con la crianza de los hijos, se aprendía en casa, viendo cómo otras madres del entorno familiar o más cercano lo hacían. Hoy día ese entorno de crianza está mucho más difuminado y son los profesionales sanitarios los que solucionan gran parte de las dudas de crianza de las madres.

1. Introducción (III)

Por tanto son los profesionales sanitarios los que han de asumir necesariamente la tarea de fomentar la lactancia materna desde mucho antes de que se produzca el nacimiento, proporcionando una información adecuada sobre sus ventajas, su proceso y evolución; y más adelante, prestando los conocimientos y el apoyo emocional para asegurar una lactancia satisfactoria para la madre y el bebé.

2. Objetivos

1. Presentar pautas de actuación que favorezcan el contacto precoz y que contribuyan a la pronta instauración de la lactancia materna en el recién nacido sano de madre que quiera lactar.
2. Ofrecer actuaciones, en los dos niveles de atención sanitaria, dirigidas a favorecer el mantenimiento de la lactancia materna efectiva siguiendo las recomendaciones de la OMS.
3. Proporcionar posibles soluciones sobre las complicaciones más frecuentes que pudieran surgir y que afectan a la lactancia materna.

3. Actuaciones

3.1 Consideraciones previas.

Para poder enseñar a lactar, los profesionales sanitarios hemos de estar capacitados. La lactancia efectiva de una madre a su bebé no puede depender del profesional de que se trate: de sus conocimientos, motivación, consideraciones personales frente a la lactancia o grado de implicación; pues los beneficios de la lactancia materna son una evidencia científica.

Se precisa asegurar que todos los profesionales sanitarios que intervendrán en el proceso de amamantamiento dispondrán de la mejor formación que asegure su adecuada asistencia a las madres que quieran lactar.

3. Actuaciones (II)

3.1 Consideraciones previas.

La lactancia materna ha de ser por tanto un objetivo de formación en todos los niveles de atención sanitaria.

Además de esto, siguiendo las políticas internacionales, debe constituirse como actividad protocolizada, en todos los centros sanitarios que atiendan a lactantes, que asegure actuaciones profesionales similares basadas en evidencia científica.

Siguiendo las recomendaciones de la Declaración Innocenti 2005, se ha de eliminar de los centros sanitarios (tanto en atención primaria como en especializada) toda publicidad sobre las leches de

3. Actuaciones (III)

fórmula. Y no se entregarán a las madres muestras gratuítas que favorezcan su consumo al venir respaldadas por un profesional sanitario.

3. Actuaciones (IV)

3.2 Atención primaria

En este nivel de atención se disponen de los siguientes puntos de contacto:

- Clases de preparación al parto.

Donde se han de explicar al colectivo de madres y padres, los beneficios de la lactancia materna, la técnica correcta del amamantamiento, las posibles complicaciones y motivos de consulta a la matrona, y donde se debe de desmentir creencias erroneas relacionadas con dar el pecho.

- Consulta antes del parto.

En un buen momento para atender de forma individualizada todas las dudas concretas y los

3. Actuaciones (V)

miedos a los que se enfrenta la futura madre y poder dar el apoyo y consejo profesional necesario.

- Consulta tras el parto. Durante los primeros días en casa es cuando más apoyo necesita una madre que quiera lactar. Ya no cuenta con la asistencia continua de los profesionales sanitarios, el bebé ya ha descansado tras el parto y hace una mayor demanda de alimento, y comienzan las primeras dificultades. Las actuaciones serán:
  - Observar el momento de amamantamiento y el enganche del bebé para poder detectar dificultades y proponer posibles soluciones.
  - Explicar las características de la leche para disminuir la ansiedad de la madre.

3. Actuaciones (VI)

- Aconsejar el amamantamiento frecuente y a demanda.
- Explicar la ganancia ponderal del bebé como pueba de lactancia efectiva, asegurándonos que no suponga una fuente de estress para la madre.
- Presentar los grupos de apoyo a la lactancia como lugar donde compartir experiencias con otras madres.

3. Actuaciones (VII)

3.3 Atención especializada.

-En la sala de partos.

Favorecer el contacto **piel con piel** desde el primer momento y durante las dos primeras horas de vida.

-En la sala de recuperación.

Procurar ambiente íntimo y buscar la posición materna más cómoda para la lactancia.

Observar una toma y orientar hacia la **técnica adecuada:**

• Abdomen del bebé y de su madre enfrenteados.

• Hiperextensión del cuello del bebé. Su barbilla toca el pecho. El bebé ha de buscar y acercarse al pezón y no al revés.

3. Actuaciones (VIII)

•El pezón y gran parte de la areola de la madre han de estar en la boca del bebé.
•Movimiento de la oreja del bebé mientras succiona.
•No ha de haber ningún ruido durante la succión, aunque sí el de la deglución.
No ofrecer suero glucosado o manzanilla.

-<u>En la unidad de hospitalización</u>.
Continuar procurando un ambiente íntimo controlando las visitas en exceso y numerosas.
Observar las tomas de pecho para detectar actuaciones incorrectas que puedan desencadenar dificultades posteriormente.

3. Actuaciones (IX)

Sugerir respetuosamente otras formas de actuación u otras posturas que faciliten la lactancia.

Ofrecer refuerzos positivos continuos a la madre insistiendo en su capaciad para amamantar. Puede ser muy interesante que el entorno familiar más próximo escuche las indicaciones del equipo asistencial. El objetivo no es otro que el de evitar mensajes contradictorios o comentarios inapropiados que desanimen a la madre y dificulten la lactancia.

Recomendar a la madre cambiar de postura de lactancia a lo largo del día para ir vaciando por completo cada mama.

3. Actuaciones (X)

3.4 En el domicilio.

El contacto con el sistema sanitario se produce en los centros de atencion primaria y en las unidades hospitalarias de lactancia materna, donde las haya.

Se ha de continuar en la misma línea de todo el trabajo realizado hasta el momento, pero además se ha de enseñar a la madre a detectar las principales **señales de lactancia no efectiva**:

-Peso del bebé:

- •Pérdida continua de peso tras el tercer día.
- •No comienza a ganar peso tras el quinto día de nacimiento.
- •No ha recuperado su peso al nacer a las dos semanas.

3. Actuaciones (XI)

-Eliminaciones del bebé:

- •Menos de 3 pañales mojados en menos de 24 horas.
- •Menos de tres deposiciones en 24 horas en los primeros días.

- Estado del bebé:

- •Bebé muy inquieto e irritable.
- •Bebé somnoliento que rehusa las tomas.
- •Deglución no audible durante la toma.

-Pecho materno:

- •Dolor de pezones creciente.
- •Endurecimiento de los pechos que no se reblandecen tras las tomas.
- •No hay cambio en la leche entre el 3º y 5º día lactando.

3. Actuaciones (XII)

Ante la aparición de estar señales se debe citar a la madre y al bebé en la consulta tantas veces como sea necesario hasta que se consiga una ganancia ponderal continuada.

4. Problemas durante la lactancia.

4.1 Dolor en el pezón.

Se trata de un síntoma frecuente que experimenta la madre que lacta durante los primeros días, y más intensamente al inicio de la succión. Se debe a la fuerte succión del bebé el pezón en erección y a la congestión vascular de la zona.

Actuaciones:

- Informar a la madre de que se trata de un dolor fisiológico que desaparecerá en unos días.
- Vigilar una toma buscando una mala postura, mal enganche o una retirada del bebé no adecuada.
- Examinar la mama y el pezón para buscar grietas.

4. Problemas durante la lactancia (II)

4.2 Grietas.

Pérdida de la continuidad de la piel en pezón y /o areola mamaria que cursa con fuerte dolor punzante que dificulta la lactancia.

Enfatizaremos en las actuaciones preventivas:

•La postura, el agarre y el desenganche correctos serán la mejor prevención.

•Al finalizar la toma poner un poco de leche materna en el pezón y dejarlo secar al aire.

•La recomendación inicial sobre las cremas sería no utilizarlas. Cuando estén indicadas, las hay que no se precisa retirarlas y limpiar antes de la toma, facilitando su uso.

4. Problemas durante la lactancia (III)

4.3 Galactocele.

Es la obstrucción de un conducto por infección de la leche retenida. Cursa con congestión mamaria, dolor intenso y calor.

Actuaciones:

- Evitar que quede leche en el pecho tras cada toma.
- Aplicar calor húmedo sobre la zona para reblandecer y eliminar la obstrucción. Masajear la zona.
- Colocar al bebé en diferentes posiciones para que ayude en la eliminación del acúmulo de leche.
- Tratamiento sintomatico compatible con lactancia materna.

4. Problemas durante la lactancia (III)

4.4 Mastitis.

Se trata del agravamiento y extensión del galactocele. Cura con dolor, calor enrojecimiento de la mama, malestar general, fiebre, náuseas y vómitos.

Actuaciones:
Serían las mismas que las del galactocele además de:
•Tratamiento antibiótico cotrimoxazol, ciprofloxacino a dosis de 750mg, etc.).
•Tratamiento sintomático compatible con lactancia materna.

5. Conclusión

En la situación actual de pérdida de la cultura del amamantamiento, las madres que quieren lactar necesitan apoyo y seguridad en su capacidad para amamantar, y necesitan que se les muestre cómo hacerlo. Los servicios de salud y los profesionales sanitarios han de responsabilizarse de esta tarea irrenunciable.

6. Bibliografía (I)

1. Código internacional para la comercialización de los sucedaneos de la leche materna. OMS, 1981 Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24805.html

2. Comité de lactancia materna. Asociación Española de Pediatría. 2016. Disponible en: http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna

3. El bloc de lactando. Grupo de apoyo a la lactancia materna. Murcia. Disponible en: https://lactando.wordpress.com

4. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

6. Bibliografía (II)

Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm

5. González C. Manual práctico de lactancia materna. Barcelona: ACPAM, 2008.

6. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Consejería de Salud del Gobierno de la Rioja, 2010.

7. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Vitoria-Gasteiz, 2010.

8. Iniciativa Parto Normal, Documento de Consenso FAME, 2007. Disponible en: http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal

6. Bibliografía (III)

9. Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia. IHAN-UNICEF. Disponible en: https://www.ihan.es

10. Iniciativa hospital amigo del niño. Revisada actualizaza y ampliada para atención integral. OMS, UNICEF, 2009. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/

11. La alimentación de lactantes y niños pequeños. Declaración de innocenti, Florencia 2005. Disponible en: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_sp_p.pdf

6. Bibliografía (IV)

12. Lactancia materna. Temas de salud Organización Mundial de la Salud. 2016. Disponible en: http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/

13. Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de Lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Monografías de la AEP nº5, 2004.

14. La lactancia materna: fundamental alimento, lactogénesis, galactopoyesis. Disponible en: http://mimatrona.com/lactancia.html

15. La liga de la leche. Disponible en: http://www.laligadelaleche.es/index.htm

MANEJO DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

Marina Soto Fernández

Jesús Zarco Correas

Marta Fernández Piñero

INTRODUCCIÓN

Una herida quirúrgica es una solución de continuidad de la piel practicada por profesionales de la medicina en un entorno aséptico con fines terapéuticos o diagnósticos.

El proceso de cicatrización comienza inmediatamente después de la cirugía.

TIPOS DE CICATRIZACIÓN

- **Primera intención.** La cicatrización se produce cuando el tejido lesionado es suturado con precisión y limpieza. En la reparación hay disminución del edema, no hay signos de infección local o abundante secreción, se realiza en un tiempo mínimo y los bordes de la herida están juntos.

- **Segunda intención:** Cicatrización de una herida abierta o espacio inerte cerrado a través de la formación de tejido de granulación y, posteriormente, cierre de la cavidad mediante migración de células epiteliales.

TIPOS DE CICATRIZACIÓN

- **Cicatrización terciaria o cierre primario diferido:** Este método se utiliza en la reparación de heridas muy contaminadas o tejidos muy traumatizados. El cirujano realiza una limpieza de la herida y retrasa el cierre durante un periodo que comprende de 3-7 días tras producirse la herida, con el fin de comprobar la evolución local y asegurar una correcta cicatrización.

VALORACIÓN DE LA HERIDA

- La mayoría de los pacientes vuelven de quirófano con una herida suturada cubierta con un vendaje.
- Pueden portar drenajes o no.
- En algunas ocasiones podemos encontrar que la herida se ha dejado sin suturar.
- Al realizar los cambios de vendaje, hemos de observar:

  - Aspecto. Color de la herida, zona perilesional y aproximación de los bordes.
  - Drenaje. Localización, color, olor, consistencia y grado de saturación de los apósitos.
  - Tumefacción. Una tumefacción ligera a moderada es normal en cualquier fase de cicatrización de la herida.
  - Dolor. Hemos de esperar dolor postoperatorio de intenso a moderado durante 3-5 días. El inicio brusco de un dolor intenso o bien la persistencia de éste puede indicar una infección o una hemorragia interna.
  - Drenajes o tubos. Inspeccionar la seguridad y colocación del drenaje, cantidad y características y el funcionamiento del aparato colector si lo hubiera.

LIMPIEZA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

- La limpieza de la herida quirúrgica se lleva a cabo con el objetivo de evitar la infección y promover el cierre por primera intención. También constituye un buen momento para evaluar el proceso de cicatrización.
- Antes de realizar esta técnica tendremos en cuenta una serie de elementos:
  - Alergias del paciente, bien a sustancias limpiadoras, bien a apósitos/vendajes.
  - Última toma de analgésicos. Preferiblemente la cura de la herida se realizará tras la toma de éstos.
  - Molestias del paciente.
  - Signos de infección local. Calor, rubor, dolor…
  - Signos de infección sistémica. Como por ejemplo fiebre, taquicardia, diaforesis, malestar general…

LIMPIEZA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

- Materiales.
  - Guantes limpios.
  - Guantes estériles.
  - Bolsa de plástico.
  - Paño o toalla para cubrir al paciente.
  - Mascarilla (opcional).
  - Acetona o solución similar por si hubiese que despegar adhesivo.
  - Gasas estériles.
  - Suero fisiológico para irrigación.
  - Pinzas.
  - Material adicional para cura particular (pomadas, gasas extra..)
  - Esparadrapo, vendas, apósitos.
  - Tijeras.

LIMPIEZA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

- Procedimiento.
  - Pedir ayuda en el caso de que el paciente esté inquieto o confuso.
  - Ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda de manera que la herida se exponga fácilmente. Cubriremos con una toalla o paño para evitar exposiciones innecesarias.
  - Explicar al paciente en qué consiste la actividad que vamos a llevar a cabo. Proporcionar intimidad.
  - Realizar higiene de manos.
  - Quitar grandes vendas y esparadrapo. Humedecer con acetona si fuese necesario, especialmente si está colocado sobre una zona con abundante vello.
  - Colocar guantes limpios.
  - Levantar gasas/apósitos/vendajes de forma que la cara inferior de los mismos quede en el lado opuesto a la cara del paciente con el fin de evitar que su aspecto u olor puedan afectarle.

LIMPIEZA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

- Depositar los deshechos de la cura en la bolsa impermeable.
- Retirar las vendas poniendo atención en no mover ningún drenaje.
- Valorar exudado presente en gasas, vendas…
- Quitar guantes y realizar higiene de manos por segunda vez.
- Preparar el material estéril.
  - Abrir gasas.
  - Verter SF en ellas.
  - Colocar paño estéril sobre la herida si fuese necesario.
  - Abrir el equipo estéril utilizando la técnica adecuada.
- Limpiar la herida utilizando las manos enguantadas o pinzas y torundas estériles humedecidas en SF. Si usamos pinzas, mantendremos la punta por debajo de los mangos en todo momento. Las maniobras de limpieza las realizaremos de arriba/abajo empezando por la zona de incisión y siguiendo por los bordes o bien de dentro hacia fuera en trazos horizontales.

LIMPIEZA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

- Usar una torunda/gasa diferente para cada toque.
- Si existe un drenaje, lo limpiaremos en último lugar, pues se considera más sucio que el lugar de incisión. Se realizarán círculos concéntricos desde el punto de colocación del tubo hacia el exterior. Mantener el drenaje erguido durante su limpieza.
- Secar la piel con gasas estériles.
- Colocar gasas precortadas alrededor del drenaje y un grueso de vendas si fuese necesario absorber exudado.
- Tapar la incisión con gasas estériles/apósito.
- Colocar vendaje protector, compresivo…si fuese necesario. Asegurar con esparadrapo o cintas.
- Registrar el procedimiento y las evaluaciones.

RETIRADA DE SUTURAS O GRAPAS

- Los bordes de la herida quirúrgica pueden ser aproximados mediante suturas o grapas.

  – La sutura es un hilo que se usa para coser tejidos corporales. Las usadas para unir tejidos por debajo de la piel suelen estar compuestas de materiales absorbibles que desaparecen en un determinado espacio de tiempo. Por el contrario, las suturas cutáneas se realizan con materiales no reabsorbibles (nylon, seda, algodón, alambre…) y han de ser retiradas tras 7-10 días de la intervención, en la mayor parte de los casos.

  – Las grapas están hechas de acero o de titanio, materiales que apenas causan alergia. Pueden colocarse en casi cualquier lugar, siendo muy útiles en zonas donde la piel está muy tensa o sometida a numerosos estiramientos. Resulta más rápido el cierre con grapas que hilo y aguja.

RETIRADA DE SUTURAS O GRAPAS

- Materiales.
  - Guantes estériles
  - Gasas estériles
  - Tijeras de suturas
  - Quita agrafe
  - Pinzas
  - Solución antiséptica
- Procedimiento.
  - Informar al paciente que la retirada de sutura puede provocar una ligera molestia pero no será dolorosa.
  - Realizar higiene de manos.
  - Retirar vendajes y limpiar la incisión de la manera que se ha descrito anteriormente.

RETIRADA DE SUTURAS O GRAPAS

- Realizar higiene de manos de nuevo.
- Colocar guantes estériles.
- La retirada de puntos sueltos/grapas se realizará de manera alterna de modo que nos aseguremos que no hay dehiscencia de la herida.
- Suturas discontinuas:
  - Agarrar el nudo con las pinzas y cortar un cabo del hilo lo más próximo a la piel por debajo del nudo. Tirar del nudo para extraer el hilo de la piel. Hemos de asegurarnos que no queda ningún resto bajo la superficie cutánea.
- Suturas continuas:
  - Cortar los nudos que quedan en los extremos de la incisión. Cortar la sutura cada centímetro. La retirada se hace por tramos, tirando del hilo con las pinzas una vez que éste esté suelto.

RETIRADA DE SUTURAS O GRAPAS

- Grapas:
  - Colocar las puntas inferiores del quita agrafes estéril por debajo de la grapa. Apretar los mangos hasta que se cierre completamente. Cuando los extremos de la grapa sean visibles levantar con suavidad. Deshechar la grapa de manera apropiada.
- Limpiar la incisión con solución antiséptica.
- En algunos casos, el cirujano recomendará la colocación de Steri Strip o esparadrapo directamente sobre la cicatriz.
- La zona se puede cubrir con un apósito o no, valorar en cada caso.
- Registrar el procedimiento y las evaluaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Christian Salem Z et al. Heridas. Conceptos generales. *Quad. Cir. 2000; 14: 90-99.*
- Best practice guidelines in disasters situation. WHO/EHT/CPR 2005 formatted 2007. Disponible en http://www.who.int/surgery/publications/BestPracticeGuidelinesonESOInDisasters.pdf
- Fajardo Dolci G et al. Recomendaciones al paciente para el autocuidado de la herida quirúrgica. Revista Conamed. 2008; 13 (1): 47-50.
- Alarcón Barcos, F. Cura de heridas quirúrgicas y retirada de suturas. Manual de protocolos y conceptos generales de enfermería. Ed. Junta de Andalucía. 2010.
- Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. Pearson Educación SA. Madrid, 2008.

PLAN DE CUIDADOS A UN PACIENTE INSTITUCIONALIZADO CON UPP EN ESTADIO III

FRANCISCA ANDREO MUÑOZ
PEDRO ANDREO MUÑOZ

INDICE

- INTRODUCCIÓN. PRESENTACIÓN DEL RESIDENTE.
- PLAN DE CUIDADOS

  VALORACION ENFERMERA SEGÚN MARJORY GORDON.

  DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS INDENTIFICADOS.

  PLANIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL.

  EJECUCIÓN.
- BIBLIOGRAFÍA.
- ANEXO.

INTRODUCCIÓN: PRESENTACIÓN DEL RESIDENTE.

El paciente elegido para la realización del plan de cuidados es un varón de 81 años que es actualmente residente en la Residencia Geriátrica de La Purísima en el municipio de Totana.

- Antecedentes médicos:
- Diabetes mellitus tipo II.
- HTA.
- Antecedentes de ulcus duodenal.
- Bronquitis asmática.
- Litectomia ureteral.
- Hernia inguinal izquierda.

- Enfermedad de Parkinson estadío III. Último ingreso en diciembre de 2012 por Hemorragia digestiva alta secundaria a AINES (antiinflamatorios no esteroideos) y Gastritis antral erosiva probablemente secundaria a AINES con Insuficiencia renal crónica (nefroangioesclerosis) agudizada por AINES.

Exploraciones complementarias:

- FC : 75 lpm.
- TA : 137/71 mg de Hg.

- La analítica que exponemos a continuación corresponde a dos días después de contacto con el paciente: Glucosa: 145 mg/dL, urea: 54 mg/dL, creatinina: 1.2 mg/dL, PCR: 33.9, Na: 136 mEq/L, K: 4.8 mEq/L y coagulación normal. Series roja y plaquetar normales. 13.300 Leucos con 10.600. Orina nitritos negativos.

Motivo de consulta: Paciente que tras última hospitalización presenta una úlcera por presión en talón derecho.

PLAN DE CUIDADOS:VALORACIÓN ENFERMERA SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

PATRÓN I/ Percepción-Manejo de la salud.

- Varón de 81 años.
- Muestra interés y participa en los programas de educación que se les realiza a los residentes.
- Se vacuna contra la gripe todos los años.
- Ex fumador de dos paquetes de cigarrillos diarios. No bebe alcohol.
- Padece diabetes, HTA y Parkinson estadío III.

- Dos ingresos en el último año por deterioro del estado general.
- Alérgico a contrastes yodados y pirazolonas.

PATRÓN II/ Nutricional-Metabólico.

- Peso: 75 Kg. Talla: 1.75 m IMC: 24.49 Kg/m2
- Temperatura: 36.4 ºC.
- Constitución delgada. No se ha modificado su peso en los últimos meses.
- Tiene 13 piezas dentarias sin caries. No lleva prótesis dentales.
- En alguna ocasión ha sufrido disfagia.
- Realiza 5 comidas al dia.

- Es independiente a la hora de alimentarse.
- No tiene intolerancias alimentarias.
- Sigue una dieta de protección renal baja en potasio. Sin azúcares y sin sal. Textura de alimentación normal, es decir, no triturada.
- Bebe 2 litros de agua al día.
- Tiene signos de rascado en la piel que se evidencian por la mañana al realizarle la higiene corporal.
- Mucosas rosadas e hidratadas, sin lesiones.
- Varias uñas del pie izquierdo encarnadas.

- No posee una integridad de la piel: herida actualmente en talón de pie derecho tras última estancia hospitalaria (29 días ingresado) y con riesgo alto de úlceras por presión de 11 en la Escala Norton.

PATRÓN III/ Eliminación.

- Eliminación vesical: tiene incontinencia vesical habitual tipo funcional y utiliza absorbentes de día y de noche, sin saber precisar exactamente los ml que orina durante 24 horas.
- Características de la orina: transparente – amarillenta, no turbia y olor característico

- Eliminación intestinal: utiliza pañal, con frecuencia de 5-6 defecaciones a la semana.

  Características de las deposiciones: marrones claras, suaves y lisas. No presencia de estreñimiento. Olor característico. Tiene prescrito laxante por si estreñimiento, aunque actualmente no lo necesita. No tiene dolor asociado a la eliminación.
- No sudoración excesiva.

PATRÓN IV/ Actividad-ejercicio.

- TA: 137/71 mg de Hg. FC: 75 lpm.
- Frecuencia respiratoria: 16 rpm.
- Rigidez en ambos miembros inferiores.
- Tos frecuente derivada de su bronquitis crónica.
- Palpación de pulsos femoral, tibial y pedio presentes en ambos miembros.
- Realiza el ejercicio habitual 3 días a la semana en las sesiones de una hora organizadas en la Residencia por la fisioterapeuta.

- Se muestra interesado en las actividades realizadas con la terapeuta ocupacional.
- Sale a pasear en silla de ruedas todas las tardes con su hija.
- Por la mañana dedica 3 horas a ver la televisión.
- No tiene antecedentes de caídas.
- Para definir este patrón he utilizado el INDICE DE KATZ (ver anexo) de las actividades de la vida diaria, que según Parlay L. (2010) El resultado que he obtenido tras analizar su situación es F pues hace vida cama-sillón y precisa de silla de ruedas para su movilidad. Parcialmente se mueve en la cama, no

Según el Test de Barthel (ver anexo) tiene una puntuación de 20, es decir, una gran dependencia, puesto que tiene una gran limitación de la funcionalidad.

- Refiere dormir 8 horas, aunque desde que vino del hospital debido al dolor que le provoca la úlcera a veces, se levanta sin haber descansado lo suficiente.

PATRÓN V/ SUEÑO-DESCANSO.

- Dedica 1 hora de siesta después de comer.
- A veces no concilia inicialmente el sueño pensando en si le dolerá la úlcera o no esa noche.

- Algunas noches, al apoyar sin querer el talón se despierta y pide analgésicos a las auxiliares. Cuando le sucede ésto, se levanta de mal humor.

PATRÓN VI/ Cognitivo - Perceptual.

- Consciente y orientado en espacio y persona.
- Carece de problemas de audición. No tiene problemas con el olfato, el gusto y el tacto. Necesita gafas debido a presbicia.
- No tiene problemas para aprender cosas nuevas, aunque le cuesta retener en la memoria.
- Últimamente intranquilo debido a la preocupación que

PATRÓN VII/ Autopercepción - Autoconcepto.

- Verbaliza su actual preocupación a veces irritándose y otras veces expresando desesperanza en el momento de las curas.
- Le preocupa su imagen y requiere todos los días que le echen la colonia que le ha traído su hija para “oler bien”.

PATRÓN VIII/ Rol – Relaciones.

- Convive con los residentes sin problemas. Se relaciona sobre todo con dos señoras residentes también, que comparten aficiones.
- Viudo con una hija.

PATRÓN IX/ Sexualidad –Reproducción.

- Una vez al año va al urólogo por prescripción de médico de atención primaria.
- No se conoce relación sexual actual, ya que él no se pronuncia y su estado no favorece el poder realizarla.

PATRÓN X/ Adaptación – Tolerancia al estrés.

- Desde que vino del hospital, a veces nervioso cuando se le cura o se le nombra la herida que tiene en el pie.
- Ansioso porque piensa que no se le va a curar la úlcera.
- Todos los días le comunica sus preocupaciones a su hija.
- Tiene gran apoyo de su hija.

PATRÓN XI/ Valores – Creencias.

- Es creyente y practicante.
- Acude todas las semanas a oír misa cuando el párroco del pueblo va a la Residencia.

DIAGNOSTICÓS ENFERMEROS IDENTIFICADOS

Tras la valoración de enfermería se elaboran varios diagnósticos, de los cuales se procederá a la identificación de diagnóstico principal:

- (00162) Disposición para mejorar la gestión de la propia salud m/p expresa mínimas dificultades con los tratamientos prescritos.
- (00020) Incontinencia urinaria funcional r/c debilidad de las estructuras pélvicas de soporte m/p pérdida de orina antes de llegar al inodoro.

- (00014) Incontinencia fecal r/c pérdida de control del esfínter rectal m/p olor fecal.
- (00095) Insomnio r/c malestar físico (dolor) m/p el paciente informa de insatisfacción con el sueño.
- (00085) Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular m/p enlentecimiento del movimiento.
- (00108) Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro neuromuscular m/p incapacidad para acceder al cuarto de baño.

- (000110) Déficit de autocuidado: uso del inodoro r/c deterioro neuromuscular m/p incapacidad para llegar hasta el inodoro o el orinal.
- (00109) Déficit de autocuidado: vestido r/c deterioro neuromuscular m/p deterioro de la capacidad para quitarse las prendas de vestir necesarias.
- (00148) Temor r/c origen innato (dolor) m/p de intranquilidad.
- (00146) Ansiedad r/c cambio en el estado

- (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicas (fuerzas de cizallamiento, presión) m/p destrucción de las capas de la piel.
- (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos (físicos) m/p observación de evidencias de dolor.

PLANIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

He elegido el diagnóstico: (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicas (fuerzas de cizallamiento, presión) m/p destrucción de las capas de la piel como diagnóstico principal puesto que actualmente la preocupación principal de mi residente es principalmente la cura de la úlcera por presión que tiene en el talón derecho y la cual le está llevando a estar en un estado de intranquilidad y nerviosismo, incluso a no poder dormir plácidamente por las noches por miedo a

En mi opinión, llevar a cabo este diagnóstico es fundamental porque así se podrán resolver de manera inmediata los problemas de ansiedad que le causa e intentar que este proceso le afecte lo menos posible a su calidad de vida ya que está comenzando a tener problemas emocionales que no podemos permitir que tengan consecuencias mentales.

Según Rodríguez M. (2010), al ser la úlcera un proceso crónico de larga duración, se relaciona en gran medida sobre aspectos anímicos del que la sufre además de imposición de restricciones físicas, cambios en el estilo de vida y por supuesto el dolor asociado a ellas que es una de

EJECUCION

Por suerte para la realización de este plan de cuidados, mi paciente es un anciano residente que se encuentra institucionalizado, por lo cual no he tenido impedimento alguno para su seguimiento.

La úlcera por presión se le forma tras estar hospitalizado. Las características de la úlcera a fecha actual son:

- Ulcera por presión GIII-IV.
- Placa necrótica de 6X5 cm.

- Valoramos las características.
- Informamos al familiar (no sabía nada de la importancia).
- Registramos en la hoja de evolución.
- Incluimos en la lista medica para que el médico lo valore.
- Abrimos un registro para este residente en su historia de úlcera por presión.
- Establecemos curas c/48 horas con criterios a seguir.
- Colchón antiescaras.
- Cuidados r/c úlcera por presión (analgesia, confort…).

Como objetivo principal:

CONSEGUIR UN LECHO LIMPIO DE TEJIDO ESFACELADO EN UN MES.

Características de la úlcera por presión desde el 15/11/15 hasta el 20/11/15:

- Placa necrótica 95% de la lesión.
- Tejido perilesional macerado y ligeramente enrojecido
- Exudado leve.
- Olor normal para la les
- Dolor moderado.

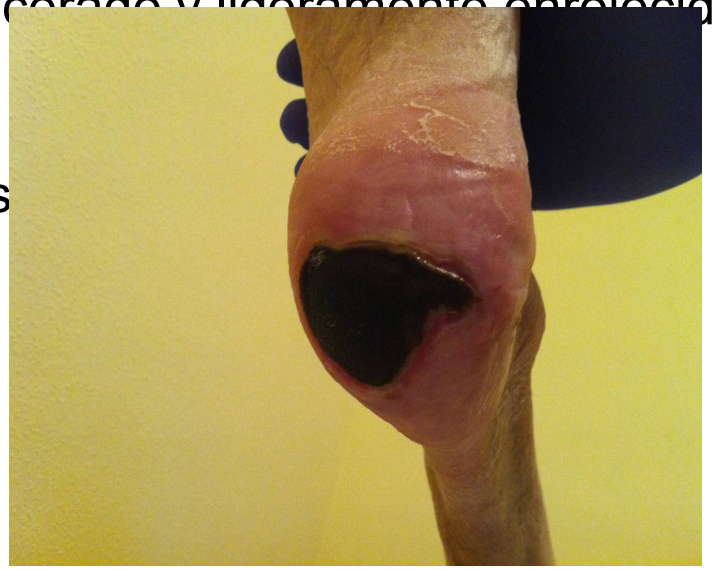


Figura 1: Elaboración propia. Úlcera por presión 15/11/15.

Hasta el 20/11/15 fuimos realizando las curas con: Bisturí (hicimos pequeños cortes –desbridamiento quirúrgico- para que penetrara la medicación), utilizamos iruxol mono, intrasite gel (para proporcionar un lecho húmedo), Allevin adhesive y protección.

El 21/11/15 procedimos al desbridamiento de la placa necrótica y continuamos hasta el 02/12/15 con curas cada 48 horas y la utilización de iruxol mono, intrasite gel (hidrogel), algesite (apósito de alginato) y allevyn hell (talonera).

Hasta el 02/12/15 las características de la úlcera por presión eran:

- Ligero olor a queso tras lavado de la úlcera por presión (derivación al médico por si infección).
- Dolor moderado.

Figura 2: Elaboración propia. Úlcera por presión 02/12/15.

Diferentes momentos durante las curas:

Figura 3 y 4: Elaboración propia. Úlcera por presión 25/12/15

Proseguimos con las curas c/48 h como habíamos establecido al principio.

- hasta el 25/12/2015: continuamos con iruxol mono, intrasite gel, algesite, allevyn heel, protección.

Características de la úlcera por presión hasta la fecha:

- Tejido de granulación e
  esfacelos.
- Tejido perilesional inta
- Exudado moderado.
- Olor normal a la lesión
- Dolor moderado.

Figura 5: Elaboración propia. Úlcera por presión 25/12/201

Según Ayora P. (2009) hemos actuado correctamente según el protocolo de tratamiento de úlceras por presión en una úlcera Grado III-IV:

Este protocolo nos indica que si la úlcera está limpia o tiene esfacelos pero tras la limpieza quedara libre de ellos, aplicar apósito hidrocoloide/hidrorregulador en placa.

Si se observa en el lecho de la lesión tejido necrótico o esfacelos utilizar métodos de desbridamiento, estos métodos no son incompatibles entre sí, por lo que es aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados.

Nosotros hemos utilizado el desbridamiento quirúrgico: recortar por planos y en diferentes sesiones, siempre

BIBLIOGRAFIA

- Parlay L., Riveri R., Páez J., Ramos L. Índice de independencia de paciente con Accidente Vascular Encefálico. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2010. [Consulta 22 enero de 2016]. ; 26(4): 206-221. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400006&lng=es.

- NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación: 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2009.

- Rodríguez M. Epidemiología, repercusión sociosanitaria y etiopatogenia de las úlceras vasculares. Simposio sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Úlceras de Etiología Vascular. Angiología 2003; [Consulta 25 diciembre 2015]; 55 (3): 260-267. URL disponible en: http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/294/294v55n03a13189159pdf001.pdf
- Ayora P., Carrillo M., Donaire M., López E., Romero B., Ruiz J, et al. Protocolo de cuidados en úlceras por presión. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. 2009. [Consulta 22 enero de 2016]. URL disponible en: http://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga_

ANEXO

INDICE DE KATZ

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.

- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

ÍNDICE DE BARTHEL.

- Comida

10. Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo.

0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

- Aseo

5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.

0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

- Vestido

10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.

5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de

- Arreglo

5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.

0. Dependiente. Necesita alguna ayuda.

- Deposición

10. Continente. No presenta episodios de incontinencia.

5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.

0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona

- Micción

10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.).

5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos.

0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.

- Ir al retrete

10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda

5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.

0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.

- Traslado cama /sillón

15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.

10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.

5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.

0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.

- Deambulación

15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.

10. Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.

5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión.

- Subir y bajar escaleras

10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.

5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.

0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.

Total:

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)

Resultado Grado de dependencia:

< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
> O igual de 60	Leve
100	Independiente

VENDAJE ADHESIVO DE TOBILLO

AUTOR: FRANCISCO JOSÉ GARCÍA ORTEGA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- INDICACIONES
- CONTRAINDICACIONES
- MATERIAL
- PREPARACIÓN
- TÉCNICA
- INDICACIONES AL PACIENTE
- COMPLICACIONES
- RETIRADA
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Desde hace miles de años se han realizado vendajes utilizando hojas, papel, pieles de animales, telas hasta los modernos materiales sintéticos.

Los vendajes pueden tener la función de apoyo, control de hinchazón, limitar el movimiento de articulaciones, o sostener otro vendaje o apósito, entre otros.

Cualquier profesional sanitario debe de realizar una cuidadosa valoración y un diagnostico correcto antes de realizar cualquier intervención, para conseguir el propósito del mismo y evitar complicaciones graves.

Si la función del vendajes es de soporte debe de estar suficiente apretado para que sea efectivo, pero sin reducir la movilidad como para que no empeore la lesión, pudiéndose producir por el exceso de presión lesiones en la piel, dolor o alteraciones en la circulación.

Si lo que se precisa es compresión, el vendaje debe estar lo suficientemente apretado siendo necesario controlarlo cuidadosamente y de forma regular para evitar la constricción circulatoria. El vendaje compresivo se emplea para problemas específicos y a menudo es un método de tratamiento a corto plazo.

Los miembros en los que se realiza una inmovilizacion deben de sostenerse en una posición neutra con las articulaciones ligeramente flexionadas para así evitar la hiperextensión de la articulación.

Para evitar la aparición de edemas y complicaciones, los vendajes se realizan, como norma general, empezando por la zona distal de la lesión y vendando hacia la zona proximal.

INDICACIONES

Esta indicado, además de esguinces de grado I y II en los siguientes casos:

- Prevención de lesiones musculares, articulares y tendinosas.
- Lesiones cápsulo-ligamentosas.
- Lesiones tendinosas.
- Lesiones musculares.
- Lesiones articulares.

- Distensiones ligamentosas de 1º y 2º grado.
- Pequeñas roturas de fibras musculares.
- Pequeñas fisuras de huesos largos y fisura de huesos.
- Descarga de tendinitis.
- Periostitis.
- Después de retirar yesos para el inicio del periodo de rehabilitación.

CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones mas significativas que podemos mencionar son:

- Alergia al material adhesivo.
- Desgarros totales.
- Rupturas ligamentosas como esguinces de grado III.
- Problemas en el retorno venoso.
- Heridas abiertas.

- Fracturas óseas.
- Edema importante en la zona lesionada.
- Enfermedades de la piel como dermatitis y trastornos tróficos.
- Grandes roturas de tendones, ligamentos y músculos.
- Hipoestesias cutáneas.
- Alteraciones vasculares arteriales.
- Insuficiencia venosa.

MATERIAL

- Camilla (opcional).
- Cuchilla. Para eliminar el vello. También puede usarse maquina de rasurado.
- Alcohol. Para limpiar la piel antes y después del vendaje.
- Tijeras. Lo mas indicado es con punta roma.

- Tejido esponjoso de protección(opcional).
- Venda elástica adhesiva. Es un tejido poroso con una cara adhesiva y se disponen de diferentes tamaños. Es firme y flexible, permitiendo la transpiración de la piel y el exudado, aunque las capas estén superpuestas. Los fabricantes aconsejan su uso directo sobre la piel pero pueden utilizarse capas de venda de espuma como protección.

- Esparadrapo de tela. Es un material inelástico y se utiliza junto con los vendajes funcionales para contener el movimiento y la fijación de vendajes adhesivos.
- Venda de espuma. (Pre tape). Esta compuesta por una espuma elástica muy fina que se utiliza como prevendajes antes de aplicar la venda adhesiva. Facilita un vendaje libre de arrugas, pero es opcional su uso.

PREPARACIÓN

La piel debe de estar limpia y seca, pudiendo utilizar alcohol y jabón, aunque se utilice venda de espuma para proteger la piel.

La protección de los reborde óseos y la colocación del prevendaje antes de la colocación del vendaje es opcional, y siempre dependiendo del material que dispongamos.

Hay que evitar las compresiones en las distintas zonas vasculares como puede ser el caso del hueco poplíteo, tendón de aquiles, zona de metatarsianos y proteger las zonas mas sensibles para evitar rozadura, edemas, hematomas, etc. Pero siempre dependiendo del material, el paciente y la lesión.

Se deben evitar las arrugas sobre todo en la colocación de las tiras de tensión y en la planta del pie, y repetiremos el vendaje las veces que sea necesario hasta asegurarnos de incidir en las estructuras lesionadas. Siempre de la forma mas idónea, siendo básico la elección del material adecuada.

TÉCNICA

- La elección del material viene determinada por la técnica y la superficie a inmovilizar.
- Se tiene que tener en cuenta que las articulaciones se deben de colocar en posición neutra con los tendones distendidos y músculos en posición acortada.
- Los anclajes que se realizan en esta técnica deben ser anchos y hay que evitar la tensión excesiva.
- Hay que usar el material necesario sin excederse porque le produciría menor confort al paciente.

- Siempre hay que tener en cuenta el tipo de lesión para poder contener, inhibir o limitar el movimiento. Por ejemplo si estamos ante una lesión con un esguince de tobillo en pronación, el vendaje y la limitación del movimiento se debe realizar impidiendo la pronación, conteniendo a su vez la flexión y extensión. Para realizar esta limitación se utiliza la técnica de vendaje en estribo como mas adelante veremos. En el ejemplo es el pie derecho limitando la pronación.

Prevendaje.

- Es la colocación de la venda de espuma que va unos diez centímetros por debajo de la rotula hasta el tercio medio del pie, dejando estos puntos como fijación del vendaje. Es en esta parte del proceso donde se colocan las protecciones si se disponen de ellas.

Anclaje.

- Se colocan dos tiras superpuestas de venda elástica adhesiva por debajo de la rotula dejándola libre, y cubriendo la cabeza del peroné. Esta banda sirve para fijar los estribos.

Estribo en forma de U.

- Se inicia en el anclaje que hemos realizado primeramente por la cara interna de la pierna con venda adhesiva. Se desciende hacia el pie, cubriendo el maleolo interno del tobillo, pasando por debajo del talón y subiendo por el maleolo externo hasta subir al anclaje por la cara externa de la pierna. Este estribo se sujeta con esparadrapo con una tira trasversal en la unión de la dos puntas de la U.

Estribo en forma de J.

- Dependiendo si queremos impedir el movimiento de pronación o supinación, se realiza empezando sobre el maleolo interno o externo.

  Supongamos que queremos evitara la pronación, iniciamos sobre el empeine desde el maleolo externo, pasando por el talón. Se tracciona siguiendo la cara anterior y externa de la pierna hasta el anclaje, fijándola con otra tira transversal de esparadrapo.

Cierre.

- Se realiza con un vendaje circular dejando caer la venda sin realizar tensión, empezando por la zona metatarsiana y dando las vueltas necesarias hasta cubrir el pie. Se realiza dependiendo como hemos dicho anteriormente, de si queremos limitar la pronación o supinación. En nuestro ejemplo de derecha a izquierda del paciente.

  Se tiene que colocar el pie en 90º durante el proceso de vendaje.

- Se realiza una vuelta que pasa por encima del maleolo externo hacia la zona posterior de la pierna, sin demasiada tensión.

- Se realiza una vuelta completa desde la zona posterior, pasando por los dos maleolos.

- Se continua pasando por la zona posterior, bajando por el maleolo interno hacia la zona plantar.

- Se continua por el talón con las vueltas necesarias hasta cubrirlo completamente.

- Se continua el cierre hacia arriba sin realizar tensión en forma circular, cubriendo la mitad de la vuelta anterior de venda, hasta el anclaje.

  Es importante que la rodilla no cubra en flexión de 90º del hueco poplíteo y la cabeza del peroné.

- Una vez finalizado, se presionan los dedos para ver si existe compromiso circulatorio. Si existiese, se debe de deshacer y repetir el vendaje.
- No se tiene que rotar la venda sobre si misma porque dificultara la circulación.
- Un vendaje correctamente aplicado dará soporte al miembro lesionado, evitara edemas y proporcionara seguridad al paciente.

INDICACIONES AL PACIENTE

Es importante que el paciente siga las indicaciones para evitar complicaciones y que la finalidad del vendaje sea satisfactorio.

Las indicaciones que se le facilitan son:

- Elevación de la extremidad durante las primeras 48 horas.
- La colocación de frio local las primeras 24-48, sin aplicarlo directamente.
- El paciente puede tomar medicación analgésica y /antiinflamatoria, para reducir el dolor y la inflamación.
- Se debe tener especial vigilancia en la coloración, movilidad y sensibilidad de los dedos. En el caso de que se aprecien cambios, acudir al hospital o servicio de urgencias de atención primaria.

- Es recomendable la revisión del vendajes a las 48-78 horas, aunque el facultativo establecerá las revisiones.
- Se debe de cumplir las fechas de las revisiones debido a la importancia del tratamiento.
- Su médico le indicará cuándo puede comenzar a apoyar el pie y a caminar.
- Se pueden facilitar programas de ejercicios de potenciación como son ejercicios, tiempo de descanso, repeticiones de series, etc.
- Limpiar las zonas libre de material y evitar el ensuciado del vendaje.
- El paciente debe de manifestar las impresiones al facultativo y al personal de enfermería con el fin de ayudar o subsanar dudas.

COMPLICACIONES

Pueden aparecer diferentes complicaciones como pueden ser:

- Lesiones cutáneas: Son lesiones de tipo mecánico produciendo rozaduras y heridas que se detectan al retirar el vendaje. Se producen normalmente por una técnica no cuidadosa en la colocación.

- Edema de porciones distales: Es la complicación mas frecuente en este tipo de inmovilización. Se solventa elevando la extremidad y realizando ejercicios activos en la zona distal. Si no se resuelve en un periodo corto de tiempo, habrá que aflojar el vendaje o valorar su retirada.

- Atrofia muscular: Es una complicación poco frecuente por el corto periodo de tiempo que lleva el paciente este tipo de inmovilizaciones. Cuando aparece es por la impotencia funcional musculara refleja. Para prevenirla, el paciente debe de realizar ejercicios de potenciación mientras dure el tratamiento.

- Síndrome compartimental: Es otra de las complicaciones que rara vez se producen. Surgen por el incremento de la presión en un espacio cerrado. Aparece dolor intenso, parestesias, palidez y debilidad muscular(regla de las 5 P: Pain, Palidez, Parestesias, Pérdida de pulso y Parálisis.). Ante la sospecha, hay que colocar el miembro en posición elevada y acudir rápidamente a urgencias de un hospital para valorar la retirada del vendaje, y en el peor de los casos, si precisa de una fasciectomía.

RETIRADA

Se debe utilizar tijeras corta-vendajes, o con la punta redondeada, sin ejercer fuerza para cortar.

Se inserta la tijera bajo la venda y abrir suavemente para cortarla. Se tienen que evitar las áreas con hueso moviéndolo en dirección a tejidos blandos(ejemplo: En la parte interna del tobillo y detrás del hueso del tobillo.)

Si no se coloca pre-tape, se debe de sumergir el pie en agua tibia con un poco de jabón para suavizar el adhesivo que contiene la venda, o bien empapar en alcohol, para poder desprenderla mejor.

Se debe retirar el vendaje de manera inmediata si:

- Se le empiezan a dormir los dedos o las extremidades al paciente.
- Si se tornan de un color azulado o se empizan a poner frías.
- Comienza a agrandar el segmento vendado,
- Si empieza a picar o sufre una reacción alergica.

BIBLIOGRAFIA

- Toni Bové. “El vendaje funcional” Elsevier,5ª edición,Barcelona, 2005.

- Hans Jüngen Montag, Peter D. Asmussen, “Tecnicas de vendajes”, vol I Yii, Ediciones Iatros, 1992.

- Rafael Ibáñez Ivern, Mercé Ponce Gascón, “Manual de vendajes, yesos y férulas”, Editorial Medica Jims, SL, Barcelona,2004.

- Francisco José Herández Maestre, “Guia pràctica de traumatologia de urgencias en enfermería”. Hospital Santa María del Rosell, Cartagena, 1996.

- J.L. Martinez Romero, Francisco Esparza Ros,“Traumatología del deporte”, Monografias Femede, Murcia, 1994.

- Marta Meana Riera, “Biomecanica del vendaje funcional preventivo de tobillo en deportes de colocacion-oposicion”, Monografias Universidad Catolica San Antonio, Murcia 2004

- Holgado Catalán MS, García López C. Técnicas de inmovilización en patología articular, muscular y tendinosa. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2012. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 449-56.

- http://www.murciasalud.es
- http://www.albertohdediego.com/Temas/esguince%20de%20tobillo.htm
- http://www.vendas.com.es/
- http://www.enfermeriadiadia.com/

PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH EN LA INFANCIA

AUTOR/A:
ANDREA ESPINOSA TORRES

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción.
2. Etiología.
3. Diagnóstico de la enfermedad.
4. Sintomatología característica.
5. Tratamiento de la enfermedad.
6. Pronóstico.
7. Principales cuidados de Enfermería.
8. Conclusiones.
9. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

La púrpura de Schönlein-Henoch es la vasculitis sistémica por hipersensibilidad mediada por inmunoglobulina A (IgA) más común en la infancia, afecta a vasos de pequeño calibre (vénulas, capilares y arteriolas), y se caracteriza por púrpura, artritis y artralgias, dolor abdominal, hemorragia gastrointestinal y glomerulonefritis.

Willian Heberden fue el que describió en 1801 el primer caso de un niño con erupción purpúrica, vómitos, artralgias, edemas, hematuria macroscópica, dolor abdominal y deposiciones sanguinolentas. Treinta y seis años más tarde, el alemán Johann Lukas Schönlein añadió el componente articular, y posteriormente su alumno Eduard Heinrish Henoch completó su descripción.

La incidencia de esta enfermedad en la población infantil es de 10’5 a 20’4/100000 niños, alcanzando su cifra máxima entre los dos y los seis años. Afecta más a sujetos asiáticos y de raza blanca, y suele debutar sobre todo en invierno tras una infección del tracto respiratorio superior por Streptococcus, Staphylococcus y Parainfluenza, en la mayoría de casos. Referente al sexo, algunos autores coinciden en que la incidencia es mayor en los niños que en las niñas, otros difieren y no encuentran diferencias significativas.

2. ETIOLOGÍA

La causa de esta patología se desconoce, pero hay ciertos desencadenantes que pueden propiciar su aparición como son:

· Infecciones víricas o bacteriológicas.
· Fármacos como la penicilina, eritromicina o ampicilina.
· Alimentos.
· Picaduras de insectos.
· Exposición al frío.

3. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

Criterios según EULAR/PRES

CRITERIO	DEFINICIÓN
OBLIGATORIO **Púrpura**	Púrpura (frecuentemente palpable) o petequias, predominante en extremidades inferiores y no debida a trombocitopenia. En caso de púrpura con distribución atípica, se requiere la demostración de depósito de IgA en una biopsia.
AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES	
1. Dolor abdominal.	Dolor abdominal cólico difuso de inicio agudo reportado por anamnesis y exploración física. Puede acompañarse de invaginación y/o sangrado gastrointestinal.
2. Histopatología.	Típicamente vasculitis leucocitoclástica con depósito predominante de IgA o glomerulonefritis proliferativa con depósito de IgA.
3. Artritis o artralgias.	Artritis de inicio agudo definida como tumefacción articular o dolor articular con limitación de la movilidad y/o artralgia de inicio agudo definida como dolor articular sin tumefacción ni limitación de la movilidad.
4. Afectación renal.	Proteinuria >0'3g/24h o cociente albúmina/creatinina en orina >30mmol/mg en muestra de orina matutina. Hematuria o cilindros de hematíes: >5 hematíes/campo de gran aumento o cilindros de glóbulos rojos en el sedimento o ≥2+ en la tira reactiva.

4. SINTOMATOLOGÍA CARACTERÍSTICA

· Manifestaciones en la piel:

- Aparecen en el 100% de los casos, siendo lo más característico e imprescindible para el diagnóstico.
- Exantema que posteriormente evoluciona a púrpura palpable distribuida simétricamente, principalmente en extremidades inferiores y zona glútea. También puede aparecer en cara, tronco y extremidades superiores.

· Manifestaciones articulares:

Un 75-82% de los pacientes presentan artritis o artralgias, especialmente en extremidades inferiores y cadera. Suelen ser transitorias y la inflamación no deja deformidad permanente.

· Manifestaciones aparato digestivo:
- Presentes en el 50-75% de los casos.
- Dolor abdominal leve o intenso, acompañado o no de vómitos. Generalmente aumenta tras las comidas.
- Sangrado gastrointestinal (hematemesis, melenas, rectorragia).

· Manifestaciones renales:
- Aparecen en el 20-60%, siendo lo más habitual la hematuria microscópica acompañada de proteinuria leve.
- Las complicaciones que pueden surgir son nefritis, síndrome nefrótico y la insuficiencia renal aguda.

· Otras manifestaciones:
- Orquitis (10-20%).
- Cefaleas (2%), crisis convulsivas.
- Epistaxis recurrente.
- Las manifestaciones pulmonares como la neumonía intersticial con hemorragia difusa alveolar son raras en niños.

5. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

· Tratamiento de sostén y reposo.
· En caso de dolor abdominal severo, hemorragia gastrointestinal y alteración renal importante: Hospitalización inmediata.
· Lesiones bullosas: corticoides.
· Dolor articular: analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y corticoides.
· Síntomas gastrointestinales: corticoides. En algunos casos la ingesta puede desencadenar más dolor, por lo que el establecimiento de una dieta adecuada y la sueroterapia endovenosa constituyen unos pilares básicos, en especial si hay presencia de vómitos.
· Afectación renal: biopsia renal y tratamiento individualizado dada la posibilidad de secuelas a largo plazo. En caso de proteinuria persistente, el tratamiento con IECAS y ARA-II debe considerarse para disminuir la misma e inhibir la fibrosis renal.

6. PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

La gravedad y el pronóstico de la enfermedad a corto plazo vienen determinados por las manifestaciones digestivas, sin embargo las manifestaciones renales informan del pronóstico a largo plazo. La Púrpura de Schönlein-Henoch sin afectación renal grave es una patología autolimitada, con resolución completa y espontánea de los síntomas en la mayoría de los pacientes. Durante el primer año suelen haber recaídas, pero menos intensas y limitadas en el tiempo.

Es interesante mencionar que las mujeres embarazadas con antecedentes en su infancia de Púrpura de Schönlein-Henoch, precisan un seguimiento riguroso pues tienen mayor posibilidad de presentar proteinuria y/o hipertensión durante la gestación.

7. PRINCIPALES CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Si bien es cierto que para el abordaje de esta patología es necesario el trabajo en equipo e interdisciplinar, Enfermería juega un papel importante en el cuidado de los niños afectados por la Púrpura de Schönlein-Henoch y su círculo más próximo.

Entre las principales actividades que los enfermeros pueden llevar a cabo encontramos:

- Informar a los padres de los principales órganos diana que se verán afectados por la enfermedad e instruirlos para saber cuándo deben acudir a urgencias.
- Explorar detenidamente la piel, vigilar la evolución del exantema y resto de síntomas.

- Observar características de las deposiciones y prestar atención a los signos de sangrado de las mismas.
- Realizar labstix y control de la tensión arterial.
- Llevar a cabo los cuidados de soporte y administración de medicación pautada.
- Prestar el apoyo necesario al niño y a la familia. Fomento de la escucha activa y realización de educación para la salud.

8. CONCLUSIÓN

La púrpura de Schönlein-Henoch es una enfermedad autolimitada en la mayoría de los casos, de etiología aún desconocida, y cuyas manifestaciones principales tienen lugar a nivel de la piel, articulaciones, aparato digestivo y renal. Por ello la mayoría de los pacientes sólo precisan reposo, hidratación y analgesia. El abordaje desde un enfoque multidisciplinar resulta esencial para el tratamiento y el cuidado de los niños afectados.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Ricart Campos S. Púrpura de Schönlein-Henoch. Protoc diagn ter pediatr. 2014;1:131-140. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_purpura_schonlein-henoch.pdf

2. García Ramírez M, García Martínez E. Afectación renal en las enfermedades sistémicas. Protoc diagn ter pediatr. 2014;1:333-353. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_afectacion_renal_0.pdf

3. Camacho Lovillo MS, Lirola Cruz MJ. Púrpura de Schönlein-Henoch, enfermedad de Kawasaki y otras vasculitis. Pediatr Integral. 2013;XVII(1):34-46. Disponible en: http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii01/04/34-46%20Purpura.pdf

4. Vila Cots J. Púrpura de Schönlein-Henoch, participación renal. An Pediatr Contin (Barc). 2012;10(3):121-126. Disponible en: http://www.apcontinuada.com/es/purpura-schonlein-henoch-participacion-renal/articulo/90153504/

5. Aguilar F, Febrer I. Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas con afectación renal. Protoc diagn ter pediatr. 2008; 1:252-264. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/23_1.pdf

6. Vila Cots J, Giménez Llort A, Camacho Díaz JA, Vila Santandreu A. Nefropatía en la púrpura de Schönlein-Henoch: estudio retrospectivo de los últimos 25 años. An Pediatr (Barc). 2007;66(3):290-293. Disponible en: http://www.analesdepediatria.org/es/nefropatia-purpura-schonlein-henoch-estudio-retrospectivo/articulo/13099692/

7. López Saldaña MD. Púrpura de Schönlein-Henoch. Protoc diagn ter pediatr. 2002; 81-84. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/13-purpura-SH.pdf

ORDEN DE LLENADO DE LOS TUBOS EN LA TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS

RAQUEL MONTOYA MUIÑA
ELISABET MARÍA GARCÍA ZAPATA
ANA GONZÁLEZ LORCA

Indice

1. Introducción
2. Normas básicas para la extracción de sangre
3. Tubos de extracción
4. Orden de llenado de los tubos
5. Bibliografía

1. Introducción

Con relativa frecuencia, se cometen errores en la obtención de muestras venosas; que dan lugar a resultados erróneos y, en ocasiones, rechazo de la muestra por parte del laboratorio; lo que conlleva la realización de una nueva extracción.

Es responsabilidad del profesional enfermero prevenir, evitar y minimizar posibles errores. El método de obtención de muestras sanguíneas es importante para que los resultados sean de calidad.

1. Introducción

El orden de llenado de los tubos sanguíneos, puede alterar algunos resultados; por lo que es necesario, saber cuál es el orden correcto. Se pretende con todo esto, disminuir el número de muestras rechazadas, evitando así el riesgo, de malas interpretaciones en el diagnóstico de los pacientes; y las molestias ocasionadas a los mismos, por la repetición de pruebas analíticas.

2. Normas básicas para la extracción de sangre

a) Identificar al paciente.

b) Comprobar que las muestras y la petición tienen el mismo código de barras.

c) Colocar el compresor, de 7-10 cm por encima del lugar de venopunción, durante menos de 2 minutos (ya que se pueden ocasionar alteraciones en el equilibrio de líquido y elementos formes que contiene la sangre).

d) Realizar una punción lo menos traumática posible. Es importante sobre todo en estudios de coagulación; ya que cuanto más limpia sea la punción, menos factores se liberan.

2. Normas básicas para la extracción de sangre

e) Evitar las causas que producen hemólisis de la muestra:

- El uso de jeringa y aguja, aumenta el riesgo de hemólisis de la muestra; ya que se puede forzar el paso de sangre, a través de la aguja; puede aumentarse la velocidad de entrada al tubo (no dejando deslizarse la sangre a través de la pared); tirar con demasiada fuerza del émbolo, no respetar el nivel de llenado del tubo, etc.
- Extracción sanguínea en un hematoma.
- Agitar con demasiada fuerza los tubos.

3. Tubos de extracción

La sangre venosa es el espécimen utilizado de forma habitual en los estudios analíticos ya que su obtención es rápida y relativamente fácil. Según el tipo de estudio que se vaya a realizar se puede obtener:

- Sangre total: la sangre obtenida por venopunción se recoge en un tubo con anticoagulante en una proporción determinada. Generalmente es la muestra usada para estudios hematológicos cualitativos, cuantitativos, grupo sanguíneo, etc.

3. Tubos de extracción

- Plasma: se obtiene añadiendo la sangre en tubo con anticoagulante (heparina litio, citrato), centrifugando la muestra y separando el líquido sobrenadante. Esta muestra es la utilizada para estudios de coagulación, bioquímica, banco de sangre, etc.
- Suero: se obtiene dejando coagular la sangre sobre tubo seco sin anticoagulante. La sangre se deja reposar diez minutos a temperatura ambiente para que se forme el coagulo y posteriormente se centrifuga obteniendo el suero en el sobrenadante. Es la muestra utilizada en el laboratorio de bioquímica, serología e inmunología.

3. Tubos de extracción

Para que el resultado final de una prueba analítica de laboratorio sea correcta, no es suficiente con que la determinación analítica se realice a la perfección, sino que la calidad de la prueba depende del cumplimiento en cadena de una buena práctica, que comienza desde el momento mismo de la formulación de la petición, la preparación del paciente para la obtención de la muestra y termina cuando el resultado llega a las manos del profesional que solicitó la prueba. Esto conforma el periodo analítico, que está compuesto por tres fases: pre-analítica, analítica y post-analítica.

3. Tubos de extracción

- La fase pre-analítica es la que representa una parte crucial del proceso analítico, porque es en la cual se detectan la mayor incidencia de errores, que llevan al consiguiente rechazo de muestras. Por tanto, es en esta fase donde probablemente enfermería cobra mayor protagonismo, al ser la responsable de la obtención de las mismas.
- Dentro de la fase pre-analítica es donde tiene lugar el llenado de los tubos de muestras sanguíneas por Enfermería.

3. Tubos de extracción

Los errores más frecuentes detectados relacionados con la toma de muestras, según diversos autores son: mala calidad por hemólisis, coágulos, cantidad insuficiente, tubo inadecuado, obtención inapropiada, contaminación, etc.

Nuestra responsabilidad como enfermeros es realizar el correcto orden de llenado de los tubos de muestras sanguíneas, además de tener en cuenta otras características del paciente que puedan afectar de forma decisiva a la calidad de los resultados finales.

3. Tubos de extracción

Dependiendo de las determinaciones analíticas solicitadas, la muestra se recogerá en diferentes tubos:

1) Tubo sin aditivos. Utilizados para la obtención de suero (pruebas de Bioquímica, serología, metabolismo del hierro...); no llevan anticoagulante aunque sí contienen (no obligatoriamente) activadores, que facilitan la retracción del coágulo, y gel separador, que facilita la separación de suero y el coágulo tras la centrifugación. Con ella se obtiene el suero, tras dejar reposar la sangre recién extraída al menos 10 minutos a temperatura ambiente para que se forme el coágulo y centrifugar. Existen varios tamaños: pequeño de 5 ml, grande de 10 ml y microtubos de 0,8 ml.

3. Tubos de extracción

2) Tubo Citrato trisódico (para coagulación). Contienen como anticoagulante citrato trisódico. El citrato viene en una cantidad prefijada para mezclarse con un volumen fijo de sangre; la exacta proporción de sangre y anticoagulante es crucial en la realización de las pruebas de coagulación, ya que si no es la adecuada, los resultados se alteran. Con ella se obtiene el plasma, tras centrifugación de la sangre anticoagulada. Existen varios tamaños: de 5 ml y de 1,8 ml.

3. Tubos de extracción

- 3) Tubo EDTA K3. Contiene como anticoagulante el EDTA K3 (sal tripotásica del ácido etilén-diamino-tetracético). Es el tubo utilizado para la hematimetría (hemogramas), Banco de Sangre y otras pruebas. Con ella se obtiene sangre total anticoagulada. Existen varios tamaños: pequeño de 3 ml, grande de 10 ml y microtubos de 1 ml.

3. Tubos de extracción

4) Tubo Citrato trisódico (para VSG). Contiene también como anticoagulante citrato trisódico, aunque la concentración es distinta que en el de coagulación. Se utiliza exclusivamente para la determinación de la Velocidad de Sedimentación Globular. Con ella se obtiene sangre total anticoagulada.

5) Tubo Heparina de Litio. Contiene como anticoagulante la Heparina de Litio. Se utiliza para realizar determinaciones bioquímicas y algunas técnicas especiales. Con ella se obtiene plasma sanguíneo.

4. Orden de llenado de los tubos

- Se ha de realizar de la siguiente manera dependiendo del sistema de extracción utilizado:

  1. Tubos o envases estériles para estudio bacteriológico (Hemocultivos).

  2. Tubos sin aditivos para análisis del suero.

  3. Tubos con citrato para pruebas de coagulación.

  4. Tubos con citrato para VSG.

  5. Tubos con EDTA K3 para hemograma.

  6. Resto de los tubos (con Heparina de litio, jeringas de gasometría, tubo de velocidad de sedimentación…)

5.Bibliografía

- Moral Jiménez J, Mesa Fernández E, Conde Anguita MA, Importancia del orden de llenado de los tubos de muestras sanguíneas por enfermería. Nure Investigación 2011 Sep-Oct; 54: 1-5
- Pérez Zenni J, Ríos Tamayo R, García Ruiz A, Jurado Chacón M, Guía del laboratorio del servicio de hematología y hemoterapia hospital Universitario Virgen de las Nieves 01/11; 9-10
- Martínez Sesma A, Gil Arbiol MA, Pérez Pejenaute F, Extracción de sangre: y recomendaciones. Nursing 2008; 26 (6): 62-4

5.Bibliografía

- Mosteiro Díaz MP, Francisco Veda A, Paredes Fernández MA, Álvarez García R, García Martínez MJ, Carro Fernández N. Orden de llenado de tubos en la obtención de muestras sanguíneas. Procedimientos de Enfermería. Rev. Enfermería Científica. 2000; 224-225:49-51.
- Justicia del Río A. Errores en la toma de muestras sanguíneas para análisis. Rev. Metas Enfermería 2003 sep; VI (58):27-31
- Ojeda Maroto, A. Sanz Martinez, M. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos y Neonatales. 2006. Secc 2, Cap 38

CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBILES

ÁNGEL MERLOS MAESTRE

ÍNDICE

1. Introducción

2. Definición

3. Marco Legal

4. Propiedades afectadas

5. Temperatura

6. Vacunas

7. Rotura de cadena de frío

INTRODUCCIÓN

Resulta vital saber en qué condiciones se deben conservar este tipo de medicamentos para que mantengan intactas sus propiedades.

Generalmente, es el departamento de farmacia el que se encarga de controlar la medicación en frigorífico, aunque enfermería juega un papel muy importante, especialmente en Atención Primaria, ya que son responsables de la medicación de frigoríficos y cámaras.

La mejora en el conocimiento de las normas de conservación y dispensación de estos medicamentos, redunda en un beneficio asistencial para los pacientes y contribuye a un uso más racional de estos fármacos.

DEFINICIÓN

Los **medicamentos termolábiles** son aquellos que deben conservarse en nevera entre 2°C y 8°C. En las especialidades farmacéuticas de conservación en condiciones de temperatura adecuada, es muy importante que no se rompa la cadena de frío desde su fabricación hasta el momento de su administración al paciente, para poder garantizar la idoneidad del preparado.

Cadena de frío: conjunto de eslabones de tipo logístico que intervienen en el proceso de almacenamiento, conservación, manejo, transporte y distribución, para mantener a una determinada temperatura los medicamentos que puedan sufrir transformaciones con la variación térmica en todo el ciclo logístico.

MARCO LEGAL

Según el **Artículo 3.5 de la Ley 25/1990, de 20 de Diciembre**, la "custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponderá a las oficinas de farmacia abiertas al público legalmente autorizadas, a los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las distintas estructuras de atención primaria".

También se establece que "Se consideran funciones que garantizan el uso racional del medicamento en atención primaria: La custodia y correcta conservación de los medicamentos a su cargo" (Art.87.f).

PROPIEDADES AFECTADAS

* *Químicas*: Pueden producirse reacciones de oxidación, reducción, hidrólisis, racemización, descarboxilación, polimerización, evaporación de disolventes, volatización de aceites esenciales y de destrucción de sustancias termolábiles (proteínas).

* *Físicas*: Pueden alterarse algunas propiedades originales como apariencia y uniformidad.

* *Terapéuticas*: Pueden verse sustancialmente modificados los efectos terapéuticos.

* *Toxicológicas*: Pueden ocurrir cambios en la toxicidad por formación de productos tóxicos.

TEMPERATURA

La Farmacopea Europea, al igual que la Real Farmacopea Española, indica que cuando en un procedimiento analítico se menciona la temperatura sin una indicación numérica, los términos generales que se utilizan tienen el significado siguiente:

- En un congelador: temperatura inferior a -15ºC.

- Refrigerado o en refrigerador: +2ºC a +8ºC.

- Fresco: +8ºC a +15ºC.

- Temperatura ambiente: +15ºC a +25ºC.

CONSERVACIÓN

A la recepción de medicamentos termolábiles deben comprobarse las siguientes características:

* Que los medicamentos estén en perfecto estado y que lleven el correspondiente etiquetaje.

* Que los medicamentos no hayan estado expuestos a temperaturas indeseables, verificando los indicadores de temperatura.

Ubicación. Considerar tres aspectos fundamentales: termoestabilidad, accesibilidad y caducidad. Es conveniente almacenar los medicamentos más termolábiles, es decir, los menos resistentes a temperaturas elevadas, en las zonas más frías de la cámara o nevera, reservando las zonas menos frías para los más termoestables.

Señalización. Es aconsejable señalizar en el exterior de la cámara, nevera o frigorífico la ubicación de las distintas especialidades farmacéuticas para facilitar su localización, evitar aperturas innecesarias y limitar su duración.

A) Frigorífico.

Permite el almacenamiento de stocks más pequeños, suele usarse en unidades clínicas de hospitalización y en farmacias comunitarias. Requisitos para buen funcionamiento:

*Dotado de termostato (entre +2ºC y +8ºC). Colocar los medicamentos más termolábiles en las bandejas más frías, que se encuentran en la zonas inferior. A menos termolabilidad, se irá subiendo bandejas en el frigorífico.

*Localización alejada de toda fuente de calor como radiadores o estufas.

*Respetar recomendaciones fundamentales para su correcto empleo dentro de la cadena de frío:

1. Situado a unos 15 cm de distancia con respecto a la pared para permitir que el calor se disperse, e instalado sobre una base debidamente nivelada.

2. Conectado a la red general, con toma de tierra, no a derivaciones, para evitar desconexiones accidentales.

3. La puerta deberá abrirse solamente las veces necesarias.

4. Conveniente disponer de un enchufe de seguridad para evitar la desconexión fortuita, así como instalar mensajes de advertencia de no desconexión de la red eléctrica bajo ningún concepto.

5. Colocar en los últimos estantes de la nevera botellas de agua salada o suero fisiológico ya que acumulan frío y estabilizan la temperatura interna; en caso de corte eléctrico pueden mantener el frío durante 6-12 horas.

6. No ocupar más de la mitad del espacio y dejar huecos vacíos entre envases para permitir circulación de frío. Los medicamentos no deberán contactar con la pared del frigorífico por posible congelación (separación mínima de 4 cm. de la pared).

7. No colocar peso en la puerta del frigorífico ni en estantes inferiores para evitar desajuste del cierre.

8. No colocar bebidas, ni comida, ni otros productos ajenos a los propios de la farmacia.

B) Cámara frigorífica.

Utilizadas cuando el volumen medio de stock de medicamentos es elevado. Conveniente tener en cuenta:

1. Deben estar provistas de luces externas de seguridad y alarmas sonoras para asegurar que nadie pueda quedarse encerrado. A ser posible, con teléfono en el interior.

2. Dotadas de termostato (+2ºC/+8ºC), y termómetro o termógrafo.

3. Fácil acceso para personas y vehículos.

4. Instalada en zona clara, bien iluminada y ventilada; además debe disponer de espacio para embalaje, carga y expedición de medicamentos.

VACUNAS

Entre los medicamentos susceptibles a la degradación, las **vacunas** merecen una especial mención debido a su naturaleza y a su finalidad.

Las tasas de degradación varían notablemente de una vacuna a otra, siendo el intervalo estándar de temperatura aconsejado para su conservación entre +2ºC y +8ºC.

La pérdida de actividad de las vacunas puede deberse a diversos factores como la exposición a temperaturas elevadas. Fácilmente se puede producir la pérdida de su capacidad inmunizante, la cual es irreversible.

Almacenamiento.

Frigorífico: situar las vacunas en bandejas limpias y secas, siendo conveniente almacenar en el estante de menor temperatura (generalmente el superior) las vacunas de virus vivos y en las bandejas siguientes las vacunas de virus inactivados, toxoides, etc.

Cámaras: se deben establecer las zonas óptimas de almacenamiento para las diferentes vacunas, es decir, las vacunas menos resistentes a temperaturas elevadas, en las zonas más frías, reservando las zonas menos frías para las más termoestables.

ROTURA DE CADENA DE FRÍO

Se recomienda, siempre que el medicamento no se someta a un foco de calor o haya sufrido cambios bruscos de temperatura, las siguientes intervenciones:

1. En caso de avería del frigorífico o fallo en el suministro, anotar la hora de inicio y duración de la avería. Mantener cerrado el frigorífico pues pueden mantener su temperatura interna al menos 6 horas, siempre que se mantenga cerrado.

2.- Reestablecida la temperatura adecuada, anotar y verificar las temperaturas máxima y mínima alcanzada y el tiempo de exposición a dichas temperaturas.

3. Si se mantienen dudas con respecto a la validez de alguna especialidad farmacéutica, contactar con el laboratorio farmacéutico titular de la autorización. No utilizar los medicamentos afectados, que deberán estar separados claramente del resto de las existencias, mientras no se dispongan de los resultados proporcionados por profesionales.

4.- Dispensar en primer lugar los medicamentos expuestos a la rotura de la cadena de frío, y asegurarse de su pronta utilización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bovaira García MJ, Lorente Fernández L, Rubia Nieto MA. Protocolo de Conservación de medicamentos termolábiles. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. 2004.

2. Cuervas-Mons Vendrell M., Fernández Prieto M, Sánchez Sánchez M. T. Posible validez de medicamentos termolábiles fuera de las condiciones de conservación recomendadas por el fabricante. Rev Farm Hosp. 2004; 28(6):440-444.

3. Castellano Zurera MM, Núñez García D, Carrasco Peralta JA. Puntos críticos en la conservación y caducidad de medicamentos. Mejoras implantadas por unidades clínicas en procesos de acreditación. Rev Calidad Asistencial. 2011;26(4):228–233.

4. Ley 25/1990, de 20 de Diciembre, del Medicamento (BOE nº 306, de 22 de Diciembre de 1990).

5. Periánez L, Gómez-Lobón A, Gamón I, Seco R, Delgado O, Puigventós F. Medicamentos termolábiles. Protocolo de actuación en la rotura de la cadena de frío. Farm Hosp. 2011;35(4):190-190

ADHERENCIAS CICATRICIALES EN CIRUGÍA MENOR

Jiménez Sánchez, Virginia

Jiménez Sánchez, Susana

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. ADHERENCIAS, DEFINICIÓN

3. VALORACIÓN Y TRATAMIENTO

4. ACTUACIÓN DURANTE EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN

5. DISPOSICIÓN FINAL

6. ANEXOS

7. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓN

En el servicio de Urgencias, tanto a nivel hospitalario como en el extrahospitalario, las **heridas** ocupan un alto porcentaje de las demandas. Éstas son lesiones producidas por un agente externo que provoca la rotura de la superficie cutánea o mucosa.[1,2] De las que precisan sutura, casi la mitad de las que se realizan son en las **manos y dedos**,[2] y éstas, en ocasiones al no ser bien revisadas se pasan por alto lesiones más importantes en planos más profundos (ilustración 1).[3] Esto puede acabar produciendo **secuelas** a largo plazo que se perciben cuando se ha cicatrizado la herida exterior, al realizar las actividades de la vida diaria.

1. INTRODUCCIÓN

Ilustración 1: Afectación del tendón del extensor largo del primer dedo por mordedura de perro que pasó desapercibida en un principio quedando limitación articular y dolor por adherencia.

1. INTRODUCCIÓN

Tras una sutura y sus cuidados posteriores, generalmente se da el "alta" al paciente cuando se retiran los puntos o grapas si no hay complicaciones de la herida (tipo dehiscencias, infección, seromas..). La cicatriz que queda, al tener distintas características del tejido circundante puede tener **repercusiones funcionales** (adherencias), cosméticas y psicosociales (sobre todo queloides y cicatrices hipertróficas),[4,5] siendo estas dos últimas a las que se les da mayor importancia.

Deberíamos recordar que bajo esa herida, hay tejidos que por el edema y el daño producido pueden verse afectados. Esto, junto con la tendencia inconsciente de no movilizar esa zona por miedo al dolor, hacen más favorable la aparición de **adherencias** de los tejidos subyacentes. Hay muchos casos que, después de meses, hay tirantez y continúa el dolor bajo la cicatriz, y son derivados a servicios de fisioterapia para recuperar la movilidad perdida.[6]

2. ADHERENCIAS

La restricción de la movilidad de la cicatriz respecto a los tejidos profundos se debe a que quedan unidos desplazándose en conjunto y no pudiendo desarrollar la función correctamente, lo que es llamado adherencia.[5,7] Éstas pueden producir dolor y limitación articular (Ilustración 2), sobre todo si afectan a articulaciones, tendones y ligamentos.[5]

Las adherencias cicatriciales pueden ser visibles sólo con el movimiento, o pueden producirse adherencias subcutáneas sin haber cicatriz.[8]

2. ADHERENCIAS

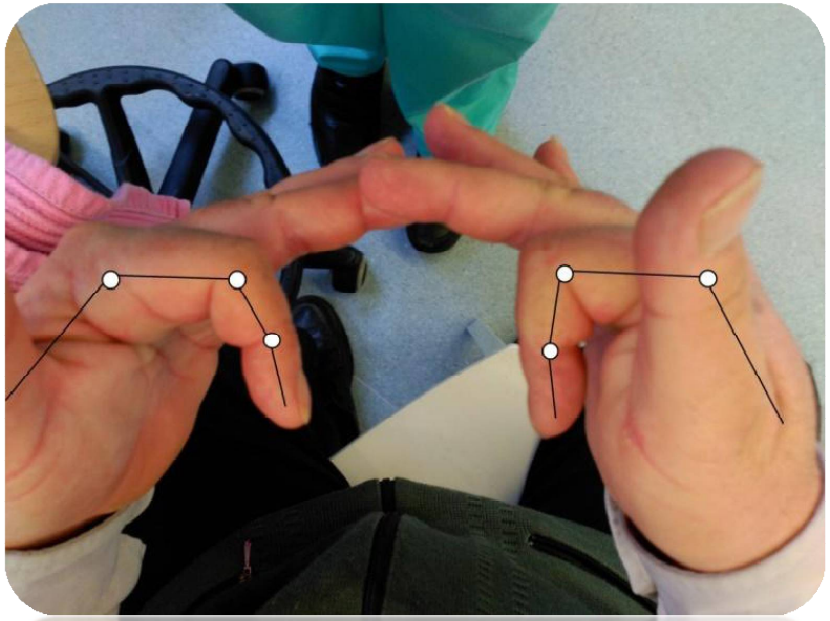


Ilustración 2: Limitación articular en la flexión del segundo dedo por adherencia del tendón flexor con los tejidos circundantes en el área central de la mano.

2.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS

En el proceso de cicatrización influyen numerosos factores que favorecen el desarrollo de adherencias, estos se dividen en locales (propios de la herida) y generales (características del organismo). Estos se detallan a continuación:

2. ADHERENCIAS

2.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS

Locales

- Oxigenación de la zona
- Cuerpos extraños
- Movilidad de los tejidos
- Edema
- Extensión y profundidad de la destrucción hística
- Radioterapia
- Tejidos desvitalizados
- Hematomas
- Tensión de los bordes de la herida
- Movilización

Generales

- Edad
- Factores genéticos
- Malos hábitos
- Estado nutricional
- Enfermedades

2.1.1. FACTORES LOCALES

- **Oxigenación de la zona:** Todo elemento que disminuya o impida la circulación de la sangre en la zona afectada retarda la cicatrización y por tanto es más vulnerable a infecciones. Un ejemplo puede ser la colocación de un vendaje apretado.[9,10]
- En algunas zonas del cuerpo, como las manos, hay determinadas áreas que se distinguen por tener distinta vascularización y por tanto puede dificultar la correcta cicatrización. Por ejemplo, en la zona proximal de los dedos se suelen producir adherencias entre el tendón y los tejidos circundantes por las áreas avasculares. En la superficie central de la mano existe menor formación de adherencias de estas mismas estructuras por la avascularidad de los tendones rodeados por paratendón. Finalmente, en el área cerca del túnel del carpo se pueden adherir los tendones entre sí por la cercanía.[11]

- **Cuerpos extraños:** En ocasiones durante las exploraciones pueden pasar desapercibidos cuerpos extraños, que al quedar alojados alteran el proceso de cicatrización pudiendo producir adherencias.[1,12]
- **Movilidad de los tejidos:** La inmovilidad de los bordes de la herida entre sí aumenta la velocidad de curación.[1] En tejidos profundos tales como músculos y tendones, la realización de una sutura en capas ayuda a evitar las adherencias entre las mismas.[1,13]
- **Edema:** El edema puede paralizar la cicatrización por aumentar la presión de los vasos sanguíneos que irrigan la zona, disminuyendo así el aporte de oxígeno.[1]

- **Extensión y profundidad de la destrucción hística:** La reparación de la herida será más prolongada cuanto mayor sea la extensión del tejido afectado.[1] La cicatrización por **segunda intención** y en heridas donde hay pérdida del tejido graso subyacente favorece que se adhiera la cicatriz a los tejidos profundos.[8]
- El coeficiente de fricción en el caso de suturas de hilo también influye, ya que al ser mayor en hilos multifilamento produce más **reacción tisular** y aumento de la respuesta inflamatoria; también los reabsorbibles producen mayor reacción.[14]

- **Radioterapia:** La cicatrización se retrasa en pacientes que se someten a este tratamiento debido a la inmunodepresión y a la alteración del metabolismo celular, por tanto deben manipularse con mucha precaución.[1]
- **Tejidos desvitalizados:** Es necesario mejorar las condiciones (desbridar) del tejido para garantizar la correcta cicatrización.[1]
- **Hematomas:** Los hematomas producen la separación de los tejidos profundos, disminución del aporte sanguíneo y el aumento de tensión de la piel. En general, las **necrosis** cutáneas ocurren al no detectar hematomas.[1] Un hematoma no drenado puede producir además calcificaciones y adherencias.[15]

- **Tensión de los bordes de la herida:** Influyen las líneas de **Langer**, que son líneas que se forman en zonas donde las fibras elásticas de la dermis proporcionan tensión constante.16 Cuando se realiza una sutura, los puntos han de ejercer la misma tensión entre los bordes de la herida que entre la superficie y el fondo. Esta norma es llama "regla de las x".[17]

- **Movilización:** La movilización muy precoz aumenta el riesgo de dehiscencia en las suturas tendinosas. Por otro lado, los ejercicios activos tímidos y la no realización de fisioterapia o terapia ocupacional puede desembocar en la formación de **adherencias, rigidez articular o malposición.**[3, 18]

2.1.2. FACTORES GENERALES

- **Edad:** En personas jóvenes son más frecuentes las cicatrices patológicas.[19] En las personas de edad avanzada, la circulación suele estar deteriorada, la función cardiaca limitada, reservas de energía bajas y la hidratación y el estado nutricional deficiente.[20]
- **Factores genéticos:** Hay varios factores como la **raza negra**, **grupo sanguíneo A** y otros que predisponen a sufrir alteraciones en la cicatrización, como queloides y cicatrices hipertróficas.[21]
- **Malos hábitos:** Las personas **fumadoras** y las que toman **café en exceso** tienen efectos negativos en la formación de la cicatriz.[11]

- **Estado nutricional:** La deficiencia de proteínas retrasa la microvascularización, formación de vasos linfáticos, formación de fibroblastos, síntesis de colágeno y la remodelación de la herida. Las vitaminas, tales como las C, K y B, pueden determinar las características de la curación de la herida. Las vitaminas C y B participan en la maduración de las fibras de colágeno en las últimas etapas de la cicatrización y en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos respectivamente.[22,23]
- **Enfermedades:** Las enfermedades autoinmunes, la anemia y algunos trastornos sanguíneos causan insuficiencia vascular que facilita la aparición de infecciones.[24]

3. VALORACIÓN Y TRATAMIENTO

Para saber si una cicatriz está adherida, puede comprobarse si la piel puede desplazarse adecuadamente sobre los tejidos subyacentes, traccionando desde todos los ángulos de la herida. Si esta maniobra resulta dolorosa o comparando con la zona contralateral hay menos desplazamiento, estaríamos ante una posible adherencia. Existe un medidor con el que se puede valorar el grado de ésta, llamado adheremeter.[7]

El masaje del tejido cicatricial adquiere una gran importancia para prevenir las adherencias, disminuir la tirantez, rigidez, dolor y picor; y en el caso de que afecte a una articulación, aumentar la amplitud de movimiento.[15,25,26,27] Además del masaje, como prevención de las adherencias, puede utilizarse agua caliente, realizar movimientos de la zona afectada, fortalecer la musculatura implicada en la lesión, practicar movimientos que se realizan en las actividades de la vida diaria, hacer estiramientos de la piel y aplicar presoterapia.[27]

Hay otros métodos más complejos para la prevención de una cicatriz patológica. Se han descrito diferentes metodologías para evitar estas complicaciones: cirugía, uso de silicona, corticoides, radioterapia, crioterapia, tela microporosa de papel adherente, láser y terapias combinadas.[4,28]

4. ACTUACIÓN DURANTE EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN

Cuando se produce una herida, se llevan a cabo una serie de fases que juntas comprenden la cicatrización. Éstas son:

Inflamación

Desde el momento en el que se produce la herida se inicia la **primera fase** (inflamación), en la que se realiza la primera cura, y si precisa, la correspondiente sutura.[29] Aquí empieza la coagulación y la liberación de citoquinas estimuladoras de neutrófilos y macrófagos, que son los responsables de eliminar residuos celulares y sustancias exógenas a la zona afectada.[13] Una sutura realizada con un hilo multifilamento daña más los tejidos y consecuentemente, el edema aumenta.[14] Nuestra actuación en esta fase para prevenir posibles adherencias es realizar una correcta sutura por planos si la herida lo requiere, y en el caso de **antecedentes** de cicatrices queloideas hacer si es posible una sutura intradérmica continua para disminuir el daño tisular y así menor estimulación del queloide.[13]

ACTUACIÓN DURANTE EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN

- Pasadas 48-72 horas empieza la fase proliferativa, cuya duración es de 3 a 6 semanas, y es en la que tiene lugar la formación de tejido reparativo. A los 5-7 días puede realizarse drenaje linfático para favorecer la circulación y la reorganización de las fibras de colágeno.[15] A partir de las 3 semanas[15] o antes si la inflamación ha desaparecido,[30] podemos comenzar a tratar la cicatriz con masaje suave y otras técnicas;[15] la aplicación de un masaje enérgico podría aumentar la inflamación. Si ésta persiste o hay desórdenes fibroproliferativos (hipertróficas y queloides), el masaje no está indicado.[30]

ACTUACIÓN DURANTE EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN

- En la última etapa, se produce la maduración final, y en ella, la matriz extracelular inicial y el colágeno inmaduro son sustituidos por colágeno maduro. Se estima que el proceso de maduración final de las cicatrices es de unos 6 -12 meses.[29,31,32] .
- El uso del aceite de rosa mosqueta hace que el tejido cicatricial se integre mejor en la piel perilesional dejando una cicatriz más discreta (tabla 2).[33] En personas menores de 30 años maduran más despacio y con peores resultados estéticos que en los mayores de 55 años.[19] En el caso de que se evidencie la presencia en esta fase de adherencias, hay diferentes maniobras que estarían indicadas, pero son competencia de otro profesional sanitario.[34]

EPIFISIOLISIS DE LA CABEZA FEMORAL EN LA OBESIDAD INFANTIL

ANA LOPEZ LOPEZ

- DEFINICIÓN DE EPIFISIOLISIS: Fractura del cartílago de crecimiento o fisis de un hueso largo.
- Los doctores Robert Bruce Salter y W. Robert Harris en 1963, son pioneros en este campo.

CLASIFICACIÓN

Por su tiempo de evolución puede clasificarse en:

- Aguda. Cuando los síntomas tienen una evolución menor a 3 meses.
- Crónico. Superior a 3 meses.

Puede existir una agudización en un proceso crónico persistente.

- Estable. El paciente es capaz de caminar.
- Inestable. El paciente no es capaz de caminar ni con ayuda de bastones.

CLASIFICACIÓN

GRADOS DE DESPLAZAMIENTO

El desplazamiento de la cabeza femoral de la epífisis se mide en grados.

- GRADO 1. No existe desplazamiento.
- GRADO 2. Leve desplazamiento fisario inferior a 30º
- GRADO 3. Moderado. Presenta desplazamiento de 30 a 50º.
- GRADO 4. Severo. Desplazamiento superior a 50º.

ETIOPATOGENIDAD

Se desconoce la etiología de la epifisiolisis de la cabeza femoral. Las fracturas de la placa de crecimiento es dos veces más frecuente en niños que en niñas. Esto es debido a que los cuerpos de las niñas se desarrollan a edades más tempranas que los cuerpos de los niños. Los huesos de las niñas terminan de crecer antes y las placas de crecimiento se sustituyen por un hueso más fuerte y sólido.

Las edades en las que se manifiesta son:

- 8-10 años en niñas.
- 10-12 años en niños.

FACTORES

FACTORES GENÉTICOS

- Trastornos hereditarios o congénitos
- Enfermedades metabólicas

FACTORES BIOQUÍMICOS

- Medicamentos
- Radiación

FACTORES BIOMECÁNICOS

- Destaca la obesidad. La mayoría de los niños de hoy en día presentan sobrepeso viéndose favorecidas las fuerzas de cizallamiento sobre la fisis. Se ha contrastado que la obesidad está presente en torno al 50% de los casos

DIAGNÓSTICO

- CLÍNICO. Los pacientes con esta lesión presentan cojera y dolor de intensidad variable en relación con los esfuerzos físicos. Tienden a caminar con el pie de la pierna afectada hacia fuera.
- RADIOGRÁFICO. Mediante dos proyecciones, AP de cadera y axial.

TRATAMIENTO

Se considera una urgencia y requiere un manejo inmediato. El tratamiento depende del grado de epifisiolisis:

- CASOS CRÓNICOS. El hueso ha de ser puesto de nuevo en su lugar con tracción e inmovilización in situ para asegurar que continúe el crecimiento normal. Se consideran crónicos los grados 1 y 2.
- CASOS AGUDOS. Se realiza la reducción del desplazamiento en quirófano bajo control fluoroscopio y con el paciente anestesiado, colocando un tornillo percutáneo o agujas de Kirscher para fijar la cabeza y el cuello femoral para conseguir que el cuello haga soldadura osteosíntesis. Se incluyen los grados 3, 4 y 5.

TRATAMIENTO

Grado 5º. Poco frecuente, se produce cuando el hueso es aplastado y la placa de crecimiento se comprime. La intervención quirúrgica consiste en colocar una prótesis de cadera total e ir cambiándola conforme va creciendo el niño.

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

La deambulación comienza al día siguiente de la cirugía con muletas y apoyo progresivo.

En la osteosíntesis con tornillos canulados o aguijas de kirscher el tratamiento a seguir es: Descarga total varias semanas y luego parcial con muletas.

TRATAMIENTO

Después de la fijación suele ocurrir un proceso de remodelación que se presenta entre los dos a seis meses posteriores de la operación que es favorecido por la deambulación temprana. De no existir remodelación femoral puede ser necesaria la realización de osteotomías para corregir las deformidades óseas.

ACTIVIDAD FÍSICA

Los niños con esta patología tienen permitidas la natación y ciclismo como actividad física.

Limitaciones con deportes de riesgo y juegos populares.

TRATAMIENTO

DIETA SANA Y EQUILIBRADA

Después de la operación, es recomendable mantener una dieta sana y equilibrada para un correcto control del peso del paciente.

COMPLICACIONES

Las más importantes son:

- Condrolísis: Consiste en la necrosis aguda del tejido articular. Se presenta en el 8% de los pacientes caracterizada por rigidez de cadera, pérdida de movimiento en todos los planos, contractura con flexión de cadera.
- Necrosis avascular: Se observa después de una reducción tras un episodio agudo, en desplazamientos inestables y rara vez en los estables. Es producida por una alteración del flujo sanguíneo. Se da en pacientes con varios intentos de reducción. Cuando se presenta en forma grave requiere de artrodosis de la cadera.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

Las edades de 10 y 11 años coinciden con el inicio de la pubertad, que inicia un gran crecimiento y con aumento considerable del apetito. Esta etapa coincide también con los trastornos de la alimentación, algo que ha de vigilarse, siendo uno de ellos comer compulsivamente.

Las necesidades calóricas en estas edades son:

- 50-55% hidratos de carbono
- 25-35% grasas
- 15-20% proteínas

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

Ejemplo de un menú semanal para niños con epifisiolisis femoral:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
DESAYUNOS	Leche Tostada Zumo	Leche Tostada Zumo	Leche Tostada Zumo	Leche Tostada Zumo	Leche Tostada Zumo
ALMUERZO	Fruta	Fruta	Fruta	Fruta	Fruta
COMIDA	Legumbres Carne Ensalada	Pasta Pescado azul Ensalada	Filete ternera Verduras Yogur	Legumbres Ensalada Fruta	Arroz Pescado Ensalada
MERIENDA	Leche	Leche	Leche	Leche	Leche
CENA	Jamón cocido Huevo Lácteo	Crema verduras Lácteo	Pescado Verduras Lácteo	Pollo plancha Verduras Lácteo	Tortilla Verdura Lácteo

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

En el menú semanal elaborado respetaremos el fin de semana por ser niños.

Importante a tener en cuenta. Reducir el consumo de grasas, limitar los hidratos de carbono a las calorías consumidas siempre en una proporción adecuada a las proteínas. Se deben reducir el consumo de bollería industrial, chucherías, comida precocinada, etc.

CONCLUSIONES

Se ha demostrado que el sobrepeso infantil influye negativamente en el desarrollo y tratamiento de la epifisiolisis.

Nuestro estilo de vida nos está llevando a comer comida precocinada y sin un control de ello.

Las nuevas tecnologías han hecho que los niños de hoy en día tengan menor actividad física, realizando una vida sedentaria en la etapa de crecimiento.

Es fundamental realizar un control estricto de la alimentación del paciente para evitar sobrepeso o reducirlo en caso de que exista.

BIBLIOGRAFÍA

Ariza C, Ortega Rodríguez E, Sánchez-Martínez F, Valmayor Sara, Juárez Olga, Pasarín M Isabel. La Prevención de la Obesidad Infantil desde una Perspectiva Comunitaria 2014; http://www.neufinlay.slel.a/index.php/finlay/article/view/273.

BabyCenter. Ejemplo de menú para un niño de 9 a 11 años. BabyCenter en Español. http://espanol.babycenter.com/a14300215/ejemplo-de-men%C3%BA-para-un-ni%C3%B1o-de-9-a-11-a%C3%B1os

Cárdenas Corral Manuel-Gilberto. Fracturas y Epifisiolisis Pediatrica.2013. http://es.slideshare.net/giilbeertoo/fracturas-y-epifisiolisis-pediatricas

BIBLIOGRAFÍA

Carpio Elías José. Cirugía en las Alteraciones Ortopédicas de la Displasia del Desarrollo, Enfermedad de Perthes y Epifisiolisis. En: Junta de Andalucía(eds.). XVI Libro de las Jornadas Científicas de la Sociedad Española de Rehabilitación Infantil. Volumen I. Sevilla: SERI;2011.49-54.

Cortez Álvarez María Eugenia, Cortez Álvarez Virginia Josefina. Epifisiolísis Traumática en Huesos Largos en Niños Según Clasificación Salter y Harris. Trabajo de Grado. Hospital "Ruiz y Páez" Ciudad Bolívar; 2011.

Epifisiolisis. Carrera profesional de Medicina Humana. Universidad San Antonio Abad del cuzco.2013. http://es.slideshare.net/genrygermanaguilartacusi/8-epifisiolisis.

BIBLIOGRAFÍA

Fernández Medina Isabel María, González Bolívar Rocío, García López Berta. Los Peligros de la Obesidad Infantil. En: Gázquez Linares José Jesús, Pérez Fuentes Mª del Carmen, Molero Jurado Mª del Mar, Mercader Rubio Isabel(eds.) Acercamiento Multidisciplinar a la Salud en el Envejecimiento. Volumen III. ASUNIVEP;2015. p 90-97. http://**formacionasunivep**.com/documents/libro-acercamiento-multidisciplinar-a-la-salud-en-el-envejecimiento-volumenIII.pdf.

Gasco J. Epifisiolisis de cadera. Revista Cirugía Osteoarticular. 1994. http://www.cirugía-osteoarticular.org./adaptingsystem/intercambios/revista/articulos/1479-93pdf.

BIBLIOGRAFÍA

Guía pediátrica. Programa de Intervención para la Prevención de la Obesidad Infantil. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Recomendaciones nutricionales. www.programapipo.com/guia-pediatrica/alimentación-entre-9-y-13-anos/recomendaciones-nutricionales-9-13-anos

Kevin M, Neal MD. Deslizamiento de la Epífisis Capital Femoral. SCFE,o Epifisiolisis.2013. http://www.kidshealthorg./es/teeus/scfe-esp.html

Llanos J. Caso Clínico Radiológico. Revista Chilena de Pediatría.2005; http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41062005000300011&script

BIBLIOGRAFÍA

Martin Lasa Alberto. Medicopedia(eds)*Epifisiolisis*. Diccionario Medico. 2011. www.potalesmedicos.com/diccionariomedico/index.php/Epifisiolisis(últimoaceso2febrero2016)

Martínez-Álvarez S, Martínez-González C, Miranda Gorozarri C, Abril J. C, Epeldegui T. Epifisiolisis de la Cabeza Femoral. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología2012;56(4). http://www.elservier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatología-129-articulo-epifisiolisis-cabeza-femoral-90157189

Miralles Rodrigo. Lesiones Traumáticas en el niño. Universitat Rovira i virgili.2012. http://www.unv.cat/media/upload/arxius/URV-solidaria/COT/Contenido/Tema-3/3.5.-lesiones-traumaticas-en-el-nino-pdf

BIBLIOGRAFÍA

Peinado Vistuer Armando. Epifisiolisis de la Cadera del Adolescente. Centro Médico Teknon; http://www.teknon.es/es/web/peinado-pediatrico/cirugía-de-la-cadera-del-nino-y-del-adolescente-/epifisiolisis-de-la-cadera-del-adolescente

Rodríguez Moroy M Luisa, Echevarría Cubillas M Purificación, Ponce de León Martínez Teresa, Cervera Año Elisa . Alimentación Equilibrada en los niños de 4 a 12 años. Consejería de Salud y Servicios Sociales . Dirección General de Salud Pública y Consumo. Servicio de Promoción de la Salud.2014. http://www.riojasalud.es/f/rs/docs/guia-alim-inf-4-12.pdf.

BIBLIOGRAFÍA

Vela A. Actualización de Conceptos Clínicos y Fisiopatológicos de la Obesidad Infantil. Trabajo presentado en XXIV Journal de Pediatría del Hospital de Cruces. 3 octubre 2007. Donostia-San Sebastián. http://www.aupap.com.org/documentos/gipuzkoa2007/fisioobs.htm.

Vadez-Ramirez Mario A. Resumen Rápido Sobre Epifisiolisis de la Cabeza Femoral.2003; http://www.mariovaldez.net/docs/show-slideboard.php?d=SCFE

ATENCIÓN AL PACIENTE CON FRACASO RENAL AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

LIDIA FAJARDO RODRIGUEZ

ÍNDICE

1. Definición
2. Importancia del caso
3. Descripción del caso
4. Actuación inicial
5. Pruebas complementarias
6. Evolución del diagnóstico
7. Tratamiento aplicado
8. Evolución del paciente
9. Conclusión
10. Bibliografía

1. Definición

El fracaso renal agudo (FRA) es un deterioro brusco de la función renal que suele acompañarse de oliguria (diuresis inferior a 400 ml/día) o anuria (diuresis inferior a 100 ml/día). En ella, los riñones pierden su capacidad de mantener la homeostasis bioquímica, lo que provoca la retención de productos de desecho metabólicos (como el ácido láctico) y alteraciones en el equilibrio hidroelectrolítico y ácido - base (como la acidosis metabólica y la hipercaliemia).

Normalmente la alteración de la función renal suele ser reversible, aunque el FRA puede asociarse a mortalidades altas, variando su tasa según la causa del FRA, la edad del paciente y las patologías concomitantes.

1. Definición

El FRA se califica según su origen en prerrenal, intrarrenal y postrenal. En nuestro caso, la paciente sufría un FRA prerrenal. En ésta las estructuras renales se conservan íntegras, y se produce por situaciones clínicas que cursan con hipovolemia (como en nuestro caso), hipoperfusión renal y reducción del filtrado glomerular. Las causas del FRA prerrenal son bajo gasto cardíaco, tromboembolismo o pérdida de volumen (como en nuestro caso).

2. Importancia del caso

El FRA prerrenal como el que sufre la paciente de este caso suele ser secundario a otros problemas de salud (como, por ejemplo, depleción de volumen, hemorragias, estenosis arterial o venosa, tromboembolismos,…), por lo que hay que tener buen ojo clínico para detectar el diagnóstico principal, ya que poniendo tratamiento a éste el FRA irá solucionándose paulatinamente.

2. Importancia del caso

El tratamiento en los pacientes que sufren Fracaso Renal Agudo (FRA) debe iniciarse tempranamente para evitar posibles secuelas, por lo que un buen diagnóstico diferencial a tiempo es de gran importancia para salvar la función renal y evitar que el paciente tenga que someterse a terapia de diálisis de por vida.

Este diagnóstico a veces es complicado de realizar, ya que el FRA suele darse en pacientes de avanzada edad con pluripatologías, y muchos de los síntomas del FRA son similares a los que presentan esas patologías que ya sufren de base (Diabetes Mellitus, Hipertensión, Dislipemia,…) cuando se agudizan, por lo que hay que estar muy formado sobre el tema para saber diferenciarlo.

3. Descripción del caso

- Mujer, 83 años.
- Antecedentes: HTA, DM tipo 2, DLP, TVP y anemia crónica leve.
- Traída por su familia por anuria y debilidad general.
- Cuadro de diarrea intensa de 11 días de evolución. Vómitos desde hace 24 horas.
- Ingreso en la zona de camas por sospecha de Fracaso Renal Agudo (FRA).

4. Actuación inicial

- Monitorización, toma de constantes vitales y ECG.
- Extracción de analítica completa y gasometría arterial.
- Sondaje vesical.
- Canalización de vía central de acceso periférico.
- Canalización de vía periférica 18G.

5. Pruebas complementarias

- Analítica completa (hemograma, coagulación, bioquímica).
- Gasometría arterial.
- ECG.
- Ecografía abdominal.
- Análisis de orina: no pudo realizarse.

6. Evolución del diagnóstico

- Ingresa por posible Fracaso Renal.
- Después de conocer que sufre deposiciones diarreicas cuantiosas de 11 días de evolución sin mejoría -> Sospecha de FRA por depleción de volumen.
- Al llegar los resultados de la analítica -> Acidosis metabólica láctica producida por Metformina e Hipercaliemia.

7. Tratamiento aplicado

- 1000 ml Suero Fisiológico al 0,9% en 1 hora. Después se disminuyó el ritmo de infusión a 500 ml/h, suspendiéndose después.
- 12 UI de Insulina Apidra en 500 ml de Suero Glucosado al 10% en 1 hora.
- Bicarbonato 1/6 Molar en 250 ml de Suero Fisiológico al 0,9% en 1 hora. Más tarde, se administró otra dosis.
- Rocefalín 2 gr IV en 100 ml de Suero Fisiológico al 0,9 %.
- Bomba de Insulina: 50 UI de Insulina Apidra en 500 ml de Suero Fisiológico al 0,9% a 21 ml/h.
- Tazocer 4gr IV en 100 ml de Suero Fisiológico al 0,9%.

8. Evolución del paciente

- TA: al inicio 105/67. Disminuyó progresivamente hasta 82/45. Recuperó la presión inicial al finalizar su estancia en camas tras reposición hídrica.
- Glucemia: al ingreso, 294 mg/dl. Antes de la infusión de 12 UI de Insulina Apidra en 250 ml de Suero Glucosado al 10%, 336 mg/dl. Al finalizar su estancia, 415 mg/dl.
- PVC: 2 cmH2O al inicio. Al finalizar su estancia, 3 cmH2O.

8. Evolución del paciente

- El estado general no varió a lo largo de su estancia en la zona de camas.
- Continuó con anuria a pesar del aporte hídrico.
- Después de estar 5 horas en la zona de camas sin mejoría en su cuadro clínico, la paciente fue trasladada a la UCI.

9. Conclusión

Un rápido inicio del tratamiento en pacientes con FRA es fundamental para la resolución del problema sin secuelas para el paciente, por lo que para ello todo el personal del equipo de salud (médicos, enfermeros, auxiliares,...) ha de trabajar conjuntamente para poder tener un diagnóstico adecuado temprano.

En esto, la enfermería tiene un papel muy importante, ya que muchas veces los síntomas que manifiesta el paciente a lo largo de su estancia en el servicio de urgencias son claves para el diagnóstico diferencial de la patología que está sufriendo y las asociadas a ese problema de salud.

10. Bibliografía

- De la Maza Pereg L, García Hierro VM, Álvarez Baños P, Pi Barrio J, Castillo López L, Ruiz Pérez E. Acidosis láctica por metformina. Endocrinol Nutr. 2007;54(6):325-7
- Hernán Mejía, C. Insuficiencia renal aguda. Colomb Med 2001; 32:83-85
- Moreno Sánchez A, Arrabal Sánchez R. Insuficiencia renal aguda. En: Morell Ocaña M, Buforn Galiana A, Vergara Olivares JM, Domínguez Rodríguez L. Manual de urgencias y emergencias. Manual online. 2002. Disponible en: http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/ira.pdf
- Tenorio MT, Galeano C, Rodríguez N, Liaño F. Diagnóstico diferencial de la insuficiencia renal aguda. NefroPlus 2010;3(2):16-32

PROCEDIMIENTO DE PUNCION LUMBAR: FINALIDAD, MATERIAL, Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

FÁTIMA RIPOLL ESTEBAN

ÍNDICE

- Definición
- Indicaciones
- Contraindicaciones
- Actuación de enfermería
  - Antes de la punción lumbar
    - Material necesario
    - Preparación del paciente
  - Durante la punción lumbar
  - Después de la punción
    - Cuidados post-punción al paciente
    - Envío de muestras
    - Resgistrar la realización del procedimiento
    - Educación para la salud al alta.
- Referencias Bibliográficas

DEFINICIÓN

Procedimiento que consiste en la extracción de una muestra de LCR, mediante la punción en los espacios intervertebrales de la columna vertebral, con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

La punción se realiza habitualmente en los espacios L3-L4 o bien en un espacio superior o inferior a L3-L4.

INDICACIONES

FINES DIAGNÓSTICOS I:

- ✓ Sospecha de **meningitis o encefalitis**
- ✓ Sospecha de hemorragia subaracnoidea
- ✓ Neuropatías periféricas
- ✓ Sospecha de esclerosis múltiple.
- ✓ Síndrome de hipertensión intracraneal.

FINES DIAGNÓSTICOS II:

- ✓ Poliomielitis
- ✓ Tumores cerebrales
- ✓ Compresión medular
- ✓ Epilepsia
- ✓ Coma febril inexplicado

FINES TERAPÉUTICOS

- ✓Administrar anestésicos en la médula espinal
- ✓Aliviar la presión intracraneal.

CONTRAINDICACIONES

- Lesión intracraneal con efecto de masa (hemorragia epidural).
- Compresiones medulares agudas.
- Lesiones infecciosas cutáneas/óseas de la región lumbar.
- Déficit de coagulación.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROCEDIMIENTO DE PUNCIÓN LUMBAR

- Antes de la punción.
- Durante la Punción
- Después de la punción

ANTES DE LA PUNCIÓN, LA ENFERMERA DEBE:

1. PREPARAR EL MATERIAL
2. PREPARAR AL PACIENTE

1.-MATERIAL NECESARIO I

- Paño de campo estéril (x3)
- Guantes estériles y no estériles
- Gasas estériles y Bata estéril.
- Pantalla de protección
- Mascarilla de protección (respirador)
- Mascarilla quirúrgica para el paciente
- Povidona yodada y Anestésico local
- Varios trocar de punción lumbar de los números 18, 20 y 22
- Jeringas de 5cc y de 10 cc

1.-MATERIAL NECESARIO II

- Agujas intramusculares y subcutáneas
- Varios tubos transparentes estériles con tapón de rosca
- Apósito oclusivo estéril
- Contenedor para material punzante
- Bolsa para recogida de residuos
- Gradilla para transporte de muestras
- Volantes de peticiones y etiquetas identificativas.
- Glucometer
- Sitio recomendado: sala/habitación/box con PRESIÓN NEGATIVA

2.-PREPARACIÓN DEL PACIENTE I

- Canalizar vía periférica y extracción de muestra para analítica.
- Toma de presión arterial y glucemia capilar.
- Preguntar posibles alergias a anestésicos y sobre lipotimias ante inyecciones o extracciones.
- Verificar la cumplimentación del consentimiento informado.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Retirar prótesis dentales.
- El paciente debe estar en ayunas, al menos 2 horas antes de la realización de la técnica.

2.-PREPARACIÓN DEL PACIENTE II

- Informarle de la postura que debe mantener para la realización de la técnica:
  - Cama en horizontal, y en posición lo más cómoda posible para la persona que realiza la técnica.
  - Paciente acostado en decúbito lateral derecho o izquierdo y en posición fetal. En ocasiones se realiza con el paciente sentado.
  - La espalda en el borde y perpendicular al plano de la cama, la superficie debe ser dura, se aconseja colocar una tabla entre el colchón y el somier.
  - Comprobar que la postura no dificulta su ventilación.
  - Informar al paciente que no debe moverse durante la punción, y que es posible que note alguna molestia o calambre.

DURANTE LA PUNCIÓN, LA ENFERMERA DEBE:

- Lavado de manos y colocación de guantes no estériles.
- Garantizar la mayor asepsia posible.
- Desinfectar la zona con povidona yodada.
- Ayudar a preparar la anestesia, bajo prescripción médica.
- Enumerar los tubos con las muestras de L.C.R., según el orden de obtención de la muestra.
- Colaborar con el médico en la técnica.
- Cuando el médico retire el trócar, aplicar presión directa y colocar apósito estéril.

DESPUÉS DE LA PUNCIÓN, LA ENFERMERA DEBE:

1. CUIDADOS POST-PUNCIÓN AL PACIENTE.
2. ENVÍO DE MUESTRAS.
3. REGISTRAR LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.
4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD AL ALTA.

1.-CUIDADOS POST-PUNCIÓN AL PACIENTE

- Valorar y registrar la respuesta del paciente tras la punción:
  - Palidez
  - Desvanecimiento
  - Cefalea, nauseas y vómitos
  - Cambio en el nivel de conciencia
  - Hormigueo o dolor irradiado hacia las piernas.
  - Sensación distérmica.
- Vigilar y registrar los signos vitales y neurológicos en las siguientes 24 horas. Cada 30 minutos en las primeras 2 horas y después cada 2 horas.
- Hidratación del paciente (sueroterapia) y forzar la ingesta de agua, de al menos, 2 litros
- Vigilar en la zona de punción, la aparición de sangrado.

1.-CUIDADOS POST-PUNCIÓN AL PACIENTE

- Controlar y registrar la diuresis durante las primeras 24 horas.
- Informar al paciente que debe estar en reposo absoluto y acostado durante 4 o 6 horas, permitiéndole el uso de la almohada.
- Posteriormente, iniciar la incorporación progresiva. Si aparece cefalea después de incorporarse, deberá permanecer en reposo absoluto con la cama en posición horizontal o con la cabeza elevada 30 grados.
- La probabilidad de cefalea disminuye si el paciente permanece acostado de 12 a 24 horas después de la punción.
- Si la cefalea no cede se avisará al médico de guardia para que valore al paciente y, si lo prescribe, la enfermera administrará la analgesia pautada.

2.-ENVÍO DE MUESTRAS

- Las muestras se enviarán a Laboratorio inmediatamente después de su obtención (máximo 30 min), en caso de retraso en el envío, se mantendrá a una temperatura entre 35-37ºC en una estufa anaerobia (NUNCA CONGELAR NI REFRIGERAR).
- Comprobar que las peticiones están correctamente cumplimentadas y los tubos identificados.
- Comprobar el destino de cada una de las muestras.

3.-REGISTRAR REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Anotar la realización de la técnica, y las incidencias observadas durante la misma, en la hoja de control de pruebas del paciente y en el diario de enfermería.

- Registrar constantes vitales, signos neurológicos y otras alteraciones posteriores al procedimiento.

- Especificar en el registro de enfermería el nº de tubos y su laboratorio de destino.

4.-EDUCACIÓN PARA LA SALUD AL ALTA

- Informar al paciente de las posibles complicaciones:
  - Cefaleas.
  - Parestesias en miembros inferiores.
  - Dolor local o referido.
  - Sangrado.
  - Infección.
  - Fiebre.
- Reposo absoluto.
- Hidratación.
- Cura del punto de punción.
- Pedir asistencia sanitaria si las complicaciones descritas no ceden.

BIBLIOGRAFÍA I

- Jiménez L, Monterio F.J. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Barcelona; 2009.

- Corominas C, Ferrer E, Gómez M, Gascón P, Rios M. Protocolo de enfermería para la punción lumbar. Hospital universitario de Albacete. Albacete. 2009.[Citado 27-11-2014] Disponible en http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/neurologia/punci onlumb.htm

BIBLIOGRAFÍA II

•

- Esteban de la Torre A., Portero Fraile M.P. Técnicas de Enfermería. 3ª ed. Capítulo segundo. Barcelona: EDC Rol, S.A., 2012.

- Quevauvilliers J., Perlemuter L. Diccionario de Enfermería, síntomas y enfermedades exámenes complementarios medicamentos y cuidados. Tomo dos. Barcelona: Masson, S.A., 2003.

SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA.

ALMUDENA GUILLAMÓN FRUCTUOSO.

TAMARA RAFAELA YACOBIS CERVANTES.

ÍNDICE.

- 1. INTRODUCCIÓN……..... PÁG 1-2
- 2. CAUSAS……..…. PÁG 3.
- 3. CONSECUENCIAS…….…. PÁG 4.
- 4. TIPOS DE BURNOUT…… PÁG 5.
- 5. FASES DEL BURNOUT……. PÁG 6.
- 6. TRATAMIENTO……..... PÁG 7.
- 7. BIBLIOGRAFÍA…… PÁG 8

1. INTRODUCCIÓN

- El síndrome de Burnout, descrito por el psi quiatraFreudenberg (1974), considerándolo como una sensación de fracaso y una existencia agotada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.
- Se responsabiliza a este síndrome como el causante de insatisfacción laboral, absentismo, situaciones depresivas, aumento del consumo de alcohol así como de otras drogas, y de alteraciones emocionales y comportamentales
- Más adelante autores como Maslach (1976) intentaron completar la definición considerando, que, el Burnout se configura como un síndrome

1. INTRODUCCIÓN

- Entendemos estas dimensiones de la siguiente manera:
  a) El agotamiento emocional hace referencia a sensaciones de sobreesfuerzo físico ce como consecuencia del contacto con las personas a las que hay que atender.
  b) La despersonalización se refiere a una falta de sentimientos de los profesionales.
  c) Una baja realización personal en el trabajo significa un declive en el sentimiento de competencia y éxito en el trabajo.
- Se ha considerado al personal de enfermería como grupo vulnerable. Las unidades que generan mayor

2. CAUSAS

- Más de ocho horas diarias laborales.
- Mismo ambiente laboral durante años.
- Remuneración económica inadecuada.
- Características de la personalidad de cada profesional.
- Trato con pacientes y familiares[2]

3. CONSECUENCIAS

- Para el trabajador: depresión, accidentes cerebrovasculares, somatizaciones, sensación de frustración, desconcentración, abandono de la profesión o del trabajo.
- Para la empresa: improductividad.
- Para el paciente: relación enfermero-paciente frustrante, ineficaz y potencialmente dañosa.
- Socialmente: fuerte desconfianza y choques

con los efectores de la empresa.[3]

4. TIPOS DE BURNOUT.

- Gillespie diferenció dos tipos de burnout, que surgen por la ambigüedad en la definición del síndrome:

Burnout activo: Caracterizado por el una conducta asertiva. Se relaciona con los factores organizaciones o elementos externos a la profesión.

Burnout pasivo: Predominan los sentimientos de apatía. Tiene que ver con factores internos psicosociales

5. FASES DEL BURNOUT

IDEALISMO Y ENTUSIASMO. La persona se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario

ESTANCAMIENTO. Una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas.

APATÍA. Es la fase central del síndrome burn out. La frustración lleva al individuo al desarrollo de apatía y falta de interés.

DISTANCIAMIENTO: La persona está crónicamente frustrada en su trabajo y puede manifestarse como aislamiento.[5]

6. TRATAMIENTO.

- (Gil-Monte y Peiró, 1997)proponen las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser agrupadas en tres categorías: estrategias individuales, estrategias grupales y estrategias organizacionales
- A nivel individual se recomienda la utilización del entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad, y los programas de entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz.
- A nivel grupal la estrategia utilizada es el apoyo social en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores.
- Por último, el nivel organizacional. La dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización.
- La filosofía que nace de los programas de socialización anticipada es que el choque con la realidad se experimente antes de que el profesional comience su vida laboral. El choque se vivencia en un contexto "de laboratorio" que permite desarrollar estrategias constructivas para enfrentarse con las expectativas irreales que se tienen.
- La implantación de sistemas de evaluación y retroinformación se centran en la planificación de carrera, asigna al evaluador el rol de

BIBLIOGRAFÍA.

- (1)Mª C Solano Ruiz [a], P Hernández Vidal [b], Mª F Vizcaya Moreno [a], A Reig Ferrer [c]; Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos; ELSEVIER; Vol 13,núm 01, enero 2002.
- (2) Abraham, A. (1984). Problemática del diagnóstico de la salud mental del enseñante. En J.M. Esteve (Ed.), *Profesores en conflicto* (pp. 23-35). Madrid: Narcea.
- (3) Belcastro, P.A. (1982). *Burnout* and its relationship to teachers´somatic complaints and illnesses.
- (4) Departamento de Economía Hacienda y Empleo;Gobierno de Aragón; Cepyme; Detección de riesgos psicosociales en la Pyme; Nivel 5, El Burnout.(p 151-152)
- (5)Mansilla Izquiero,F.;El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo; En; Clínica Psicológica V. Mars – Sueca; Capítulo 4
- (6)Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Departamento de psicobiología y psicología social, Universidad de Valencia (p 31-32-33)

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP): VALORACIÓN (SIGNOS Y SÍNTOMAS). ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

Mª CARMEN RIPOLL ESTEBAN

ÍNDICE

1. ¿Qué es?
2. Factores que influyen en la formación de un trombo.
3. Factores de Risgo.
4. Signos y Síntomas.
5. Diagnóstico.
6. Pruebas Complementarias
7. Actuación de enfermería en urgencias

¿QUÉ ES?

TVP + TEP = manifestaciones de la Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV).

La presencia de un trombo con su reacción inflamatoria asociada en el sistema venoso profundo constituye la trombosis venosa profunda (TVP).

El tromboembolismo pulmonar (TEP) consiste en la obstrucción de la arteria pulmonar, o de una de sus ramas, y su causa más frecuente son los trombos hemáticos embolizados desde el sistema venoso de los MMII.

También puede existir obstrucción por tejido tumoral, embolia gaseosa o embolia grasa en pacientes politraumatizados .

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DE UN TROMBO

TRIADA DE VIRCHOW:

- Lesión del endotelio de los vasos
- Lentitud del flujo o estasis sanguínea
- Alteraciones de la coagulación: hipercoagulabilidad

FACTORES DE RIESGO

Edad: superior a 40 años.

Inmovilización.

Cirugía reciente.

ACV reciente.

Historia previa de ETV.

Insuficiencia cardíaca congestiva.

Terapia hormonal sustitutiva.

Viajes en avión de largo recorrido.

Obesidad.

Traumatismos.

Fracturas.

Quemaduras.

Infecciones.

Embarazo.

Puerperio.

Cesárea.

Anticonceptivos.

Policitemia.

HTA.

EPOC

Tabaquismo

Neoplasias

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Disnea brusca e inexplicable.

Dolor torácico pleurítico.

Hemoptisis.

Ansiedad.

Tos.

Taquicardia.

Taquipnea.

Síncope.

Dolor MMII.

Edema MMII.

Calor MMII.

Sibilancias.

Crepitantes.

Ingurgitación yugular.

Shock cardiogénico.

Fiebre / febrícula.

DIAGNÓSTICO

DEBE SER :

- Diferencial.
- Basado en:
  - Clínica
  - Antecedente familiares
  - Antecedentes Personales
  - Exploración física
  - Factores de riesgo
  - Pruebas complementarias.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ECG
- Pruebas de laboratorio.
- Radiografía de tórax
- Eco-doppler de miembros inferiores
- TAC helicoidal
- Gammagrafía pulmonar de ventilación-perfusión
- Arteriografía pulmonar
- Ecocardiografía

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS I

- Informar y explicar al paciente los cuidados y las pruebas que le vamos a realizar.
- Monitorización y observación de constantes vitales (PA, FC, FR, Sat O_2 y temperatura).
- Medición horaria y registro de constantes vitales.
- Posición del paciente: semi-fowler.

- Bajo prescripción médica:
  - Realización de ECG.
  - Canalización de vía venosa periférica.
  - Toma de muestras: analítica (hemograma, bioquímica y coagulación) y gasometría arterial.
  - Administración de Sueroterapia.
  - Oxigenoterapia (mascarilla tipo venturi-ventimask, mascarilla con reservorio).
  - Sondaje vesical con medición de diuresis horaria.

- Administración de medicación:
  - Tratamiento anticoagulante :
    - Heparina de bajo peso molecular (HBPM) como la Enoxaparina.
    - Heparina Sódica: cuando el manejo con HBPM es dificultoso.
    - Fondaparinux.
  - Tratamiento fibrinolítico : Actilyse o Uroquinasa.
  - Analgesia.

- Observar y detectar posibles complicaciones, informando de ellas al médico.
- Registrar todos los procesos de enfermería realizados al paciente (hora y firma).
- Realizar valoración inicial del paciente.
- Si ingresa: realizar valoración de ingreso y asegurar la continuidad de los cuidados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• Guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología. Grupo de trabajo para el manejo y diagnóstico del manejo del tromboembolismo pulmonar. Rev Esp Cardiol. 2008;61(12):1330-52. [Citado 25-11-2014]. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias-clinicas/tromboembolismopulmonar/RafaelRotaechedelCampo

•Quevauvilliers J., Perlemuter L. Diccionario de Enfermería, síntomas y enfermedades exámenes complementarios medicamentos y cuidados. Tomo dos. Barcelona:Masson, S.A., 2003.

• Jiménez L, Monterio F.J. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Barcelona; 2009.

•Proceso Asistencial Integrado. Tromboembolismo pulmonar. Consejería de Salud Andalucía.2ª ed. Andalucía; 2007.

EL DUELO

Ana María Fernández Jiménez
María Valera Aroca
Ana Aroca Martínez

INDICE

1º. Introducción

2º. Incidencia

3º. Etapas del duelo

- Fase de negación
- Fase de ira
- Fase de negociación
- Fase de depresión
- Fase de aceptación

4º. Tipos del duelo

5º. Cuidados sanitarios

6º. Referencias bibliográficas.

1º. INTRODUCCIÓN

La muerte ha sido siempre un tema de reflexión.(1)

A lo largo de la historia se ha cambiado la manera de ver la muerte. En el occidente se puede diferenciar dos momentos, uno previo a la institucionalización hospitalaria, en el que la muerte es aceptada como parte de la vida y otro, a partir de 1930, cuando debido al desarrollo comienza a ser una institución hospitalaria y ésta es conocida como el lugar reservado para morir.(1,2)

Hasta mediados del siglo XX la muerte solía afrontarse en el domicilio familiar y esto hacía que todos lo vivieran de una forman natural.(1)

Actualmente, la medicina se fundamenta en nuevas técnicas capaces de mejorar la calidad de vida de las personas y además son capaces de diagnosticar mejor.(3)

Se estima que, en Europa, se diagnostica alrededor de 1.200.000 nuevos casos de cáncer al año. Sin embargo y a pesar de los continuos avances en la medicina sólo un 50% de estos enfermos son curados.(3)

Para el profesional sanitario, presenciar una muerte es una experiencia frecuente, debido a la institucionalización de la muerte.(4)

Esto hace que el profesional sanitario tenga una importante participación en este proceso, tanto con el paciente como con su familia.(4)

Según la RAE “el duelo es la demostración que se hace para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien”(5)

La palabra duelo proviene del latín “dolos” que significa dolor. Es un proceso doloroso e inesperado en respuesta a la muerte de un ser querido. (6)

Según la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos), el duelo “es el estado de pensamiento, sentimiento, y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática, en la misma medida que lo puede ser una herida o quemadura, y eso hace que siempre sea dolorosa. Como los demás traumatismos, necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal, que es lo que constituye el duelo”.(7)

Mientras que, Carpenito (1987), define el duelo como “estado en el que un individuo o familia experimenta una pérdida real o percibida (persona, objeto, función, estatus, relaciones), o estado en el que un individuo o familia responden al convencimiento de una futura pérdida (duelo anticipado)(8)”

2º. INCIDENCIA

El Instituto Nacional de Estadística (INE) informa que, en el año 2012 se produjeron en España 402.950 defunciones, un 3.9% más que las registradas en 2011. (9)

El grupo de las enfermedades del sistema circulatorio se mantuvo como la primera causa de muerte (responsables de 30,3%), seguida de los tumores (27,5%) y de las enfermedades del sistema respiratorio (11,7%).(9)

Por sexo, los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres (con una tasa de 296,3 fallecidos por cada 100.000) y la segunda en mujeres (con 180,0).(9)

En la actualidad, en el primer semestre de 2015, en España, ha habido un total de 219.742 de defunciones, de las cuales 113.084 eran hombres y 112.840 mujeres. (10)

3º.ETAPAS DEL DUELO

Las reacciones durante el duelo ocurren de forma secuencial. (11)

El modelo más conocido es el de Kübler-Ross (1969) que propuso que los enfermos terminales pasan por cinco fases, las cuales son, negación, ira, negociación, depresión y aceptación. (11)

La duración no es la misma en todas las personas, siguen el orden anteriormente descrito, pero a veces se saltan alguna fase.(12)

El duelo suele durar entre 1 y 2 años.(13)

- 1º. Fase de negación: no son capaces de reconocer la enfermedad como un hecho real, si no que lo atribuyen a errores médicos. (11-13)

- 2º. Fase de ira: Los sentimientos en esta fase son de rabia, resentimiento y hostilidad por haber perdido la salud. Normalmente estos sentimientos los derivan hacia todo el entorno que se percibe como sano ,incluso hacia Dios. Pero también, en algunos casos, puede ser dirigida hacia sí mismo, culpándose por la enfermedad. (11-13)

- 3º. Fase de negociación: Se afronta la culpa y se produce una reconciliación con aquellos hacia los que dirigió la ira. Ahora los ve comprometidos con la recuperación. Se abandona cualquier conducta autodestructiva, siendo mayor el compromiso con la recuperación. (11-13)

- 4º. Fase de depresión: Aquí aparecen los sentimientos de tristeza y vacío, así como la actitud de derrota ante la enfermedad. Muchas veces los mismos pacientes dejan el tratamiento. (11-13)

- 5º. Fase de aceptación: Aceptan la enfermedad, la situación de dolor y sus limitaciones, teniendo una actitud de lucha y supervivencia. (11-13)

4º.TIPOS DE DUELO

El duelo puede comenzar antes o después del fallecimiento, dependiendo también de su duración, Se puede clasificar en: (12)

- 1º.Duelo anticipado: Usado inicialmente por Lindemann, en 1944. Indicaba las fases anticipatorias al duelo (antes del fallecimiento). Es vivido por los enfermos y sus familiares. Fulton 1970, afirma que permite aceptar la realidad de la pérdida de forma gradual, resolver asuntos no acabados con el paciente con enfermedad terminal.(14-17)

2. Duelo retardado, inhibido o negado: Se muestra cuando en las fases iniciales las personas no muestran sus emociones, es decir, no muestran signos de sufrimiento. En este tipo de duelo parece que lo tienen todo controlado. Este duelo es patogénico.(14-17)

3. Duelo crónico: Los familiares sufren este tipo de duelo cuando hay mucha dependencia hacia la persona fallecida. No evoluciona hasta el final al proceso. (14-17)

4º. Duelo complicado: Es el más frecuente en niños y ancianos. Se culpabilizan por lo que ha pasado. Se bloquea el trabajo del duelo durante un tiempo.(14-17)

5º CUIDADOS SANITARIOS

Durante el proceso del duelo deben participar los diferentes especialistas sanitarios con el fin de atender el sufrimiento de los enfermos y su familia al final de la vida.(12)

Se puede dividir en varios niveles, según el grado de actuación:

-Nivel 1: Soporte e información sobre el duelo: Ser compresivos con el paciente y la familia, no quitarle importancia al duelo (cuidado holístico).(18)

-Nivel 2: Acompañamiento: Muchos pacientes o familiares necesitan asesoramiento e incluso una intervención psicológica.(18)

-Nivel 3: Intervención especializada: A este nivel se corresponde familiares con duelo complicado. Aquí entra la labor de los psicólogos.(15,18)

La atención sanitaria ante el duelo debe estar reflejada en las diferentes dimensiones de la persona, y éstas son la dimensión física, psicológica, social y espiritual.(18)

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gala León F.J., Lupiani Jiménez M., Raja Hernández R., Guillén Gestoso C., González Infante J.M., Villaverde Gutiérrez Mª. C. et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. Cuad. med. forense [revista en la Internet]. Octubre 2002 [Citada el 19 de Noviembre de 2015]; (30): 39-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000400004&lng=es

2. Medlineplus [base de datos en internet]. Bethesda]: National Library of Medicine; [Acceso el 15 de Diciembre de 2015] Disponible en: https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/bereavement.html

3. Tuca A, Schoder M, Novellas A;Cuidados paliativos en oncología.Anuario de Psicología[Internet]. 1998 [Citada el 19 de Noviembre de 2015]; Vol 29(4): 35-53. Disponible en: http://revistes.ub.edu/index.php/Anuariopsicologia/article/viewFile/8910/11256

4. Maza Cabrera Maritza, Zavala Gutiérrez Mercedes, Merino Escobar José M. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Cienc. enferm. [Internet]. Abril 2009 [Citada el 21 de Noviembre de 2015]; Vol.15(1): 39-48. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100006&lng=es

5. Real Academia Española. Definición de Duelo. [Internet]. [citada 23 de Octubre de 2015]. Disponible en: http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=duelo

6. Florez SD. Duelo. Anales Sis San Navarra 2002 [Citada el 30 de Octubre de 2015]; Vol. 25 (3): 77-85.

7. SECPAL, Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. [Internet][Citada el 11 de Noviembre de 2015] Disponible en: http://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8-CANCER%20Y%20CUIDADOS-PALIATIVOS/guiacp.pdf

8. Pacheco Borella G, Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. Cultura de los cuidados [revista de internet] 2003[Citada el 11 de Noviembre de 2015]; Vol 2 (14):27-43. Disponible en: http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/181/361

9. INE. Defunciones según la causa de muerte. [Base de datos en internet]. [Actualizada el 31 de Enero de 2014. ;acceso 15 Noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/np830.pdf

10. INE. Defunciones durante los seis primeros meses de 2015 [base de datos en Internet]. [Actualizado en 2015;acceso 15 de Noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do

11. Moral de la Rubia, J. y Miaja-Ávila, M. Contraste empírico del modelo de cinco fases de Kübler-Ross en mujeres con cáncer. Pensamiento Psicológico. 2015 [Citada el 09 de Diciembre de 2015]; Vol. 13 (1):7-25. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v13n1/v13n1a01.pdf

12. Campos Méndez R, Galea Martín T, López de Ayala García C. Guía Clínica, Seguimiento del duelo en Cuidados Paliativos. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud - FundeSalud); Diciembre 2010 [Citada el 09 de Diciembre de 2015] Disponible en: http://periodicoses.saludextremadura.com/upload/4783.PDF

13. Gamo Medina E, Pazos Pezzi P. El duelo y las etapas de la vida. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.[revista de internet]. 2009 [Citada 09 de Diciembre de 2015]; vol.29 (2):455-69. http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16164

14. Canut MTL. Enfermeria Psicosocial y de Salud Mental: Marco conceptual y metodológico. Edicions Universitat Barcelona;20004,141-146

15. Limonero JT, Lacasta M, Garcia J.A, Maté J, Prigerson H.J. Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. Med Pal (Madrid). 2009 [Citada el 10 de Diciembre de 2015]; Vol. 16 (5): 291-297. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/234101905_Adaptacin_al_castellano_del_inventario_de_duelo_complicado

16. Instituto Nacional del Cancer (NCI). Aflicción, duelo y manejo de la pérdida. [Internet][Actualizado el 18 Noviembre de 2011- Citado el 12 de Diciembre de 2015] Disponible en: http://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/cuidadores/planificacion/perdida-pdq#section/all

17. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra[revista de internet] 2007 [citado 15 de Diciembre de 2015]. Vol 30(3)163-173. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es

18. Montoya Juárez Rafael. Aquellos que nos verán morir: Significado y respuesta de los profesionales sanitarios de una residencia de ancianos ante la muerte y los moribundos. Index Enferm [revista en la Internet]. 2006[citado 15 de Diciembre de 2015]; Vol. 15(52-53): 25-29. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100006&lng=es.

ENFERMEDAD GRAVE Y FASE TERMINAL EN PRIMERA PERSONA

Ana Aroca Martínez

Ana María Fernández Jiménez

María Valera Aroca

Índice

1. **Introducción.**

2. **Cuando se padece una enfermedad crónica.**
    - 2.1. Afrontamiento de la enfermedad.
    - 2.2. Respuestas en función de la evolución de la enfermedad.

3. **Cuando la enfermedad está en fase terminal.**
    - 3.1 Actitudes ante la propia muerte.
    - 3.2 Bienestar en enfermos terminales.

4. **El niño ante su enfermedad.**

5. **Declaración de Instrucciones Previas.**

6. **Referencias Bibliográficas**

1. Introducción

La enfermedad es una experiencia ligada de alguna manera al ser humano. Puede estar presente como una amenaza potencial o como una realidad a través de la vivencia personal o la experiencia con personas cercanas.

En cualquier caso, siempre se asocia al sufrimiento físico, social, emocional o a una confluencia de todos ellos, traspasando las fronteras del individuo que lo padece y extendiéndose al entorno familiar y social.

En este capítulo presentamos, de forma más específica, algunas características, experiencias o problemas que pueden aparecer en las personas que padecen una enfermedad crónica y/o terminal.

2. Cuando se padece una enfermedad crónica

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

> "La **enfermedad crónica** se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida"[1].

2. Cuando se padece una enfermedad crónica

- Implica un **deterioro constante y continuo** de la persona afectando a su calidad de vida, en mayor o menor medida. Pueden verse amenazados o deteriorados diferentes aspectos del individuo: autoconcepto, autoimagen, integridad corporal, independencia, autonomía, funciones cognitivas y equilibrio emocional. En muchas ocasiones supone también la **modificación de actividades** laborales y sociales así como una alteración **de las relaciones interpersonales** con las personas más cercanas[2].
- El paciente debe aprender a vivir con la enfermedad poniendo en marcha **nuevos recursos de afrontamiento** y **modificando sus patrones habituales de funcionamiento.**

2. Cuando se padece una enfermedad crónica

2.1. Afrontamiento de la enfermedad

Existen infinitas formas de enfrentarse a la enfermedad, diríamos que tantas como personas la sufren. Pero la mayoría de autores[3,4,5] apuntan que depende fundamentalmente de:

- Conocimiento y conciencia que tiene la persona de su enfermedad.
- Historia personal, características de personalidad y experiencias previas propias o ajenas.
- Consecuencias del padecimiento de la enfermedad, tanto en el sujeto como en el entorno familiar, social y laboral.
- Recursos intrapersonales de afrontamiento

2. Cuando se padece una enfermedad crónica

2.2. Respuestas en función de la evolución de la enfermedad

Durante el proceso que sigue una enfermedad crónica existen diferentes **momentos críticos** para el paciente con una importante repercusión emocional y psicológica, que aunque se han descrito para las personas con enfermedad oncológica[6] consideramos que se pueden ajustar a otras patologías de carácter grave y crónico.

2. Cuando se padece una enfermedad crónica

2.2. Respuestas en función de la evolución de la enfermedad

Así pues, dependiendo de la evolución de la enfermedad nos encontramos con diferentes fases:

- **Fase de diagnóstico**

Se trata de un período de mucha incertidumbre y tanto el paciente como la familia se encuentra en un estado de choque o impacto psicológico intenso. Pueden surgir emociones como la ira, negación, desesperación, culpa,

2. Cuando se padece una enfermedad crónica

2.2. Respuestas en función de la evolución de la enfermedad

- **Fase de tratamiento**

La calidad de vida se puede ver comprometida no solo por la enfermedad sino también por los efectos adversos del tratamiento, que pueden dificultar la adhesión al mismo e incluso provocar su abandono.

Aparece la incertidumbre, los miedos y temores ante las pruebas, las intervenciones quirúrgicas, el malestar físico, posibles ingresos hospitalarios, problemas familiares generados, incertidumbre sobre situación laboral, etc.

2. Cuando se padece una enfermedad crónica

2.2. Respuestas en función de la evolución de la enfermedad

- **Fases de mejoría y estabilidad**

Cuando la evolución de la enfermedad parece pasar un momento de estabilidad y mejoría existe la posibilidad de abandono del tratamiento, pudiendo aparecer, de forma paradójica, un incremento de los niveles de angustia ante las posibles recaídas.

- **Fase de recidiva o empeoramiento**

Cuando se intensifica la sintomatología y se produce un decremento de la salud en el paciente, aparecen estados de ansiedad y depresión, incluso en los familiares, debiendo adaptarse todos al nuevo estado patológico.

2. Cuando se padece una enfermedad crónica

2.2. Respuestas en función de la evolución de la enfermedad

- **Fase final de la vida**

Afloran de nuevo emociones intensas que desbordan a enfermo y familiares: rabia, negación, agresividad, aislamiento, depresión, miedo a la muerte, etc.

Todo es más intenso si se hace más patente cuando la persona se encuentra en las últimas fases de la enfermedad o en un proceso terminal. La situación se hace más difícil y dolorosa, surgen temores y miedos y la calidad de vida está muy deteriorada[2,7,8].

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

Según la OMS y, en la misma línea, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), se denomina **enfermedad en fase terminal** a:

> "Aquella que **no tiene tratamiento específico curativo** o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello **conlleva a la muerte en un tiempo variable** (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente. En una situación en la que **el objetivo no es curar sino cuidar**, proporcionando la máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte"[1,9].

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

Con los **cuidados paliativos**, el abordaje de los pacientes que se encuentran en la última etapa de sus vidas se realiza gracias a una asistencia **multi, inter y transdisciplinar** que debe abarcar la totalidad de las dimensiones de la persona, tanto **aspectos biomédicos como psicológicos y emocionales,** sin olvidar los **sociales y espirituales** que rodean al individuo[4,10].

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

De la misma manera, la definición de **Cuidados Paliativos** que ofrece la OMS hace referencia a:

> "El enfoque que **mejora la calidad de vida de pacientes y familias** que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales"[1].

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.1. Actitudes ante la propia muerte

La muerte es un acontecimiento natural inherente en todos los seres vivos que es inevitable e irreversible. El proceso de morir y la situación terminal de la persona suponen un difícil camino para el individuo y su entorno.

Todos sabemos que la muerte es ineludible, pero es en los enfermos que se encuentran próximos a ella en los que se produce la toma de consciencia real de la muerte. Diferentes aspectos inciden de manera positiva o negativa en las actitudes ante la propia muerte: edad, tipo de enfermedad, educación, creencias religiosas, apoyo familiar, vínculos sociales, lugar de la asistencia, presencia de sintomatología, etc.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.1. Actitudes ante la propia muerte

Existen distintas actitudes ante la muerte: las de aceptación, las de miedo y las de evitación[11].

- **Actitudes de aceptación**, ya descritas en 1994 por Wong, Reker y Gesser[12]:

Aceptación neutral: se expresa un temor normal hacia la muerte y hay una aceptación pasiva de la misma como desenlace final, pero el centro de atención está en la vida. La muerte se ve como un acontecimiento natural.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.1. Actitudes ante la propia muerte

Aceptación de acercamiento: presencia de actitudes caracterizadas por una percepción de felicidad por lo vivido y acercamiento a la muerte como otra etapa más de la vida que también implica bienestar o felicidad. La muerte se asocia a creencias religiosas relacionadas con el paso a una vida mejor, es bienvenida.

Aceptación de escape: la muerte se aprecia como una salida de una existencia dolorosa, liberación del dolor, las preocupaciones o el sufrimiento.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.1. Actitudes ante la propia muerte

- **Actitud de evitación:**

Simplemente no se habla de la muerte y se intenta evitar cualquier pensamiento relacionado.

- **Actitudes de miedo a la muerte**

El sufrimiento psicológico y emocional pivota alrededor del acto de morir pero sobre todo de la agonía final. Según Gala et al[5] el miedo se evidencia de diferentes formas:

Miedo al proceso de agonía: si existirá o no sufrimiento físico o psíquico. La incertidumbre, el miedo al dolor, a no poder despedirse.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.1. Actitudes ante la propia muerte

Miedo a la pérdida de control: el proceso terminal produce un aumento de la dependencia de los demás y en último término pueden ser otras personas quienes tomen las decisiones sobre uno mismo. Pueden mostrarse recelosos a la toma de medicación que les pueda producir deterioro cognitivo y pérdida de autonomía.

Miedo al futuro de las personas más cercanas tras su muerte: preocupación por su pareja, sus hijos, etc. También preocupación por el funcionamiento de su hogar, de su negocio.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.1. Actitudes ante la propia muerte

Miedo al miedo de los demás: la inquietud que genera ver la preocupación o temor en los demás. El sufrimiento de las personas queridas genera temor y angustia en el paciente.

Miedo a la soledad y al aislamiento, sobre todo en el momento de morir.

Miedo a lo desconocido: ¿qué sentiré?, ¿qué ocurrirá después?

Miedo al significado de la propia vida: si no se encuentra un significado y la vida ha resultado insatisfactoria probablemente el proceso de morir suscitará mayor temor.

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.1. Actitudes ante la propia muerte

Diferentes estudios coinciden en que aquellos adultos mayores que creen haber cerrado asuntos pendientes consigo mismos, con los otros o con la vida y que mantienen una idea satisfactoria e integradora acerca de su trayectoria vital, manifiestan una actitud de aceptación de acercamiento al final de la vida y ante su muerte[11,13].

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.2. Bienestar en enfermos terminales

Las principales **causas de bienestar** en pacientes en situación terminal son[10,14]:

- Ausencia de malestar general.
- Control de síntomas físicos percibidos como desagradables o amenazantes (dolor, náuseas, vómitos, etc.).
- Interacciones psicosociales agradables con familiares y amigos (recibir visitas, compañía, compartir momentos significativos, etc.).

3. Cuando la enfermedad está en fase terminal

3.2. Bienestar en enfermos terminales

- Realizar actividades agradables y/o distractoras (pasear, leer, ver la televisión, etc.).
- Reducción o eliminación de las preocupaciones.

Como ya se ha mencionado, los cuidados paliativos deben proporcionar y facilitar estos aspectos positivos que provocan el bienestar en los enfermos durante su última etapa vital.

4. El niño ante su enfermedad

Es necesario hacer una mención puntual sobre el afrontamiento del niño de su proceso de enfermedad y su actitud ante la muerte.

En gran medida, el niño afrontará la situación en función de cómo responda el propio entorno a los cambios y de acuerdo al momento evolutivo en el que se encuentre.

Durante el desarrollo de la enfermedad, el niño probablemente habrá tenido que superar muchas situaciones desagradables y dolorosas debiendo contar con apoyo emocional y físico de sus allegados, proporcionándole la seguridad que precisa.

4. El niño ante su enfermedad

De igual manera que los adultos, los niños necesitan expresar sus temores, preocupaciones, deseos y emociones.

El adulto debe ser capaz de escucharlo y responder a sus dudas con sinceridad, adaptándose siempre a la etapa de desarrollo y edad en la que el niño se encuentra[5].

5. Declaración de Instrucciones Previas

Como punto final del capítulo, queremos hacer alusión a la posibilidad que tiene toda persona en España que sea **mayor de edad**, **capaz, libre** y que **no se encuentre judicialmente incapacitada**, de realizar una declaración de instrucciones previas. Dicho documento está regulado por las diferentes Comunidades Autónomas, en el caso de Murcia en el Decreto nº 80/2005, de 8 de julio.

5. Declaración de Instrucciones Previas

Se entiende por Instrucciones Previas:

> "Aquel documento en el que una **persona manifiesta de forma anticipada los deseos o instrucciones** que, **sobre las actuaciones médicas**, se deberán tener en cuenta en caso de encontrarse en una situación en la que las circunstancias no le permitieran expresar libremente su voluntad.
>
> Este documento sirve para que tales deseos **sean respetados y cumplidos por el médico o el equipo sanitario** que intervienen cuando la persona que ha otorgado el documento se encuentre imposibilitada de manifestar su voluntad por deterioro físico o psíquico"[15].

5. Declaración de Instrucciones Previas

El declarante puede incluir las siguientes manifestaciones o declaraciones:

- “Expresión de su **proyecto vital y valores personales de calidad de vida**, a fin de ayudar en su día a la interpretación del propio documento y para que sirvan de orientación a los médicos en el momento de tomar las decisiones clínicas que afecten al otorgante del documento.

5. Declaración de Instrucciones Previas

– Instrucciones sobre el **alcance del tratamiento médico** de la persona que otorga el documento, ya se refieran a una concreta enfermedad o lesión que padezca en el momento de otorgarlo o a otras que pueda padecer en el futuro. Puede también **indicar intervenciones médicas que desea recibir** en caso de enfermedad, siempre que sean acordes con la buena práctica clínica, y puede también señalar aquellas **que no desea recibir.**

5. Declaración de Instrucciones Previas

- En el documento de instrucciones previas podrá hacer constar la **decisión respecto a la donación de órganos.**
- Se podrán dar instrucciones sobre el **destino del cuerpo** tras el fallecimiento, asistencia religiosa a recibir y lugar donde se presten los últimos cuidados.
- Nombramiento de un **representante** del otorgante del documento”[15].

6. Referencias bibliográficas

1.Organización Mundial de la Salud. Definition of palliative care [Internet] [citado 23 Oct 2015]. Disponible en: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

2.Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas: perspectivas en Psicología. 2005; 1(2): 125-137

3.Alonso C, Bastos A. Intervención psicológica en personas con cáncer. Clínica Contemporánea. 2011; 2(2): 187-207.

4.Arranz P, Barbero JL, Barreto P, Bayés R, editores. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas; 2003.

5.Gala F., Lupiani M, Raj, R, Guillen C, Gonzále, J, Villaverde MC et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense. 2002; 30: 39-50.

6.Malca, B. Psicooncología: abordaje emocional en oncología. P&B. 2005; 9(2): 64-67.

7.Fonseca M, Schlacl C, Mera E, Muñoz O, Peña J. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. Rev Chil Cir. 2013; 65 (4): 321-328.

8.Delgado MC, Prieto ME, Forjaz MJ, Ayala A, Rojo F., Fernández G et al, editores. Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario EQ-5D: estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. Rev. Esp. Salud Pública. 2011; 85 (6): 555-568.

6. Referencias bibliográficas

9.Buigues F, Torres J, Mas G, Femenía M, Baydal R. Paciente terminal. Guía de actuación clínica en Atención Primaria [Internet] [citado 20 Oct 2015]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf

10.Limonero JP. Evaluación de necesidades y preocupaciones en enfermos en situación terminal. Rev. Psicología de la Salud. 2001; 13: 63-77.

11.Álvarez LY, Flórez Z. Actitudes hacia la muerte en un grupo de adultos intermedios y mayores con enfermedad crónica (hipertensión, diabetes y cáncer) en la ciudad de Bucaramanga. Revista Colombiana de Psicología. 2007; 17: 75-82.

12.Wong P, Reker G, Gesser G. Death attitudes profile-Revised. En: Neimeyer RA, editor. Death anxiety Handbook: Research, instrumentation and application. Washington: Taylor & Francis; 1994. p. 121-148.

13.Neimeyer, R, Wittkowski J, Moser R. Psychological Research on Death attitudes: An overview and evaluation. Death Studies. 2004; 28: 309-340.

14.Bayés R, Limonero JT, Barreto P, Comas M. ¿Qué aumenta el bienestar del enfermo? En Libro de resúmenes del II Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Santander: SECPAL; 1998.

15.Guía explicativa de la normativa regional del documento de instrucciones previas. Programa de seguridad del paciente en la Región de Murcia [citado 23 Oct 2015]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=78225#uno

MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS.

FERNANDO ARENCIBIA RUIZ

- Los cuidados paliativos son aquellos que se le prestan a toda persona y familia aquejada de una enfermedad terminal, degenerativa, crónica, etc, con el objetivo de minimizar, aliviar o reducir, los síntomas y los efectos secundarios de la enfermedad o tratamiento, también se tratan problemas emocionales, sociales y espirituales que la enfermedad plantea, con el objetivo de facilitarle una mejor calidad de vida y una muerte digna. Este tipo de patología, trae consigo un grupo de sintomatología y problemas físicos, psíquicos, que deben ser tratados con medicamentos con el objetivo de reducir al máximo su efecto sobre la persona o familia. Es a partir de aquí cuando comienza el TRATAMIENTO PALIATIVO, el cual les describiré a lo largo de dicho capitulo, los diferentes medicamentos utilizados para mejorar el confort de la persona y familia afectada.

- NOTA. El Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales recomienda que se consideren esenciales todos los fármacos citados en *Cancer Pain Relief: with a Guide to Opioid Availability,* 2a edición. Ginebra: OMS 1996. Estos fármacos están incluidos en las secciones correspondientes de la Lista Modelo según su uso terapéutico, por ejemplo los analgésicos.
- Los cuidados paliativos incluyen el alivio del dolor y de los síntomas como disnea, agitación y confusión, anorexia, estreñimiento, prurito, náusea y vómitos, e insomnio. Hay que animar a las autoridades sanitarias para que desarrollen sus propios servicios de cuidados paliativos.
- El alivio del dolor se puede conseguir con fármacos y terapias neuroquirúrgicas, psicológicas y conductuales adaptadas a las necesidades individuales del paciente. Si se realizan de manera correcta, muchos pacientes con dolor oncológico pueden obtener un alivio eficaz. Es preferible tratar el dolor con una combinación de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Algunos tipos de dolor responden bien a una combinación de un analgésico opiáceo y uno no opiáceo. Otros tipos de dolor mejoran con la combinación de un corticoide y un opiáceo. El dolor neuropático con frecuencia presenta una baja respuesta a los opiáceos y no opiáceos, pero se puede aliviar con antidepresivos tricíclicos y anticonvulsivos (véase después). Los pacientes con cáncer sufren con frecuencia ansiedad, y pueden padecer depresión. Los pacientes muy ansiosos o profundamente deprimidos pueden necesitar un fármaco psicotrópico adecuado además de un analgésico. Si no se tiene en cuenta este hecho, el dolor puede ser intratable.

- En la mayoría de pacientes, el dolor oncológico puede ser aliviado con analgésicos:
- • **por vía oral:** si es posible, los analgésicos se deben administrar por vía oral. Los supositorios por vía rectal son útiles en pacientes con disfagia, vómitos intratables u obstrucción gastrointestinal. La infusión subcutánea continua es una vía alternativa.
- • **a intervalos regulares:** los analgésicos son más eficaces para prevenir el dolor que para aliviar un dolor establecido, por lo que las dosis se deben administrar a intervalos regulares y tituladas según el dolor del paciente; si el dolor aparece entre dosis, se recomienda administrar una dosis de rescate, y la siguiente dosis incrementada.
- • **según la escala:** el primer paso es administrar un analgésico no opiáceo como el **ácido acetilsalicílico**, **paracetamol** o **ibuprofeno**, si es necesario con un fármaco adyuvante. Si no se consigue un alivio del dolor, se añade un opiáceo para el dolor leve o moderado como la **codeína**. Cuando esta combinación no consigue aliviar el dolor, se debe sustituir por un opiáceo para el dolor moderado o grave como la **morfina**.
- • **individualizado:** no hay dosis estándar para los fármacos opiáceos. El intervalo para la morfina oral es desde 5 mg hasta más de 100 mg cada 4 horas.
- • **con minuciosidad:** la primera y la última dosis del día debe estar relacionada con el momento de levantarse y acostarse del paciente. Idealmente, se debe escribir toda la pauta farmacológica para el paciente y su familia. Hay que advertir al paciente sobre los posibles efectos adversos.

- **Fármacos para el dolor neuropático**
- El dolor neuropático suele responder a un antidepresivo tricíclico, como la **amitriptilina** , o a un anticonvulsivo como la **carbamacepina** o el **valproato sódico** la **ketamina** o la **lidocaína** por infusión intravenosa pueden ser útiles en algunas circunstancias. El dolor neuropático responde sólo parcialmente a los opiáceos, pero éstos se pueden considerar una alternativa en caso de fracaso de otras opciones. Puede ser necesario un corticoide, sobre todo para reducir la presión y aliviar el dolor en caso de compresión nerviosa.

- Diphenhydramina
- 25 mg comprimidos Nausea
- 50 mg/ml inyectable Vómito
- Fentanilo
- 25 microgramos/hr Dolor - moderado a severo
- (parche transdérmico) 50 microgramos/hr
- Gabapentina
- 300 mg o 400 mg comprimidos Dolor neuropático
- Haloperidol
- 0.5 - 5 mg comprimidos Delirio - Trastornos psicóticos
- 0.5 - 5 mg gotas Nausea
- 0.5 - 5 mg/ml inyectable Vómito
- Agitación terminal
- Butilbromuro de hioscina
- 20 mg/1ml solución oral Nausea
- 10 mg comprimido Congestión respiratoria terminal
- 10 mg/ml inyectable Dolor visceral
- Vómito
- Ibuprofeno
- 200 mg comprimidos Dolor - leve a moderado - Analgésicos no opiáceos y AINEs
- 400 mg comprimidos

- Morfina Liberación inmediata:
- 10-60 mg comprimidos Dyspnea 2.2 - Analgésicos opiáceos
- Liberación inmediata:
- 10mg/5ml solución oral Dolor - moderado a severo
- mediataLiberación
- inmediata: 10 mg/ml inyectable
- Liberación prolongada:
- 10 mg comprimido
- Liberación prolongada:
- 30 mg comprimido
- Octreotide
- 100 mcg/ml inyectable Diarrea
- Vómito
- Sales de rehidratación oral Diarrea 17.5.1 - Rehidratación oral
- Oxycodona
- 5 mg comprimido Dolor - moderado a severo
- Paracetamol (Acetaminofen)
- 100-500 mg comprimidos Dolor - leve a moderado 2.1 - Analgésicos no opiáceos y AINEs
- 500 mg supositorios rectales
- Prednisolona
- 5 mg comprimido Anorexia 3 - Antialérgicos y anafilaxia
- (como alternativa a Dexamethasone) 8.3 - Hormonas y antih
  - Agentes anti inflamatorios
- Sen (senósidos)
- 8.6 mg comprimido Estreñimiento 17.4 - Laxantes

Tramadol
50 mg comprimidos/capsulas Dolor - leve a moderado
100mg/1ml solución oral
50mg/ml inyectable
Trazodona
25-75 mg comprimidos Insomnio
50 mg inyectable
Zolpidem
(Aún bajo patente) 5-10 mg comprimidos Insomnio
Complementario : Requiere de entrenamiento y/o métodos de aplicación especiales

- Dosis limitada por los efectos secundarios

** Alternativas a la amitriptilina y los antidepresivos tricíclicos (debe tener por lo menos una droga además de la dexametasona)
*** Para uso breve en insomnio
Notas:
Las Benzodiazepinas no deben ser utilizadas en los ancianos
Los Anti Inflamatorios no Esteroideos (AINEs) deben ser utilizados por periodos cortos de tiempo
NINGUN GOBIERNO DEBE APROBAR MORFINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA, FENTANYL NI OXYCODONA SIN GARANTIZAR TAMBIEN LA DISPONIBILIDAD DE MORFINA DE liberacion inmediata.

- **MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS**
- **medicamentos anti-inflamatorios no-opioides y no esteroideos (NSAIMs)**
- ácido acetilsalicílico
- ibuprofeno
- paracetamol *
- **Analgésicos opioides**
- codeína
- morfina **
- Alternativas limitadas a la hidromorfona y a la oxicodona.
- **Medicamentos para otros síntomas comunes en los cuidados paliativos**
- amitriptilina
- cyclizine
- dexametasona
- diazepam
- docusato sódico
- fluoxetina
- haloperidol
- hioscina butilbromuro
- lactulosa
- loperamida
- metoclopramida
- midazolam
- ondansetron
- senna

Respuesta de familiares ante un proceso de enfermedad grave y/o terminal

María Valera Aroca

Ana Aroca Martínez

Ana María Fernández Jiménez

ÍNDICE

1. **INTRODUCCIÓN**

2. **REACCIONES Y EMOCIONES ANTE UNA ENFERMEDAD**

3. **REACCIONES FAMILIARES**
   3.1. ¿Cómo vive una pareja la muerte de su cónyuge?
   3.2. ¿Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal?
   3.3. ¿Cómo afrontan los niños y adolescentes la muerte de un familiar?

4. **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades terminales y crónicas se han convertido, a lo largo del tiempo y en todo el mundo, en uno de los problemas de salud más importantes puesto que comprenden una de las principales causas de muerte, destacando entre todos ellos el cáncer [1].

1. INTRODUCCIÓN

Una **enfermedad terminal**, tal y como viene definido en el Diccionario de la Real Academia Española, es una situación grave e irreversible en la que se encuentra un enfermo o paciente cuya muerte se prevé muy próxima.

Por otro lado, como **enfermedad grave** se considera a cualquier dolencia o lesión que incapacite temporalmente a una persona para el desarrollo de su actividad habitual durante al menos tres meses, y que requiera intervención clínica de cirugía mayor o tratamiento en un centro hospitalario.

1. INTRODUCCIÓN

El padecimiento de una enfermedad crónica, máxime cuando el proceso es terminal, requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva un desgaste, sobre todo del cuidador principal, y puede suponer situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros de la familia.

En la etapa final adquiere gran importancia la intervención de los profesionales sanitarios, no sólo como apoyo instrumental sino también como apoyo social pudiendo abordar el duelo durante todo el proceso terminal, sin esperar al desenlace final, preparando a la familia y al propio paciente para afrontar la pérdida [2].

1. INTRODUCCIÓN

Cuando nos enfrentamos a una de estas dos situaciones, una enfermedad grave o terminal, se emprende un camino que hasta entonces era desconocido y negado, provocando diversas **reacciones emocionales**, no solo en la persona que padece la enfermedad sino también en su círculo familiar [3].

En nuestra cultura, la ansiedad y el miedo son las respuestas más frecuentes asociadas a la muerte, pudiendo aparecer con mayor o menor peso en función de que se trate de la muerte propia, de un familiar, amigos o conocidos, dependiendo también de la historia personal y el estilo de afrontamiento ante las pérdidas o cambios [4].

2. REACCIONES Y EMOCIONES ANTE UNA ENFERMEDAD

Cuando se recibe una mala noticia, es normal que aparezcan emociones negativas, las cuales, por lo general, son comunes a todas las personas ante dicha situación. Existen numerosas reacciones en estos casos, destacando entre ellas las siguientes [3,5]:

• Shock o fase de crisis: en esta fase aparece fragilidad y vulnerabilidad, confusión, sentimientos de inseguridad y peligro. La persona necesita tiempo para asimilar lo que le está pasando. Es una fase que dura desde unos días a varias semanas.

2. REACCIONES Y EMOCIONES ANTE UNA ENFERMEDAD

• Negación: la persona tiende a negar que tiene dicha enfermedad, se vuelve reacia a aceptarlo, refiriendo que ha tenido que ser un error.

• Tristeza, depresión, llanto, impotencia y miedo: poco a poco la persona se hace consciente de la enfermedad que tiene y de todo lo que ello conlleva.

• Aceptación: una vez se ha asumido la enfermedad y con ayuda de los diversos tratamientos que se lleven a cabo, la persona siente cierto alivio al estar ayudando y contribuyendo al tratamiento y posible mejora de su enfermedad.

2. REACCIONES Y EMOCIONES ANTE UNA ENFERMEDAD

• Culpa: moralmente, estos pacientes sienten que sufren esa enfermedad porque se lo merecen.

• Incertidumbre: no saben lo que les va a ocurrir, tienen miedo por el futuro, por lo que les espera y por lo que la enfermedad les puede provocar.

• Rabia/agresividad: por lo general va dirigida hacia el personal sanitario y ámbito social más cercano, al que culpan de lo que les ocurre.

• Ansiedad: debida a una preocupación excesiva por lo que está ocurriendo y pueda suceder en un futuro.

3. REACCIONES FAMILIARES

Además de estas reacciones, comunes a todos cuando somos conocedores de una mala noticia, existen diferentes reacciones en función de la edad con la que recibamos dicha noticia y de acuerdo al parentesco que se tenga con la persona que presenta la enfermedad. A continuación, se van a detallar de manera separada, algunas de las diferentes reacciones planteadas, así como los sentimientos que se dan en ese familiar y cómo ve y vive desde su punto de vista la enfermedad.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.1. Cómo vive una pareja la muerte de su cónyuge

La pérdida por muerte de la pareja se encuentra en primer lugar de los acontecimientos vitales estresantes y se relaciona con el desarrollo de la enfermedad física, tal y como detallan investigadores de Colmes y Rahe. Por ello, resulta de gran importancia desarrollar una atención adecuada con el objetivo de evitar los posibles riesgos [6].

3. REACCIONES FAMILIARES

3.1. Cómo vive una pareja la muerte de su cónyuge

Cuando fallece un cónyuge, sobretodo en edades avanzadas, el proceso del duelo se ve inmerso en sentimientos de dolor y pena por la pérdida, aturdimiento y temor e incluso culpa y rabia por ser la persona que aún permanece viva. Por otro lado, puede aparecer dolor físico y emocional, llantos frecuentes, problemas de concentración y para dormir, pérdida de interés en las comidas y dificultad para tomar decisiones [7].

3. REACCIONES FAMILIARES

3.1. Cómo vive una pareja la muerte de su cónyuge

Todas estas emociones son normales, pero es importante tener presente que si se prolongan en el tiempo, pueden llegar a ser perjudiciales para la salud creando ansiedad y depresión que habría de ser tratada. A raíz de esta pérdida, la persona se encuentra en una situación en la que tiene que reordenar su vida [7].

3. REACCIONES FAMILIARES

3.1. Cómo vive una pareja la muerte de su cónyuge

Estos duelos siguen una serie de fases, comunes a cualquier pérdida. Pero hay que destacar diversos factores específicos en la pérdida de la pareja, que influyen en el tiempo que dura este proceso, el cual fluctúa entre los 6 meses y los 2 años. Entre estos factores se encuentran la personalidad de la pareja y su forma de vivir la pérdida, el aspecto cognitivo ante esa pérdida, sus recursos propios como la autoestima o forma de afrontar los problemas y por último, el grado de importancia de la relación y la fase en la que se encuentra en el momento de la pérdida, puesto que el apoyo social de amigos y familiares es clave para superar el dolor [6].

3. REACCIONES FAMILIARES

3.1. Cómo vive una pareja la muerte de su cónyuge

En personas mayores, la enfermedad grave o la muerte del cónyuge puede repercutir de forma negativa en la salud del otro miembro de la pareja hasta el punto de poder acelerar su fallecimiento. Esto se ve reflejado científicamente en un estudio realizado con más de un millón de personas mayores de 65 años, en el que se evidencia el llamado “efecto viudedad” y la relación que tiene el riesgo de sufrir dicho efecto con la enfermedad que padezca el cónyuge [8].

3. REACCIONES FAMILIARES

3.1. Cómo vive una pareja la muerte de su cónyuge

Un estudio realizado en 2006 por el Instituto Nacional del Envejecimiento, puso en evidencia que alrededor de un 16% de las personas mayores que pierden a su pareja viven una tristeza crónica, mostrando sintomatología depresiva destacable hasta los 18 meses después de la pérdida.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

Los cuidados paliativos en pediatría han ido adoptando un modelo más amplio que en el adulto, aceptando al mismo tiempo el tratamiento curativo y paliativo no considerándolos mutuamente excluyentes. En 2002 Children's Hospice Internacional desarrolló un programa de atención para el niño y su familia desde el diagnóstico hasta el seguimiento del duelo denominado "Cuidado todo incluido para el niño y su familia" [9].

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

La mayoría de la investigación en este campo se centra en el cáncer pediátrico por ser la segunda causa de mortalidad infantil en los países desarrollados. Por ello gran parte de la información aportada en este apartado hace referencia a esta patología aunque su aplicación pueda hacerse extensible a cualquier otra enfermedad terminal infantil.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

Ante una enfermedad infantil grave y/o terminal los cambios en la dinámica familiar son evidentes, a veces impredecibles y disruptivos. Se producen modificaciones de las rutinas familiares como asignación de roles, división de las tareas, comidas, actividades lúdicas, etc. Se alteran las prioridades y los planes tanto particulares como de la familia en su conjunto. Suelen surgir cambios en el modo en que se expresan las emociones, modificándose el estilo emocional de la familia [10].

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

Las diferentes reacciones familiares están en función de las características de la enfermedad del niño: según si la aparición ha sido aguda o gradual, el curso progresivo o con recaídas, con pronóstico de curación, acortamiento de la vida o muerte, si se encuentra en un momento de crisis, crónico o terminal. Las respuestas familiares son muy diversas y dependientes, en gran medida, del momento o fase de la enfermedad en la que se encuentre el niño [10].

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

EN LOS PADRES

Las reacciones más frecuentes de los padres al conocer el diagnóstico de una enfermedad grave en sus hijos y durante su evolución son [11,12]:

- Bloqueo inicial, sensación de irrealidad ante el diagnóstico e incertidumbre acerca de la evolución
- Preocupación por cómo se le va a comunicar al niño la enfermedad y el sufrimiento que ésta puede acarrearle.
- Sobreprotección hacia el hijo enfermo, seguramente por la creencia de que deben compensarle por el sufrimiento de la enfermedad.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

- Sentimiento de vulnerabilidad e impotencia al no verse capaces de protegerlos, ocasionando en ellos sentimientos de culpa.
- Es frecuente que los padres presenten insomnio, sintomatología ansiosa/depresiva y pensamientos recurrentes sobre las secuelas de la enfermedad y la muerte del hijo enfermo.
- Aparición de miedos y duelo anticipado ante el empeoramiento clínico.
- Se agravan problemas conyugales existentes o pueden surgir nuevas desavenencias.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

En la fase terminal los padres pueden sentir que el esfuerzo realizado hasta ese momento ha sido en vano, reagudizándose los sentimientos de ira, culpa, tristeza, etc.
En este sentido, diferentes investigaciones apuntan a que la percepción de apoyo social produce un impacto positivo y significativo como estrategia de afrontamiento en los diferentes momentos del proceso [11,13]:

- En la fase inicial de diagnóstico los padres demandan más apoyo informativo por parte de los profesionales sanitarios.
- Según avanza la enfermedad el apoyo instrumental y social se hace más prioritario.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

EN LOS HERMANOS

La enfermedad también tiene repercusiones en los otros hijos de la familia.

La dedicación paterna y los cuidados especiales que requiere el niño enfermo pueden convertirse en fuentes generadoras de enfado, ira, celos, aislamiento, etc. en los hermanos, siendo más relevante en los períodos de hospitalización e incrementándose la sensación de abandono [12].

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

Los hermanos son testigos del cambio que se produce en su hermano enfermo (deterioro físico y funcional, dolor, etc.), pueden no comprender el proceso y presentar temor a perderlos. En el ámbito familiar se modifican las rutinas, centrándose la atención en el niño enfermo y los hermanos quedan en un segundo plano [14].

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

Por ello, es habitual que aparezca en los hermanos:

- Sentimiento de culpa por permanecer sano
- Sentimientos negativos y/o contradictorios hacia el hermano enfermo
- Miedo al contagio y a enfermar ellos también
- Manifestar conductas inadecuadas o disruptivas para captar la atención parental

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

Así por ejemplo, un estudio realizado por Kaplan y col. (2013) en hermanos de niños con cáncer puso en evidencia:

- Supone una experiencia traumática → el 60% experimentan reacciones moderadas o severas de estrés postraumático: perciben la situación como amenazante y sienten miedo o impotencia, reexperimentan situaciones desagradables, presentan conductas de evitación o hiperactivación.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.2. Qué ocurre cuando es un niño el que padece una enfermedad grave o terminal

- Interfiere en el funcionamiento normal del niño → el 74% manifestaron aparición o incremento de problemas en diferentes ámbitos: escolar, actividades de ocio, relaciones con los amigos y relaciones familiares.

- Aparecen síntomas de ansiedad y depresión → nerviosismo, irritabilidad, conductas disruptivas, aislamiento, tristeza, etc.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.3. Cómo afrontan los niños y adolescentes la muerte de un familiar

La actitud ante la muerte va a depender en gran medida del momento evolutivo en que se encuentre el niño. En función de la edad y la etapa de desarrollo, la comprensión y del concepto de muerte va modificándose [4]:

3. REACCIONES FAMILIARES

3.3. Cómo afrontan los niños y adolescentes la muerte de un familiar

- Infancia →: hasta los dos años el niño no tiene concepto de muerte y no suelen producirse reacciones importantes, a partir de los 3-4 años aparece el sentimiento de desamparo y el miedo a que se produzca abandono. Pueden mostrarse perplejos, comportamientos de regresión, sentimientos de ambivalencia, pueden expresar su dolor a través de los juegos.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.3. Cómo afrontan los niños y adolescentes la muerte de un familiar

- Niñez → a partir de los 5-6 años aparece el miedo a la muerte aunque no se percibe como un proceso definitivo sino reversible (por ejemplo: "está en el cielo") pudiendo desencadenarse, ante la misma, comportamientos agresivos, desobediencia, disminución del rendimiento escolar, etc.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.3. Cómo afrontan los niños y adolescentes la muerte de un familiar

- Pre y adolescencia → concepto de muerte semejante al adulto, se identifica la muerte como definitiva y se incorpora la posibilidad de la propia muerte. También se asocia a los procesos terminales (sufrimiento, dolor, soledad) debiendo prestar especial atención a la identificación del adolescente con el fallecido y una posible actitud suicida.

3. REACCIONES FAMILIARES

3.3. Cómo afrontan los niños y adolescentes la muerte de un familiar

Los adultos intentan amortiguar los efectos de las pérdidas o la muerte en los niños y se sienten angustiados ante la demanda de información infantil. Esto puede provocar que el niño deje de preguntar, lo que no significa que su deseo de saber quede calmado. Cuando esto ocurre el niño inventa sus propias teorías teñidas de miedos, más o menos acertadas, y creando sus propias defensas y fantasías (negación, culpa, tristeza, etc.)

3. REACCIONES FAMILIARES

3.3. Cómo afrontan los niños y adolescentes la muerte de un familiar

Por ello la información que se le ofrezca debe ser siempre adaptada a cada niño, a su desarrollo cognitivo, al momento evolutivo en el que está y siempre de forma sincera y honesta. Es importante integrar a los niños más mayores y adolescentes a los ritos de despedida y ofrecerles la posibilidad de participar activamente [15].

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Valle I, Nafría Soria. Ruta de consulta del paciente oncológico. En: Endo Ediciones, editor. Manual de Rutas de Cuidados al paciente adulto en urgencias y hospitalización médica. 1ª ed. Madrid: Fuden; 2012. P.402-409.
2. Fuentes MC, Maya MU. Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. Anales Sis San Navarra. 2001; 24 (2): 83-92.
3. Celso Iglesias. Psicología Médica. Aspectos psicológicos ante la enfermedad y la muerte [internet]. Asturias: Universidad de Oviedo; 2013 [acceso 15 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/PSICOLOGIAMEDICA/2012-13/22PM-ENF-MUERTE.pdf
4. Gala F, Lupiani M, Raj, R, Guillen C, Gonzále, J, Villaverde MC et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense. 2002; 30: 39-50.
5. Asociación Española Contra el Cáncer [sede Web]; 2015 [actualizado 5 de agosto de 2015; acceso 15 de octubre de 2015]. Sobre el cáncer. ¿Cómo enfrentarse a la enfermedad? Pautas para pacientes. Ante la enfermedad [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: https://www.aecc.es/SobreElCancer/EnfrentarseA/pautasparapacientes/antelaenfermedad/Paginas/antelaenfermedad.aspx
6. Urbano E. Duelo. Psicología y Coaching Psicoarea [sede Web]. Guía de autoayuda personal, problemas de pareja y familiar; 2006 [acceso 15 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.psicoarea.org/duelo.htm
7. Instituto Nacional sobre el Envejecimiento [sede Web]. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; 2013 [actualizado 22 de enero de 2015; acceso 15 de octubre de 2015]. El duelo por la muerte de un cónyuge [aproximadamente 6 pantallas]. Disponible en: https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/duelo-muerte-conyuge

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. Sanz Ortiz J. El suelo al perder a la pareja [monografía en Internet]. Santander: Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla); [acceso 27 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo10.pdf
9. Chirino-Barceló YA, Gamboa JD. Cuidados paliativos en pediatría. Bol Med Hosp Infant Mex. 2010; 67: 270-280.
10. Grau C, Espada MC. Percepción de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. Psicooncología. 2012; 9 (1): 125-136. doi: 10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39142
11. Pozo C, Bretones B, Martos MJ, Alonso E, Cid N. Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. Rev Latinoam Psicol. 2015; 47(2): 93-101.
12. Méndez X, Orgilés M, López-Roig S, Espada JP. Atención psicológica en el cáncer infantil. Psicooncología. 2004; 1 (1): 139-154.
13. Estévez R., Oliva A, Parra, A. Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. Rev Latinoam Psicol. 2012; 44(2): 39-53. doi.org/10.14349/rlp.v44i2.1030
14. Kaplan LM, Kaal KJ, Bradley L, Aldelfer MA. (2013). Cancer-related Traumatic Stress Reactions in siblings of children with cancer. Families, Systems, & Health. 2013; 31 (2): 205–217. doi: 10.1037/a0032550
15. Cid-Egea L. Explícame qué ha pasado: Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños. 1ªed. Madrid: Fundación Mario Losantos del Campo; 2011.

CONTROL DE SINTOMAS.

VANESA ARCIS BARRANCO
BEATRIZ VERDÚ

1. Introducción

Definimos *Síntoma* como aquello que un paciente de manera subjetiva percibe como algo anómalo en su organismo (ej: dolor, nausea, disnea…)

Los síntomas en la enfermedad terminal se determinan por ser múltiples, intensos, multifactoriales y cambiantes. Unos se podrán eliminar o controlar (dolor, disnea…) en cambio otros habrá que enseñar al enfermo a convivir con ellos (disenea, limitaciones funcionales…)

El control de síntomas es un elemento esencial y fundamental en los cuidados paliativos.

2. Control de síntomas

Podemos resumir la estrategia con base científica para alcanzar un buen control de síntomas resumido en las siglas “EMA” (Twycross R, 2003):

- **E**valuación y **E**xplicación.
- **M**anejo terapéutico y **M**onitoreo.
- **A**tención a los detalles.

2.1 evaluación

Primero evaluar antes de tratar:

- Saber que causas provocan los síntomas, ya que no siempre el cáncer es la causa de los síntomas. La etiología de un síntoma se puede incluir en estas 4 categorías:
    - El cáncer por si mismo
    - El tratamiento implementado
    - Situaciones relacionadas al cáncer
    - Patología concurrente.
- Evaluar la intensidad de los síntomas mediante escalas numéricas, analógico-visuales, etc.
- Impacto físico y emocional y significado del paciente.
- Factores que provocan o aumentan cada síntomas

E.C.G. REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN

Urrea Jiménez, Sofía
Izquierdo Jerez, Óscar

Índice

1. Introducción
2. Colocación de electrodos
3. Realización de un E.C.G.
4. Representación gráfica
5. Interpretación de un E.C.G.
6. Arritmias
7. Bloqueos
8. Bibliografía

1. Introducción

- Proporciona una imagen global de la actividad eléctrica del corazón.

- Está originado por la diferencia de potencial entre electrodos situados en posiciones preestablecidas, proporcionando así cada derivación una panorámica diferente; y se registra en papel milimetrado.

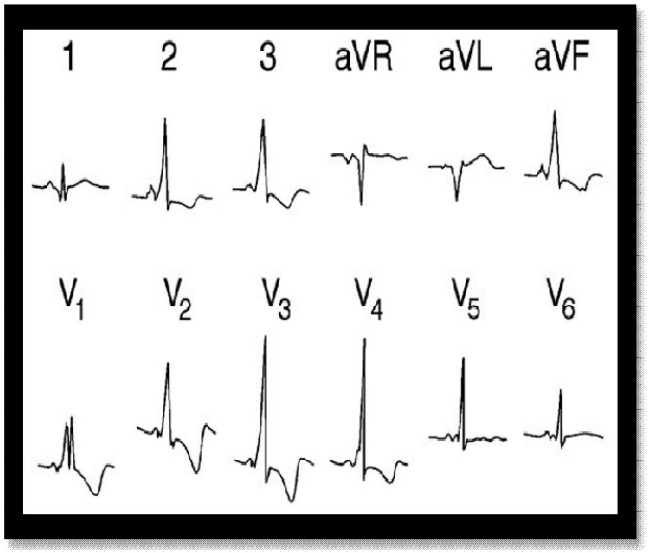
- Habitualmente se registran 12 derivaciones estandar:

1.Introducción

- En ocasiones (sospecha de IAM) se utilizan otras derivaciones:

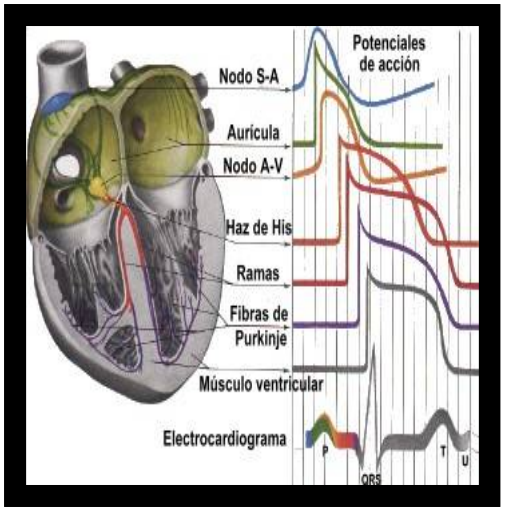
a) 3 posteriores: V7, V8 y V9

b) 3 derechas: V3R, V4R y V5R



1. Introducción

- La actividad eléctrica se registra en un papel milimetrado que se mueve a una velocidad de 25mm/seg.
- Los cuadros pequeños tienen 1 mm de lado. Cada 5 cuadros pequeños forman 1 cuadro grande (5mm) separado por un trazo más grueso.
- El eje horizontal representa el **tiempo**.
- El eje vertical representa el **voltaje o amplitud**.



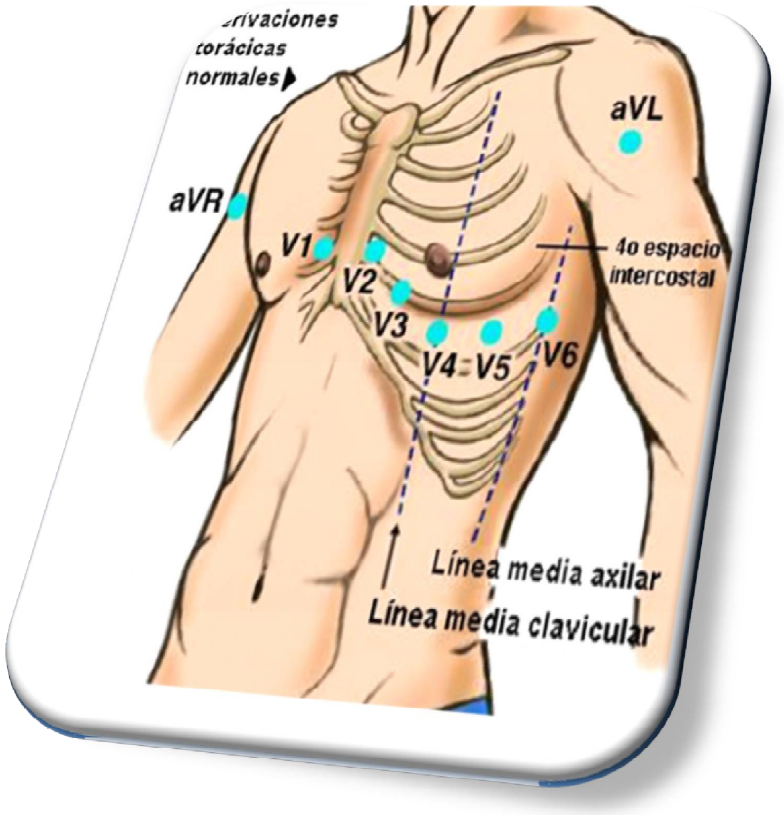
2. Colocación de electrodos

- En las extremidades (caras internas):
- Rojo (R), en la muñeca derecha.
- Amarillo (L), en la muñeca izquierda.
- Verde (F), en el tobillo izquierdo.
- Negro (N), en el tobillo derecho.

2. Colocación de electrodos

- Precordiales:

- V_1: cuarto espacio intercostal derecha, línea paraesternal.
- V_2: cuarto espacio intercostal izquierdo, línea paraesteranal.
- V_3: Entre V_2 y V_4.
- V_4: Quinto espacio intercostal izquierdo, línea medio-clavicular.
- V_5: Quinto espacio intercostal izquierdo, línea axilar anterior.
- V_6: Quinto espacio intercostal izquierdo, línea axilar media.



2. Colocación de electrodos

- **Posteriores**

- V_7: Quinto espacio intercostal izquierdo, línea axilar posterior.
- V_8: Quinto espacio intercostal, línea medio-escapular.
- V_9: Quinto espacio intercostal izquierdo, línea paravertebral.

- **Derechas**

- V_3R: entre V_2R y V_4R.
- V_4R: Quinto espacio intercostal derecho, línea medio-clavicular.
- V_5R: Quinto espacio intercostal derecho, línea axilar anterior.

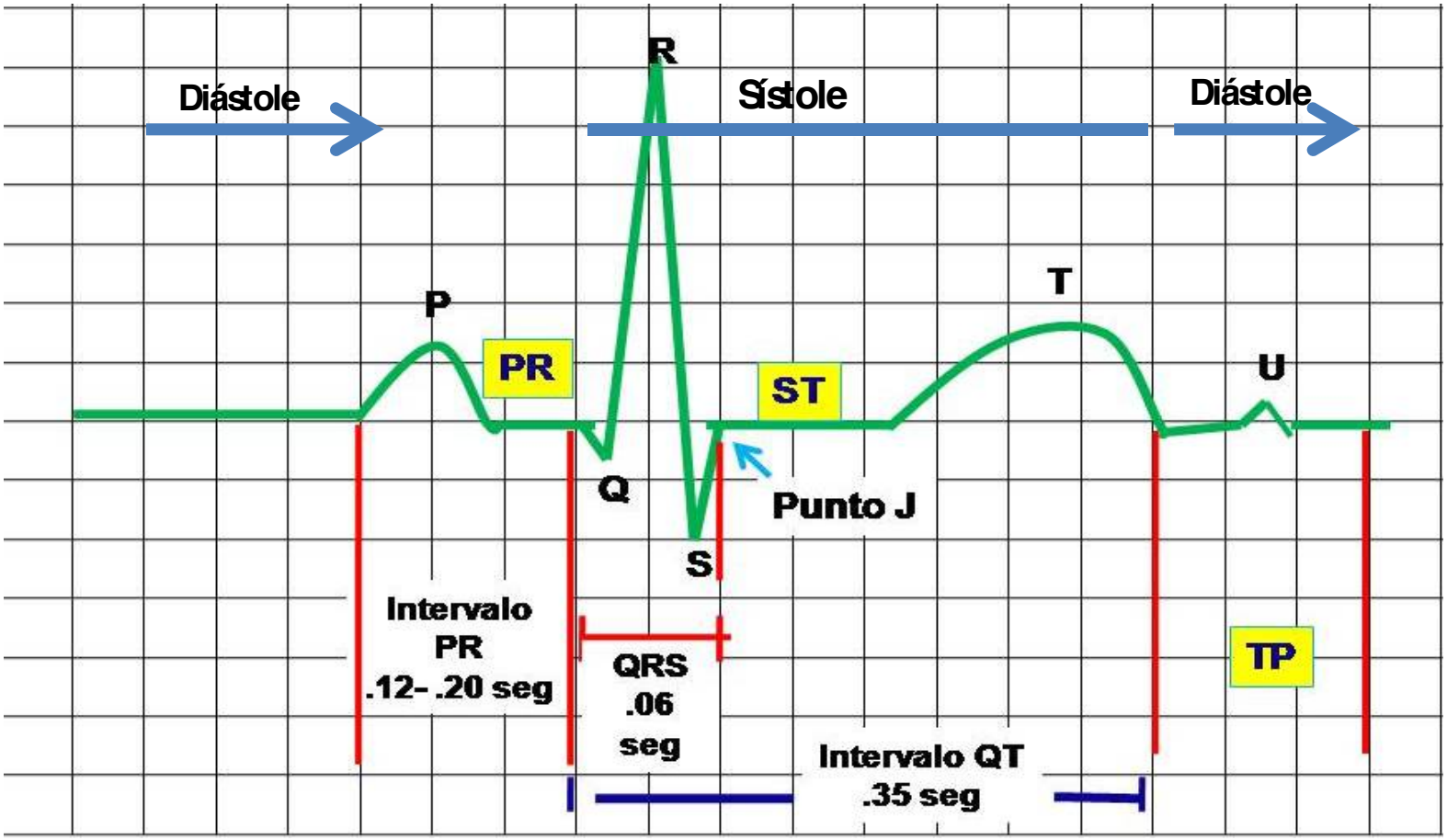
3. Realización de un ECG

- Para evitar artefactados en el registro debemos asegurarnos de que los cables no tiran de los electrodos, colocando éstos en superficies carnosas, evitando las prominencias óseas y alejando los electrodos de los equipos eléctricos, objetos metálicos, etc.
- En mujeres con senos grandes podemos colocar V_3 en la mama y V_4-V_6 debajo de ésta.
- Cuando no sea posible colocar los electrodos en su lugar correcto, los colocaremos tan cerca de su posición correcta como sea posible.
- Una vez realizado el registro, se debe anotar en el mismo papel el nombre, la fecha, la hora y si se ha realizado con dolor.

3. Representación gráfica

- En cada onda se observa la duración, amplitud, morfología y polaridad.
- Onda P. Despolarización de aurículas.
- Intervalo PR o PQ. Corresponde al tiempo que se entretiene el impulso eléctrico en el nódulo auriculoventricular.
- Complejo QRS. Despolarización ventricular.
- Segmento TS. Pausa hasta la repolarización ventricular.
- Onda T. Repolarización ventricular.
- Onda U. Pequeña deflexión que puede seguir a la onda T.

3. Representación gráfica



4. Interpretación de un ECG

RITMO

- Onda P e intervalo entre ondas semejantes. Es normal cuando existe distancia constante entre ondas semejantes. Es sinusal cuando hay una onda P delante de cada complejo QRS, siendo positiva en las derivaciones I, II y AVF.

FRECUENCIA

- Se calcula dividiendo 1500 entre en nº de milímetros entre dos latidos, entre complejos QRS.

* Regla de los 60seg: Contar el nº de complejos QRS en 6 segundos y multiplicarlo por 10.

4. Interpretación de un ECG

EJE

- Dirección de la despolarización que recorre el corazón. Coincide con el complejo QRS medio.

ISQUEMIA

- ST descendido: isquemia
- Onda T negativa: isquemia
- ST elevado: **INFARTO**

HIPERTROFIA

- Aumento de tamaño del músculo.

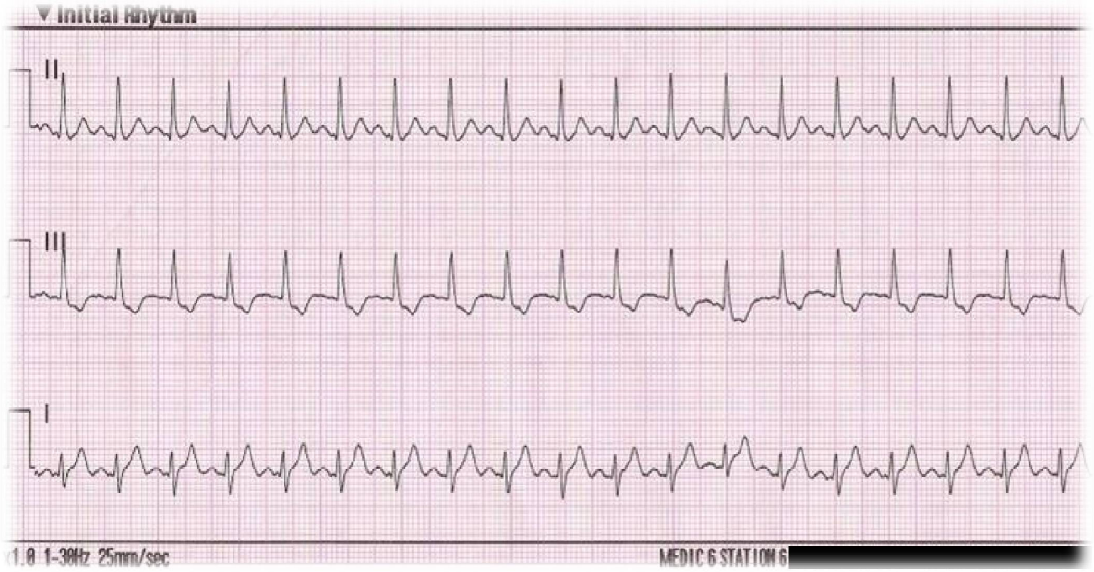
- Complejos QRS grandes: hipertrofia ventricular.

Lectura básica

5. ARRITMIAS

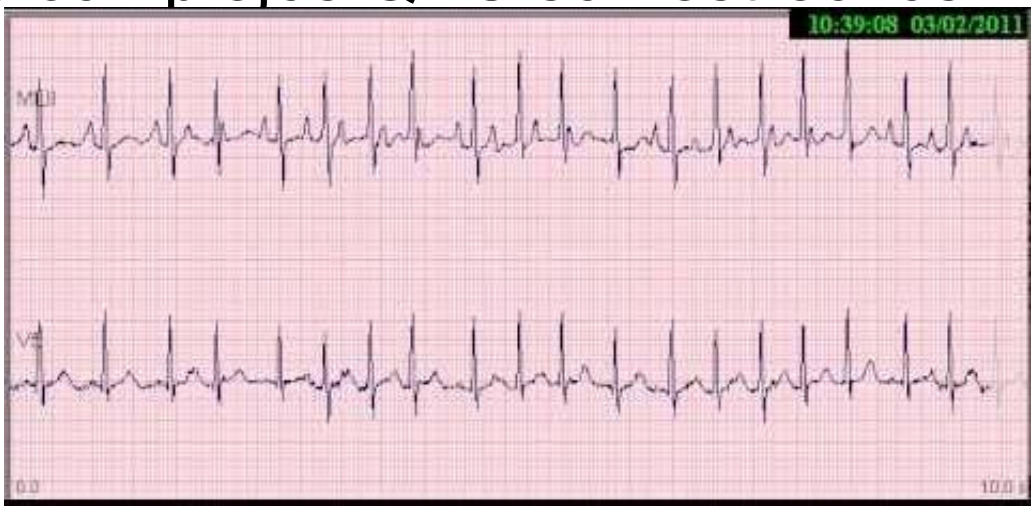
5.1. Taquicardia sinusal

- Ritmo regular con una frecuencia superior a 100 l.p.m. originada en el seno auricular.
- Onda P y complejo QRS normales.



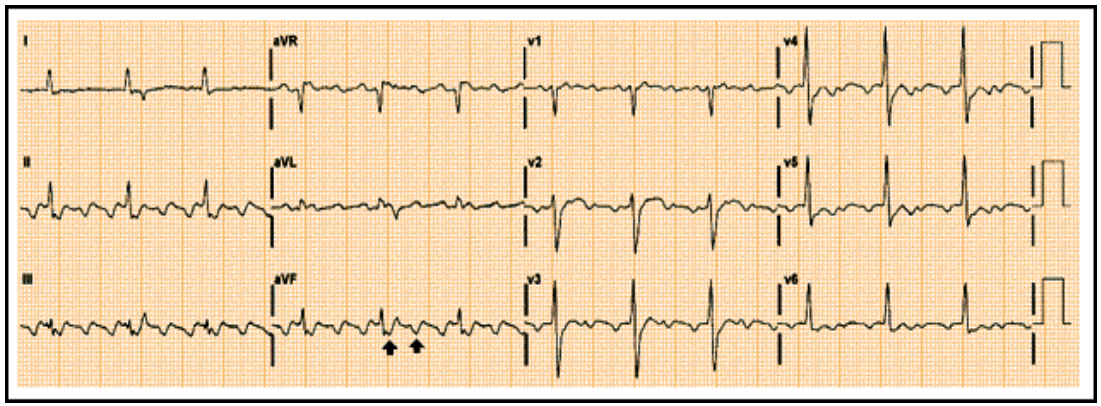
5.2. Taquicardia auricular

- La onda P es distinta en cada latido porque cada despolarización se produce en un lugar distinto al nódulo sinusal.
- Los complejos QRS son estrechos.



5.3. Flútter auricular

- Ondas en dientes de sierra.
- Suele ser rítmico.
- Queda sangre en las aurículas dando lugar a la formación de trombos.



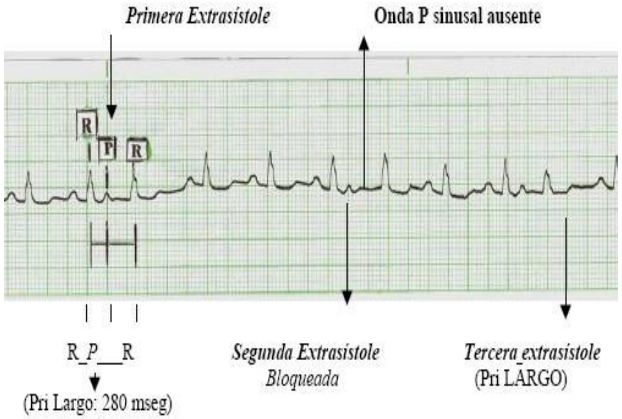
5.4. Fibrilación auricular

- Actividad caótica en las aurículas.
- No hay onda P reconocible.

5.5. Extrasistoles

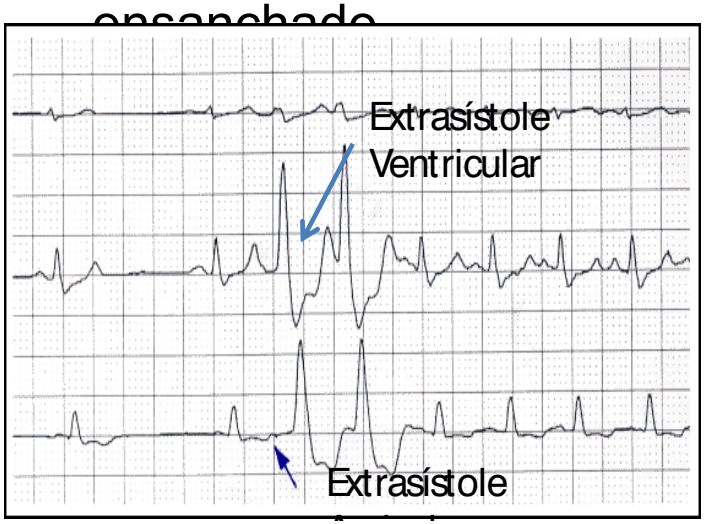
Auricular

- Impulso ectópico prematuro en la aurículas.
- Latido normal en el que se adelanta el ritmo.



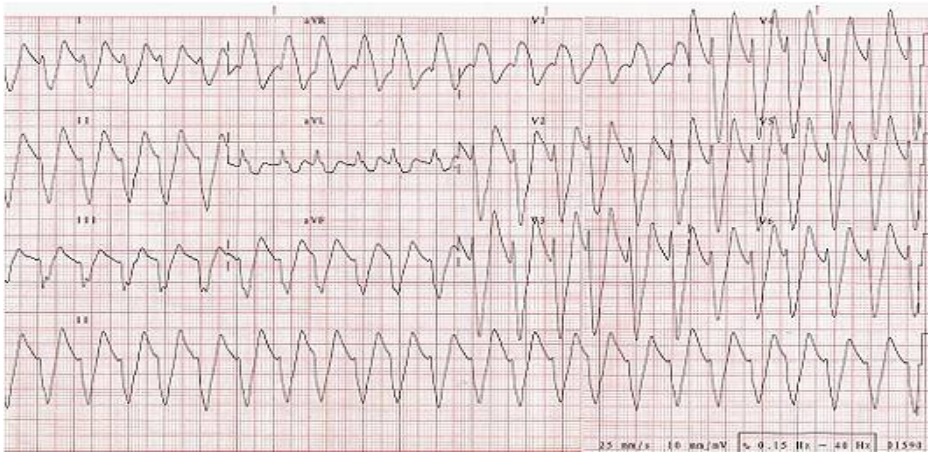
Ventricular

- Impulso ectópico prematuro en los ventrículos.
- Complejo QRS ensanchado



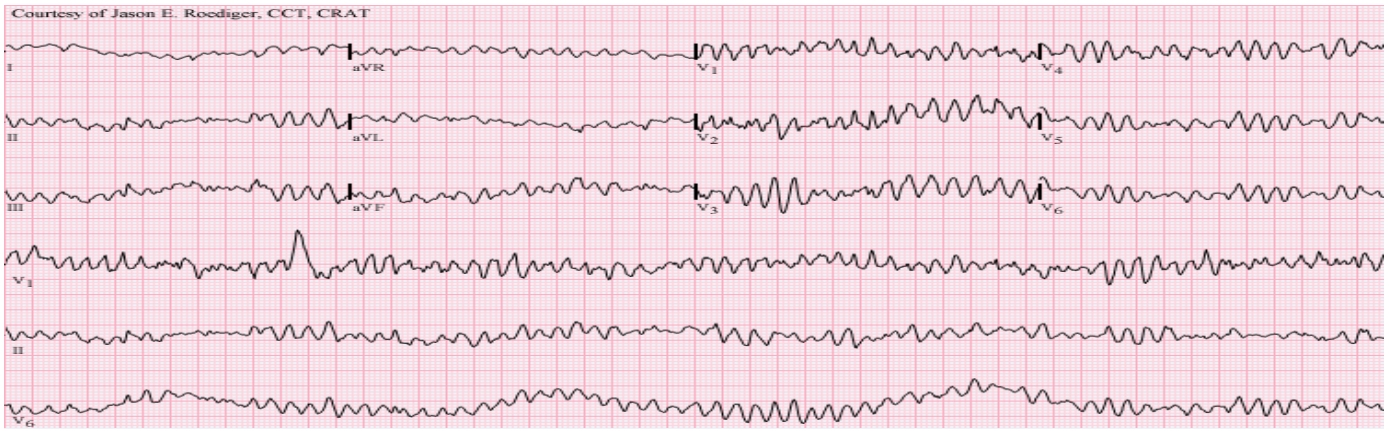
5.6. Taquicardia ventricular

- Pueden ser sostenidas (más de 30seg) y requieren intervención o autolimitadas. También pueden darse T.V. con pulso o sin pulso.



5.7. Fibrilación ventricular

- Ritmo ventricular asincrónico y caótico, donde es imposible reconocer ningún elemento electrocardiográfico.
- El músculo cardíaco no se despolariza de manera sincronizada. Hay electricidad en el corazón pero el paciente está muerto (aunque no en asistolia).
- Es preciso realizar la maniobra de RCP y la desfibrilación.

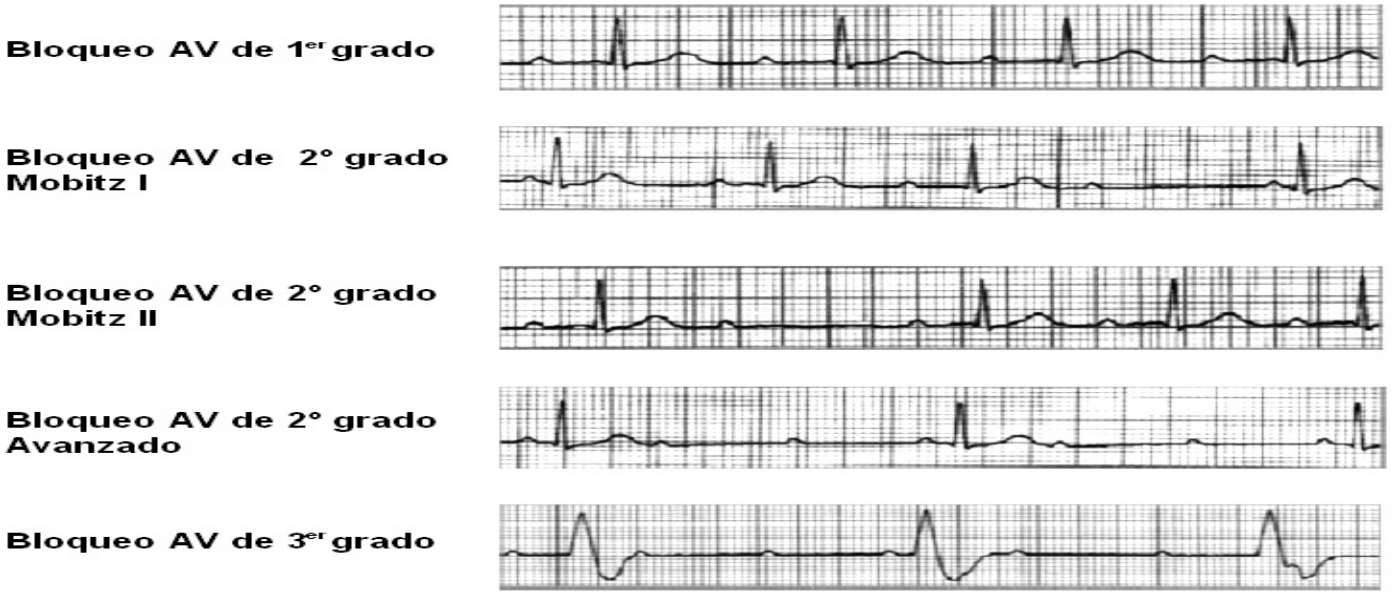


Lectura básica

6. BLOQUEOS

6.1. Bloqueo Auricoloventricular

- Complejo PR mayor de 20 segundos.
- Común en pacientes con fiebre reumática y con medicación digitálica.



6.2. Bloqueo de rama

DERECHA

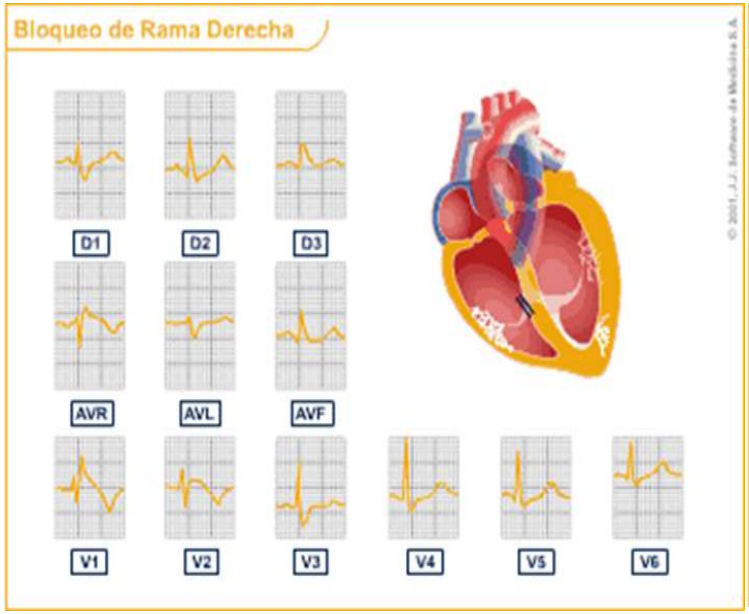
- Prolongación del QRS > de 0,12seg.
- Depresión del ST con T invertida.
- Se diagnostica por QRS alterados en las derivaciones V_1 y V_2, y ondas S anchas en V_5 y V_6

IZQUIERDA

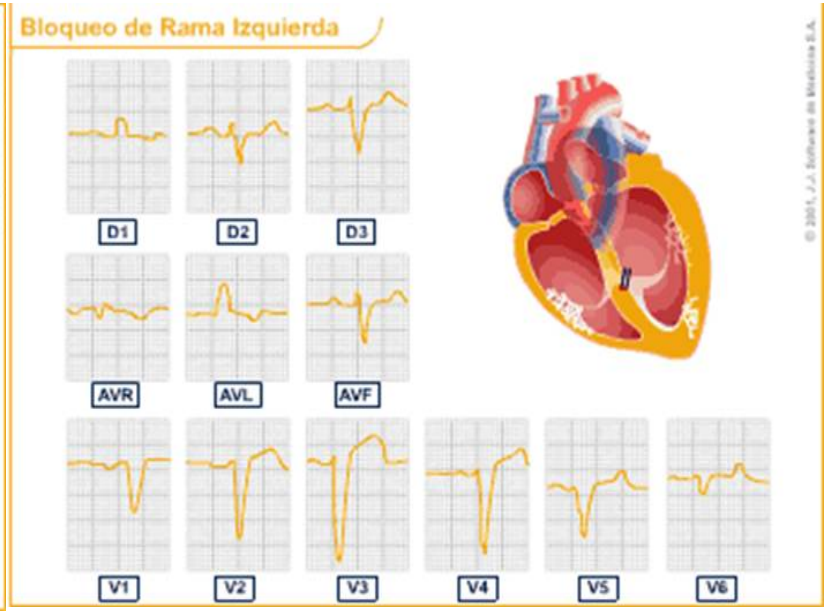
- Mismas características que el bloqueo de rama derecha.
- Se diagnostica igual pero en las derivaciones, V_4, V_5, V_6, AVL, AVF.

6.2. Bloqueo de rama

Derecho



Izquierdo



7. BIBLIOGRAFÍA

- López Ramírez, J.H., La alegría de leer el electrocardiograma. 2ª ed. Colombia: Celsius; 2006.
- Arenas León, J.M. Electrocardiografía normal y patológica. 2ª ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2000.
- Castellano, C., Pérez de Juan, M., Attie, F., Electrocardiografía clínica. Madrid: Elservier; 2004.

TRATAMIENTO DEL DOLOR

MIRIAM LARREA GÓMEZ

INDICE

1. Introducción.
2. Principios generales.
3. Tratamiento farmacológico.
3.1. Escala analgésica de la O.M.S.
4. Tratamiento no farmacológico.
4.1. Terapias alternativas y complementarias.
5. Plan de Cuidados.
6. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN

El dolor, según lo define la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), es "una sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a una lesión tisular verdadera o potencial".

Los pacientes pueden presentar dolor debido a su enfermedad, como consecuencia de algunos tratamientos (cirugía, quimioterapia, técnicas diagnósticas), o relacionados con su situación de inmovilidad y debilidad general (dolores óseos, úlceras, herpes zóster) (1).

1. INTRODUCCIÓN

En el momento del diagnóstico, entre el 30-50% de los pacientes presentan dolor, que en las fases avanzadas de la enfermedad puede llegar al 70-90%. En los pacientes con cáncer avanzado, el 70% de los dolores tienen su origen en la progresión de la propia neoplasia, mientras que el 30% restante se relaciona con los tratamientos y patologías asociadas. En la mayoría de las ocasiones el dolor oncológico es crónico.

El dolor oncológico sigue unas normas de tratamiento especificadas según las pautas recomendadas por la OMS. (2).

2. PRINCIPIOS GENERALES

En la atención al dolor en Cuidados Paliativos se recomienda realizar una evaluación integral del dolor, teniendo en cuenta su origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia.

El equipo de profesionales que trata el dolor en Cuidados Paliativos debería instruir e involucrar al paciente y a su familia en el correcto uso de las medidas analgésicas propuestas.

En la valoración del dolor pueden utilizarse escalas validadas para la cuantificación del dolor. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA) o el Cuestionario Breve del Dolor (CBD).

2. PRINCIPIOS GENERALES

Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS junto a fármacos adyuvantes, si fuera necesario, en el tratamiento farmacológico del dolor. Se deben utilizar los fármacos según la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente.

La administración de analgésicos debería ser pautada. Se debe monitorizar la respuesta al tratamiento y adecuar la dosis de forma individualizada.

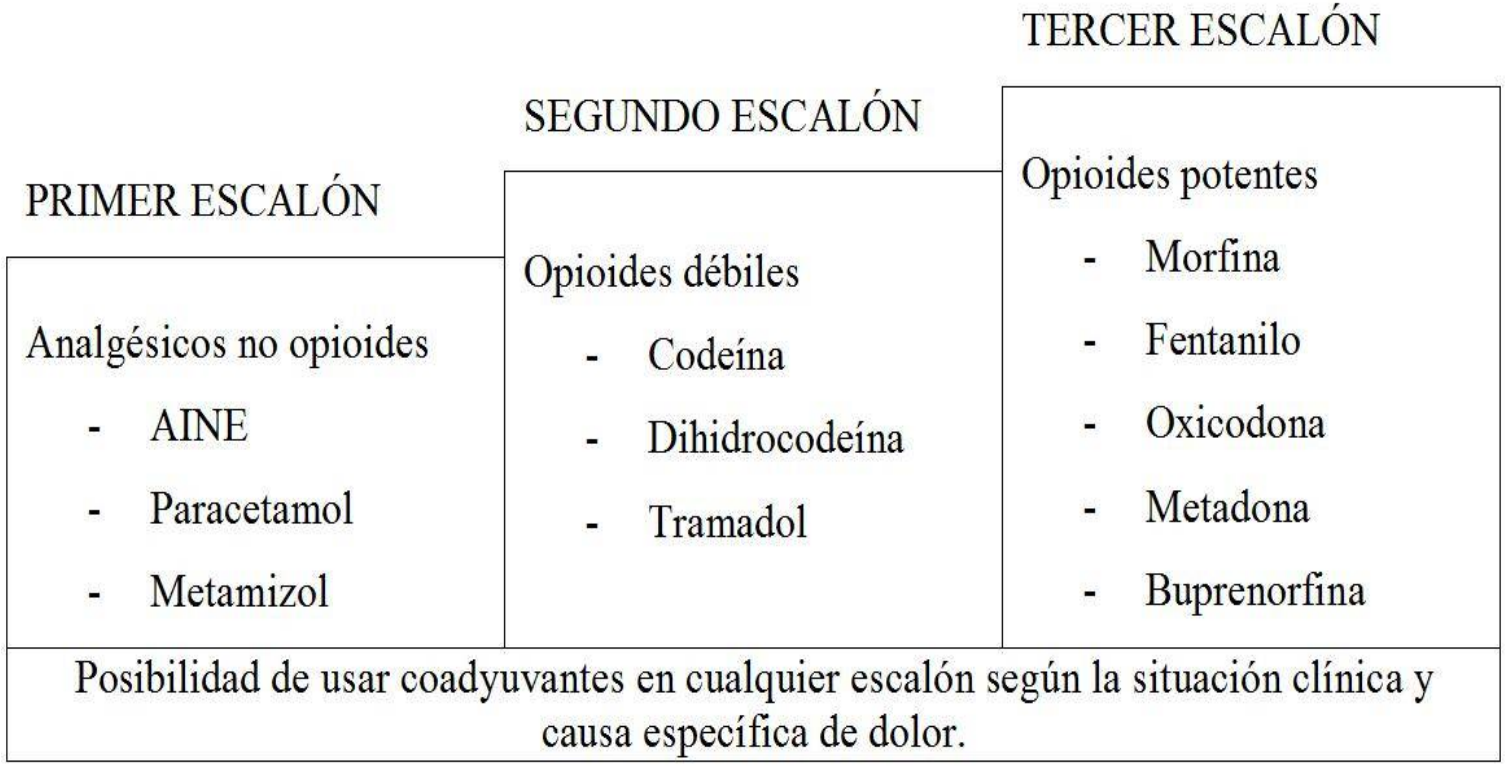
Las terapias alternativas no constituyen un tratamiento de primera línea para el dolor en pacientes en Cuidados Paliativos (3).

3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se propone basar el tratamiento farmacológico en la escala analgésica de la OMS.

La escalera analgésica de la OMS ha sido aplicada universalmente, aunque sus propuestas no han sido evaluadas mediante ensayo clínico aleatorizado (4). Sin embargo se sabe que con su uso se consigue un elevado porcentaje de alivio del dolor.

3.1. ESCALA ANALGÉSICA DE LA O.M.S.



3.1. ESCALA ANALGÉSICA DE LA O.M.S.

Primer escalón → corresponde a los analgésicos no opioides (AINE, metamizol y paracetamol). Los AINE y el paracetamol se han mostrado eficaces frente a placebo (5). No se han encontrado diferencias significativas entre los diferentes AINE (5).

Segundo escalón → corresponde a los opioides débiles; en nuestro medio, codeína, dihidrocodeína y tramadol (6). Las presentaciones disponibles en España de dihidrocodeína no se adecúan bien a las dosis analgésicas.

3.1. ESCALA ANALGÉSICA DE LA O.M.S.

Existe un amplio acuerdo sobre la posibilidad de asociar los fármacos del primer escalón con los fármacos de los escalones siguientes. Sin embargo, la revisión sistemática que estudia el papel del paracetamol y AINE (5) asociados a opioides no encontró datos ni a favor ni en contra de la asociación. Las características del dolor y una evaluación cuidadosa de cada caso determinan la decisión sobre el uso de esta asociación. Los AINE son la primera opción en el dolor de etiología ósea, como es el caso de las metástasis.

3.1. ESCALA ANALGÉSICA DE LA O.M.S.

Tercer escalón → está constituido por los opioides potentes. El fármaco de elección es morfina, que puede utilizarse por vía oral tanto de liberación rápida (solución o comprimidos) como de liberación retardada, por vía IM, IV o subcutánea (con posibilidad de usarla en bombas de infusión).

Algunos autores proponen añadir un cuarto escalón a la escalera analgésica de la OMS (7). Este último paso se añadiría en caso de persistencia del dolor a pesar del uso correcto de la escalera, incluido el uso de la vía subcutánea y de los adyuvantes, y comprendería técnicas instrumentales, como la administración epidural de opioides, bloqueos simpáticos y otras técnicas de analgesia quirúrgica (3).

4. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Además de los fármacos, muchas otras medidas pueden y deben ser tomadas en consideración para luchar contra el dolor (8):

- Físicas → buscar la postura. Movilizaciones activas o pasivas suaves. Medidas de descarga para la zona dolorida como colocarla sobre una almohada. Aplicación local de calor o de frío.

- Psicológicas → apoyo emocional. Visualizaciones.

- Del entorno → adecuando este para que se potencie la analgesia. Los cuidados paliativos son cuidados intensivos de confort y bienestar.

4.1. TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

- Acupuntura → una revisión sistemática (9) y un informe de la Agencia Andaluza de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (10) abordaron este tema. Ambos incluyeron dos estudios ensayo clínico aleatorizado sobre la auriculopuntura en el tratamiento del dolor en pacientes con cáncer sin que puedan extraerse resultados concluyentes.

- Musicoterapia → la revisión sistemática Cochrane (11) que estudió el efecto analgésico de la música en el dolor en general incluyó también estudios en pacientes con dolor oncológico. Encontró un efecto estadísticamente significativo en el alivio del dolor y en la necesidad de analgesia, pero de importancia clínica incierta.

4.1. TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

- Aromaterapia y masaje → la revisión sistemática Cochrane (12) estudió ambas intervenciones en pacientes con cáncer. Concluyen que existe limitada evidencia sobre su eficacia en la ansiedad en los pacientes en Cuidados Paliativos, sin hallazgo de pruebas suficientes respecto a su efecto sobre el dolor.

- Otros tratamientos → diferentes revisiones encontraron escasa evidencia sobre otros tratamientos como la relajación muscular o la hipnosis (13; 14).

4.1. TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

Otra revisión sistemática (15) reciente evaluó los efectos de la meditación y del masaje en pacientes en la fase final de la vida. Aunque en algunos ensayos clínicos aleatorizados se señalan efectos positivos sobre el dolor y otras variables, como la ansiedad, los sesgos en la selección de los pacientes y en los diseños de los estudios dificultan la generalización de estos hallazgos.

La evaluación de todas estas terapias constituye un área de futura investigación también en el campo de los cuidados paliativos.

5. PLAN DE CUIDADOS

Según la clasificación NANDA (16), a continuación se propone un plan de cuidados para un diagnóstico enfermero (DxE) seleccionado con criterios de resultados (17) e intervenciones enfermeras (18).

Diagnóstico NANDA

00133 - Dolor Crónico

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración mayor de 6 meses.

5. PLAN DE CUIDADOS

Características definitorias:

- Fatiga.
- Depresión.
- Agitación.
- Informes verbales de dolor.

Factores Relacionados:

- Incapacidad física o psicosocial crónica

DxE → Dolor Crónico r/c informes verbales de dolor m/p incapacidad física o psicosocial crónica.

5. PLAN DE CUIDADOS

Resultados 1605 - Control del dolor.
Definición: acciones personales para controlar el dolor.

Indicadores
01 - Reconoce factores casuales.
03 - Utiliza medidas preventivas.
09 - Reconoce los síntomas del dolor.

Resultados 2102 - Nivel del dolor.
Definición: intensidad del dolor referido o manifestado.

Indicadores
04 - Duración de los episodios del dolor.
08 – Inquietud.

5. PLAN DE CUIDADOS

Intervenciones 1400 – Manejo del dolor.

01 – Alentar al paciente a que discuta las experiencias dolorosas.

04 – Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

19 – Fomentar periodos de descanso / sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.

21 – Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.

27 – Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno.

28 – Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

32 – Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor, si procede.

5. PLAN DE CUIDADOS

Intervenciones 2210 – Administración de analgésicos.

01 – Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.

03 – Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

04 – Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo.

10 – Determinar la selección de analgésicos según el tipo y la severidad del dolor.

13 – Elegir la vía i. v. en vez de i. m. para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible.

5. PLAN DE CUIDADOS

Intervenciones 2380 – Manejo de la medicación.

03 – Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse.

07 – Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente.

09 – Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y / o protocolo.

11 – Enseñar al paciente y / o familia el método de administración de los fármacos.

13 – Enseñar al paciente y / o familia la acción y los efectos secundario esperados en la medicación.

19 – Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. AECC Contra el Cáncer. Dolor [en línea] 2015 [acceso 22 Dic 2015]. Disponible en: https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/SINTOMASMASFRECUENTESYTRATAMIENTO/Paginas/Dolor.aspx

2. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [revista en la Internet]. 2005 Mar [citado 2015 Dic 14]; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.

3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08.

6. BIBLIOGRAFÍA

4. Control of pain in patients with cancer. Draft Guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2007.

5. McNicol E, Strassels SA, Goudas L, Lau J, Carr DB. NSAIDS or paracetamol, alone or combined with opioids, for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(1):CD005180.

6. Leppert W, Luczak J. The role of tramadol in cancer pain treatment-a review. Support Care Cancer. 2005;13(1):5-17.

7. Miguel R. Interventional treatmente of cancer Pain: The Fourth Step in the World Health Organization Analgesic Ladder? Cancer Control. 2000;7(2):149-56.

6. BIBLIOGRAFÍA

8. Rodríguez C, Bonill C. Cuidados paliativos del anciano. En: García MV, Rodríguez C, Toronjo AM. Enfermería del anciano. 2ª ed. DAE Difusión Avances de Enfermería; 2009. p. 292-293.

9. Lee H, Schmidt K, Ernst E. Acupuncture for the relief of cancer-related pain--a systematic review. Eur J Pain. 2005;9(4):437-44.

10. Martínez Pecino M, Sola I, Nishishinya M. Eficacia de la acupuntura en el dolor crónico y cuidados paliativos. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2006.

11. Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. Music for pain relief. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(2):CD004843.

6. BIBLIOGRAFÍA

12. Fellowes D, Barnes K, Wilkinson S. Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD002287.

13. Carr DB, Goudas LC, Balk EM, Bloch R, Ioannidis JP, Lau J. Evidence report on the treatment of pain in cancer patients. J Natl Cancer Inst Monogr. 2004;(32):23-31.

14. Pan CX, Morrison RS, Ness J, Fugh-Berman A, Leipzig RM. Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of life. A systematic review. J Pain Symptom Manage. 2000;20(5):374-87.

15. Lafferty WE, Downey L, McCarty RL, Standish LJ, Patrick DL. Evaluating CAM treatment at the end of life: a review of clinical trials for massage and meditation. Complement Ther Med. 2006;14(2):100-12.

6. BIBLIOGRAFÍA

16. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA Internacional). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.

17. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

18. Morread S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4º ed. Barcelona: Elsevier; 2009.