

A photograph of two surgeons in an operating room. They are wearing blue scrubs, blue bouffant caps, and surgical masks. They are focused on a patient lying on the operating table. The background shows several bright, circular surgical lights. The overall scene is brightly lit with a cool, blue-green color palette.

# VI Lecciones en Salud Hospitalaria:

**Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria  
Octubre 2019**



# **SALUD HOSPITALARIA: ATENCIÓN HOSPITALARIA, CIRUGÍA, ANESTESIA Y REANIMACIÓN.**

Edición Octubre 2019



**Autores y compiladores de la obra:**

Fernández López, Antonio José.

Moreno Alfaro, Manuel.

Fernández López, Miguel.

De Prados González, Cristina.

**Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria  
(SOCIFOSA)**



**Fecha publicación: 03/Octubre/2019.**

**Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria (SOCIFOSA).** Inscrita en el Registro Nacional de Sociedades Científicas con número 61 948.

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

Propiedad y reservados todos los derechos a Miguel Fernández López. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

**ISBN: 978-84-120275-6-3**

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

Producción editorial por SOCIFOSA.

**Email:** [Contacto@cienciasanitaria.es](mailto:Contacto@cienciasanitaria.es) // **WEB:** <https://cienciasanitaria.es/>

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS TOMO I

- Tema 1. **NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.**  
• **CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA**
- Tema 2. **ANESTESIA CONCEPTOS GENERALES.**  
• **MARÍA ISABEL MARTÍNEZ FERNÁNDEZ**
- Tema 3. **ASEO DE PACIENTES ESPECIALES.**  
• **LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ**
- Tema 4. **LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL ANCIANO.**  
• **TANIA ANTUÑA ÁLVAREZ, MARÍA ANGELES DÍAZ MARTINEZ, NORMA LORENA BUYO AVALOS, MARÍA AMOR QUETZAL GONZALEZ RODRIGUEZ**
- Tema 5. **ATENCIÓN HOSPITALARIA DOMICILIARIA.**  
• **MARÍA ISABEL MARTÍNEZ FERNÁNDEZ**
- Tema 6. **DETERMINACIÓN ANALÍTICA DE GONADOTROPINA CORIÓNIC(A) (BHCG).**  
• **MARÍA ELENA AGUILERA MESEGUER, MARÍA DOLORES MORENO GARCÍA, NOELIA MANRIQUE GONZÁLEZ, LIDIA RODRÍGUEZ LÓPEZ**
- Tema 7. **DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**  
• **RAMÓN ORTEGA TORTOSA, SONIA LUIS ARGANDOÑA**
- Tema 8. **USO DEL ECÓGRAFO PARA LA OBTENCIÓN DE UN CATÉTER VENOSO EN ENFERMERÍA.**  
• **RAMÓN ORTEGA TORTOSA, SONIA LUIS ARGANDOÑA**
- Tema 9. **EMPODERAMIENTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNIDADES ESPECIALES.**  
• **ROGER DANIEL PLASENCIA MEDINA**
- Tema 10. **TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO TIPOS Y FUENTES DE EXTRACCIÓN.**  
• **SUSANA MARTIN LORENTE**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 11. **FISIOTERAPIA LUMBAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.**
  - ***GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS***
- Tema 12. **CELADORES Y ANCIANOS. DESGASTE POR EMPATÍA.**
  - ***JOSÉ MIGUEL MILLÁN DURÁN***
- Tema 13. **CIRUGÍA DE LIBERACIÓN DEL TÚNEL CARPIANO.**
  - ***TAMARA LÓPEZ HEVIA, REBECA LÓPEZ HEVIA***
- Tema 14. **ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP):**
  - ***ANA VIOR LÓPEZ***
- Tema 15. **CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON LA NECESIDAD DE ELIMINACION ALTERADA.**
  - ***ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ***
- Tema 16. **EL RECICLAJE DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD.**
  - ***CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ, BIBIANA NUÑO PÉREZ, SILVIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ, TANIA PRIETO FERNÁNDEZ***
- Tema 17. **ENFERMEDAD CELIACA.**
  - ***RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO, AIDA GIL VECINO, Mª AURORA GUTIERREZ GARCIA, BEATRIZ FERNÁNDEZCARMONA***
- Tema 18. **ESTUDIO DE ANGIOGRAFIA.**
  - ***ANDREA SAN MARTIN GONZALEZ***
- Tema 19. **BIOPSIA RENAL: CUIDADOS POR ENFERMERÍA.**
  - ***EVA QUIRÓS FERNÁNDEZ***
- Tema 20. **INTEGRACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN Y SERVICIOS EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.**
  - ***JOSÉ ALBERTO DE LA ROZ LLANO, PATRICIA VILLAMIL GARCÍA, ROSA MARÍA LÓPEZ COSMEA***

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 21. **LA DESNUTRICIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**  
• **FRANCISCO JAVIER CASAMAYOR FERNÁNDEZ, MARTA RIVERA GONZÁLEZ**
- Tema 22. **LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.**  
• **MARÍA ROSA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ**
- Tema 23. **TRATAMIENTO EN FISIOTERAPIA DE ESGUINCE LATERAL DE TOBILLO.**  
• **MARTA RÍOS LEÓN**
- Tema 24. **FUNCIÓN HEPÁTICA.**  
• **MARIA DOLORES MORENO GARCIA, MARIA ELENA AGUILERA MESEGUER, NOELIA MANRIQUE GONZALEZ, LIDIA RODRIGUEZ LOPEZ**
- Tema 25. **LA CONVENIENCIA DEL USO DE CLORHEXIDINA EN LOS ASEOS DE PACIENTES CRÍTICOS.**  
• **ANA BEATRIZ ESPESO GARCÍA**
- Tema 26. **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SEDACIÓN.**  
• **LEONOR FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ**
- Tema 27. **USO DE PROSTAGLANDINAS PARA LA INDUCCIÓN DEL PARTO EN MUJERES CON CESAREA PREVIA.**  
• **CARLA MARIA FERNANDEZ CASTRO**
- Tema 28. **RESIDUOS HOSPITALARIOS PAUTAS.**  
• **BIBIANA NUÑO PÉREZ, CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ, TANIA M<sup>a</sup> PRIETO FERNÁNDEZ, SILVIA M<sup>a</sup> PRIETO FERNÁNDEZ**
- Tema 29. **EL RETO DE LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA POR PARTE DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**  
• **CRISTINA CABEZUELO VECINA**
- Tema 30. **CONOCIMIENTOS SOBRE UPP EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.**  
• **SILVIA TORRE FERNANDEZ**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 31. **TÉCNICA DE LA BRONCOSCOPIA.**  
• **REBECA LÓPEZ HEVIA, TAMARA LÓPEZ HEVIA**
- Tema 32. **FACTORES DETERMINANTES DE LA ACCIÓN PATÓGENA BACTERIANA.**  
• **NOELIA MANRIQUE GONZÁLEZ, LIDIA RODRIGUEZ LÓPEZ, MARIA DOLORES MORENO GARCÍA, MARIA ELENA AGUILERA MESEGUER**
- Tema 33. **TRATAMIENTOS DE LAS INFECCIONES DE LA PIEL Y TEJIDOS BLANDOS.**  
• **MONTSERRAT PIÑERA MATA**
- Tema 34. **TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS, FAME SINTÉTICOS Y NUEVOS TRATAMIENTOS EN ARTRITIS REUMATOIDE.**  
• **SERGIO MARIN RUBIO**
- Tema 35. **PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.**  
• **MARIA GRACIELA ARTIME GUTIÉRREZ, BEGOÑA GUTIÉRREZ MARRÓN, LOURDES CABELLOGUTIÉRREZ**
- Tema 36. **VÓMITOS.**  
• **CARLA PUEYO BOROBIA, CINTIA PUEYO BOROBIA**
- Tema 37. **ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN EL ANCIANO SIN DEMENCIA.**  
• **MIGUEL VÁZQUEZ REAL, ARMANDO MESA JIMÉNEZ**
- Tema 38. **ALMACÉN HOSPITALARIO.**  
• **LAURA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ**
- Tema 39. **ANÁLISIS ETIOLÓGICO Y TERAPÉUTICO DEL SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO (SDT).**  
• **LAURA ÁLVAREZ FRANCISCO**
- Tema 40. **ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE TRASPLANTADO DE RIÑÓN**  
• **NURIA HUERTA GONZÁLEZ**



# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 41. **SINDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE A PROPÓSITO DE UN CASO**  
• ***NURIA SUÁREZ FERNÁNDEZ, WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ***
- Tema 42. **CASO CLÍNICO: PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA**  
• ***ANA FERRER BLANCO***
- Tema 43. **CELADOR DE MORTUORIO.**  
• ***MARINO ARECES FERNÁNDEZ***
- Tema 44. **CELADOR EN QUIRÓFANO.**  
• ***MARINO ARECES FERNÁNDEZ***
- Tema 45. **GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES PORTADORES DE UN DRENAJE TORÁCICO CERRADO POR NEUMOTORAX.**  
• ***EDUARDO IBÁÑEZ TOMÁS***
- Tema 46. **ESTUDIO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA PARA LA UNIFORMIDAD QUIRÚRGICA.**  
• ***GRACIELA ALVAREZ PARDEIRO***
- Tema 47. **HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS PULMONAR. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ENFERMEDADES QUÍSTICAS PULMONARES.**  
• ***BEATRIZ ESCOBAR MALLADA***
- Tema 48. **PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.**  
• ***BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA, MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ UNZUA***
- Tema 49. **INSUFICIENCIA RENAL.**  
• ***LAURA GARCIA CARBONELL, JUAN FERNANDO CUENCA NAVARRO***
- Tema 50. **LA UNIDAD DE FARMACIA HOSPITALARIA Y EL PERSONAL NO SANITARIO: AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES.**  
• ***MARÍA JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ***

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 51. **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE POSTQUIRÚRGICO.**
  - **MÓNICA FERNÁNDEZ FALCÓN**
- Tema 52. **LA UNIDAD DE FARMACIA HOSPITALARIA Y EL PERSONAL NO SANITARIO: AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES.**
  - **MARÍA JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ**
- Tema 53. **ENFERMEDAD DE SEVER ASOCIADA AL FÚTBOL.**
  - **FRANCISCA YOLANDA MURCIA ARAGÓN, ANA CANO TURPÍN, MARIA CARMEN ORTÍZ GIMÉNEZ, FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIÁ**
- Tema 54. **INFECCIONES NOSOCOMIALES.**
  - **VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA, HÉCTOR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, EVA PILOÑETA GONZÁLEZ, ALMUDENA SUERO ÁLVAREZ**
- Tema 55. **LA ORINA, NOS HABLA (ANÁLISIS).**
  - **EVA GARCÍA ALONSO, GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ, ALBA GARCÍA BAS, BEATRIZ RODRÍGUEZ DE LA ROSA**
- Tema 56. **ATENCIÓN HOSPITALARIA: PACIENTE ONCOLÓGICO.**
  - **GEMA MARÍA BERNAL ALONSO, MARÍA DE LOS ÁNGELES DÍAZ MARTINEZ, MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ UNZUA**
- Tema 57. **REACCIONES ADVERSAS POSTRANSFUSIONALES.**
  - **ALBA GARCÍA BAS, BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA , EVA GARCÍA ALONSO, GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ**
- Tema 58. **ANÁLISIS DE PRÁCTICAS SEGURAS SENCILLAS.**
  - **MARINA NOAIN LACÁMARA**
- Tema 59. **TIPOS DE DIÁLISIS.**
  - **MARÍA BELÉN SANTOS CARBAJO**
- Tema 60. **RECOMENDACIONES DE OBTENCIÓN DE MUESTRAS PARA HEMOCULTIVOS.**
  - **JULIO R. MORGADO RODRIGUEZ**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 61. **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**  
*INMACULADA CARCELÉN RODENAS, REMEDIOS CABAÑERO LUJÁN, MARIO PARREÑO JAREÑO, MYRIAN CARCELÉN RODENAS, MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA*
- Tema 62. **GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS.**  
*EVA PILOÑETA GONZÁLEZ, VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA, ALMUDENA SUERO ÁLVAREZ, HÉCTOR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ*
- Tema 63. **CORRELACIÓN ENTRE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA Y LA AGUDEZA VISUAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO.**  
*BELÉN SÁNCHEZ CAÑAL*
- Tema 64. **TRABAJO SANITARIO CON PVD.**  
*LAURA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ*
- Tema 65. **PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES HIGIENE Y MOVIMIENTO.**  
*ANDREA GONZALEZ GONZALEZ*
- Tema 66. **CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO CON ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE (PCA).**  
*ESTÍBALIZ GARCÍA PEREA*
- Tema 67. **LA HIGIENE DE MANOS EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS.**  
*VERONICA PEREIRA CUERVO, VANESA FORCELLEDO FERNANDEZ, ALEJANDRA ALVAREZ FERNANDEZ*
- Tema 68. **INFECCIONES NOSOCOMIALES.**  
*IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO*
- Tema 69. **LIPOSARCOMA DEL CORDÓN ESPERMÁTICO.**  
*IRENE LOSADA ÁLVAREZ, ELENA BAZTARRICA ECHARTE, MARIA JOSÉ LUMBIER*
- Tema 70. **VALORACIÓN DE LA INCIDENCIA DE UPP EN EL PACIENTE CRÍTICOHIPERTENSO.**  
*MARINA RODRÍGUEZ BARRANCO*

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 71. CURAS PARA RADIODERMITIS PRODUCIDA TRAS RADIOTERAPIA.  
• **JORGE SAL GARCÍA**
- Tema 72. CIRUGÍA MAMARIA.  
• **BELÉN BLANCO GUTIERREZ , REBECA RODRIGUEZ ECHEVARRIA, DESIRÉ FERNANDEZ CUESTA, LUCIA MERA MARTINEZ**
- Tema 73. LA PIEL: ENFERMEDADES, LESIONES Y CUIDADOS.  
• **MARIA DE LA CUESTA TUÑÓN, LETICIA FERNANDEZ SANCHEZ**
- Tema 74. UNIDAD DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA DEL SESPA.  
• **LUCÍA MERA MARTÍNEZ, BELÉN BLANCO GUTIÉRREZ, REBECA RODRÍGUEZ ECHEVARRÍA, DESIRÉ FERNÁNDEZ CUESTA**
- Tema 75. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA OBTENCIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.  
• **LEIRE AZCONA CIRIZA**
- Tema 76. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: IMPLANTACIÓN DE LA TELEMEDICINA EN UNA SITUACIÓN CRÍTICA.  
• **SHEILA PECES SÁNCHEZ, ALBA DE LA VEGA GALÁN, JOSÉ MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ**
- Tema 77. RIESGOS QUÍMICOS.  
• **MARIA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA, MARTA VELASCO ARRANZ, ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS, ELENA GONZÁLEZ LÓPEZ**
- Tema 78. ACTUALIZACIÓN EN HIPERHIDROSIS.  
• **ROMÁN BARABASH NEILA**
- Tema 79. ALOPECIA ANDROGENÉTICA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.  
• **ROMÁN BARABASH NEILA**
- Tema 80. CONSERVACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.  
• **ASUNCIÓN SÁNCHEZ SÁNCHEZ**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 81. **RIESGOS BIOLÓGICOS.**
  - **ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS, ELENA GONZÁLEZ LÓPEZ, MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA, MARTA VELASCO ARRANZ**
- Tema 82. **ABORDAJE DE CASO EN FISIOTERAPIA EN ESGUINCE LATERAL DE TOBILLO.**
  - **MARTA RÍOS LEÓN, ANA MARÍA PÉREZ RIVAS**
- Tema 83. **LA TCAE/AE Y LA UNIDAD DE UROLOGÍA.**
  - **MARÍA BELÉN GARCÍA BARBA**
- Tema 84. **EPIDEMIOLOGÍA: CADENA EPIDEMIOLÓGICA.**
  - **ANA MARÍA GRUESO CARRIO**
- Tema 85. **HIGIENE DEL MEDIO HOSPITALARIO.**
  - **VANESA MONTES COLLIA, HECTOR CRISTOBO MARTINEZ, PATRICIA SUAREZ RODRIGUEZ, RAUL GUTIERREZ PRADO**
- Tema 86. **INFECCIONES NOSOCOMIALES.**
  - **SONIA RON PÉREZ**
- Tema 87. **EL TCAE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**
  - **ROBERTO BAILÓN GONZÁLEZ**
- Tema 88. **INFLUENCIA ENTRE EL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DE LA REGIÓN CERVICAL Y LA REGIÓN TEMPOROMANDIBULAR: ESTUDIO DE REVISIÓN.**
  - **PATRICIA RUIZ CASTILLA, PATRICIA GARCÍA PÉREZ**
- Tema 89. **PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR DE LA SANIDAD: MOBBING O ACOSOLABORAL.**
  - **MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑÓN, ANASTASIA MONTSERRAT BENITO ROMO, ALFONSO ALONSO BLANCO**
- Tema 90. **RESIDUOS HOSPITALARIOS PAUTAS.**
  - **BIBIANA NUÑO PÉREZ , CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ , TANIA M<sup>a</sup> PRIETO FERNÁNDEZ , SILVIA M<sup>a</sup> PRIETO FERNÁNDEZ**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 91. **QUEMADURAS: CLASIFICACIÓN COMPLICACIONES Y ACTUACIÓN ANTE LAS QUEMADURAS.**  
• **ÁNGELA SÉSAR NAVAL, MARTA MARÍA RECIO GARCÍA, ANA BELÉN RECÍO GARCÍA, LAURA LOPEZ GARCÍA.**
- Tema 92. **RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO Y MALESTAR POST ABORTO.**  
• **INMACULADA SANGIAO NOVIO**
- Tema 93. **ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.**  
• **MERCEDES ÁLVAREZ ANIA, NURIA HUERTA GONZÁLEZ**
- Tema 94. **ANESTESIA PERIBULBAR EN OFTALMOLOGIA.**  
• **TAMARA DORADO FERNÁNDEZ, MARTA FERNÁNDEZ GUDÍN**
- Tema 95. **ARTROSCOPIA DE RODILLA.**  
• **FERNANDO CARBALLO COYA, MARTA DE LA VEGA MARTINEZ, SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA**
- Tema 96. **BRAQUITERAPIA EN EL CÁNCER DE PROSTATA.**  
• **RAFAEL LENDINES NAVAJAS, DIEGO PEÑARANDA PALOMINO, ALMUDENA LUQUE HERNANDEZ, BEATRIZ LORETO RODRIGUEZ**
- Tema 97. **LA CALIDAD EN RADIODIAGNOSTICO.**  
• **MARTA MARIA CASTRILLÓN FERNÁNDEZ , EVA MARIA GARZÓN CANDELA**
- Tema 98. **CONTROL Y CUIDADOS ANTE UN TCE.**  
• **PATRICIA GARCIA VIÑA, ALICIA HUERGO ORDIALES**
- Tema 99. **USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS EN REHABILITACIÓN CARDIACA.**  
• **OLGA CAAMAÑO SELMA, JESÚS MARTÍN ROMERO**
- Tema 100. **POSICIÓN MATERNA DURANTE LA FASE EXPULSIVA DEL PARTO.**  
• **SARA BERMEJO SANDÍN, ANAÍS NAVARRO ALONSO**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

## TOMO II

- Tema 101. **LECTURA DE LA ONDA P DEL ELECTROCARDIOGRAMA.**
  - **LYDIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, RICARD CONDE TORRES, CLARA GIL TORRAS**
- Tema 102. **SÍNDROME DE BURNOUT EN FISIOTERAPEUTAS: FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS.**
  - **GONZALO PRIETO CRISTÓBAL**
- Tema 103. **TIPOS DE ANESTESIA.**
  - **EVA CLARA SAIZ LANDERAS, MONICA FERNANDEZFALCON**
- Tema 104. **MANEJO DEL DISTRÉS RESPIRATORIO NEONATAL.**
  - **BORJA MERELO NICOLÁS**
- Tema 105. **DIAGNÓSTICO DE FIBROADENOMA MAMARIO TRAS PRUEBAS RADIOLÓGICAS.**
  - **JOSE DAVOR GARCIA RODRIGUEZ, SERGIO SAMPEDRO FERNÁNDEZ, RAQUEL SERRANO FERRERO, AROA IGLESIAS MARTÍNEZ**
- Tema 106. **PROTECCIÓN DEL PERINÉ EN EL PARTO.**
  - **RAQUEL SANTALIESTRA ELVIRA**
- Tema 107. **ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CASOS DE TERAPIA DEPRESIÓN NEGATIVA.**
  - **TAMAR OCHOA GARCÍA, PATRICIA PIÑAL ALONSO, SORAYA BERMEJO GÓMEZ, NIEVES DE LOS ANGELES TAPIZ ARRONDO**
- Tema 108. **CARPINTERÍA EN CENTROS SANITARIOS. PREVENCIÓN DE RIESGOS.**
  - **UBALDO MERINO RODRIGUEZ**
- Tema 109. **PANCREATITIS AGUDA BILIAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.**
  - **ISABEL LLAMAS BELLIDO**
- Tema 110. **CATETERISMO CARDIACO.**
  - **JÉSSICA LÓPEZ CERNUDA**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 111. **CEFALEA POST-PUNCIÓN EPIDURAL.**
  - **LAURA SOTO TERRÓN**
- Tema 112. **CONDROPATÍA ROTULIANA IV BILATERAL.**
  - **LIDIA RODRIGUEZ LOPEZ, MARIA DOLORES MORENO GARCIA, MARIA ELENA AGUILERA MESEGUER, NOELIA MANRIQUEGONZALEZ**
- Tema 113. **CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SUS BENEFICIOS.**
  - **INMACULADA CARCELÉN RODENAS, MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA, MARIO PARREÑO JAREÑO, REMEDIOS CABAÑERO LUJÁN, MYRIAN CARCELÉN RODENAS**
- Tema 114. **LUPUS: CLAVES DEL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.**
  - **ALVARO IGNACIO PADRÓN GONZÁLEZ, CYNTHIA VIDAL CAMEÁN, TANIA HIERRO TORNER**
- Tema 115. **CUIDADOS HOSPITALARIOS DE ENFERMERÍA TRAS UNA CESÁREA.**
  - **BEATRIZ GARCÍA SERRANO, MARTA ATIENZA CORREAS, MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA**
- Tema 116. **CUIDADOS HOSPITALARIOS POST-CATETERISMO CARDIACO.**
  - **MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA, BEATRIZ GARCÍA SERRANO, MARTA ATIENZA CORREAS**
- Tema 117. **VALORACIÓN Y ACTUACIÓN EN PACIENTES CON DISFAGIA.**
  - **RICARD CONDE TORRES, CLARA GIL TORRAS, LYDIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ**
- Tema 118. **DRENAJES: MANIPULACIÓN Y CUIDADOS.**
  - **ESTHER RODRIGUEZ CASTELLANOS**
- Tema 119. **DUODOPA, GEL INTESTINAL, EN EL TRATAMIENTO DEL PARKINSON AVANZADO.**
  - **MARTA ATIENZA CORREAS, MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA, BEATRIZ GARCIA SERRANO**
- Tema 120. **EL CELADOR Y EL PACIENTE TERMINAL.**
  - **MARIA TERESA SERRANO ANTON**



# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 121. **DEFORMIDADES DE LA COLUMNA VERTEBRA: LA ESCOLIOSIS.**  
• **CLAUDIA CUEVAS MENÉNDEZ, PATRICIA FERVIENZA FUEYO**
- Tema 122. **ESTUDIOS RADIOLÓGICOS CON MEDIOS DE CONTRASTE.**  
• **ELIZABET GARCÍA GRANDA, PATRICIA MARTINEZ GARCÍA, RAQUEL RUIZ TURRADO, MARTA MARIA MORENO FERNANDEZ**
- Tema 123. **HUMANIZACIÓN (PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO) EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.**  
• **TANIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ, SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ, BIBIANA NUÑO PÉREZ, CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ**
- Tema 124. **IMPACTO DE LA SARCOPENIA EN EL TRASPANTE HEPÁTICO.**  
• **JOSE ANTONIO MARTÍNEZ OTÓN**
- Tema 125. **PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.**  
• **BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA**
- Tema 126. **INSTILACIÓN VESICAL MITOMICINA C EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN.**  
• **LEYRE IBERO PEMÁN, ANA MARTINEZ-PEÑA RUIZ, CARMELA TROYAS VISUS, CRISTINA HUARTE USTARROZ**
- Tema 127. **INTOXICACIÓN POR ANESTÉSICOS LOCALES.**  
• **MARÍA GAYO IGLESIAS, MARTA FERNÁNDEZ GUDÍN, JESSICA BLANCO SIERRA, CRISTIAN DE LA VIÑA GARCÍA**
- Tema 128. **LA ATENCIÓN A MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA.**  
• **MARIA CONCEPCION RODRIGUEZ VIAÑA**
- Tema 129. **DEPRESIÓN POSTPASPARTO.**  
• **ERIKA RAMOS GARCIA, BEATRIZ CUBAS RODRÍGUEZ**
- Tema 130. **INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA EN CÁNCER DE PULMÓN. CASO CLÍNICO.**  
• **SARA RODRÍGUEZ SUÁREZ, SONSOLES AGÜERIA ÁLVAREZ.**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 131. **NEUROMIELITIS ÓPTICA (NMO).**  
• **NATALIA VEGA REGUERAS, AINHOA VEGA REGUERAS, SARA RODRÍGUEZ CARBAJO, DIEGO CERRO TORRE**
- Tema 132. **CASO CLÍNICO CÁNCER DE PULMÓN.**  
• **MARIA VICTORIA COUTO CALVO, MONICA CORRALES PINTO, ANGELA GARCIA RODRIGUEZ, ELENA DIAZ-CUETO MARTINEZ**
- Tema 133. **FACTORES DE RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.**  
• **MIRIAM DE LA RIVALARIO**
- Tema 134. **ATENCIÓN HOSPITALARIA: PACIENTE ONCOLOGICO.**  
• **GEMA MARÍA BERNAL ALONSO**
- Tema 135. **POLICITEMIA EN UN RECIÉN NACIDO.**  
• **MARÍA LANA FERNÁNDEZ, JULIA ÁLVAREZ PEREIRA**
- Tema 136. **FUNCIONES DEL CELADOR Y TCAE EN ARTROSCOPIA DE HOMBRO.**  
• **MONTSERRAT DIAZ MARTINEZ, ANABEL DIAZ MARTINEZ, JESICA MARA LOPEZ POLA, ARANZAZU RODRIGUEZ POLA**
- Tema 137. **TÉCNICA DE APLICACIÓN DE LA ANESTESIA TRONCULAR.**  
• **JAIR MARTÍNEZ DÍAZ, MARIA ESTHER PELÁEZ SÁNCHEZ, SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA**
- Tema 138. **PREVALENCIA DE LAS ULCERAS DE EXTREMIDADES INFERIORES EN PACIENTE EN HEMODIÁLISIS.**  
• **ROCÍO JUNCO BLANCO**
- Tema 139. **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**  
• **INMACULADA CARCELÉN RODENAS, REMEDIOS CABAÑERO LUJÁN, MARIO PARREÑO JAREÑO, MYRIAN CARCELÉN RODENAS, MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA**
- Tema 140. **CONTENCIÓN PACIENTE HOSPITALIZADO.**  
• **BELEN ROZADA FUENTE**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 141. **QUÉ TRABAJO DESEMPEÑA EL CELADOR.**
  - **SANDRA RUIZ ESPEJO**
- Tema 142. **RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA.**
  - **CARMEN MAQUEDA VILLAREJO, FELIPE MERINO IGLESIAS, ALICIA CIDONCHA LOZANO , BEATRIZ GARCÍA GARCÍA**
- Tema 143. **RADIOTERAPIA: RADIOCIRUGÍA EN TUMORES Y MALFORMACIONES CEREBRALES.**
  - **JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ**
- Tema 144. **SINDROME DE BEHÇET DEBUT CON AFECTACIÓN NEUROLÓGICA.**
  - **XABIER AMEZTOY ECHENIQUE, SABELA PARDO DÍAZ, LEYRE REMÍREZ SIMÓN**
- Tema 145. **SONDAJE VESICAL.**
  - **CRISTINA RODRIGUEZ ABAD**
- Tema 146. **SUCCIÓN NO NUTRITIVA.**
  - **CLARA GIL TORRAS, LYDIA SANCHEZ FERNANDEZ, RICARD CONDE TORRES**
- Tema 147. **PACIENTE CON TRANSPLANTE RENAL**
  - **MÓNICA GONZÁLEZ GONZÁLEZ**
- Tema 148. **CÁNCER DE CÉRVIX UTERINO.**
  - **MARÍA OTERO ALONSO**
- Tema 149. **TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.**
  - **DAVID RODRÍGUEZ ALONSO, LLARA LAVILLA SOLÍS, CRISTINA ORDIALES VEGA, SHEILA PÉREZ RODRÍGUEZ, JENNYFER CORBEIRA PRESNO**
- Tema 150. **PERFUSIÓN CONTINUA DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA.**
  - **NEREA OTEO GARCIA , NURIA OSCARIZ PIEDRAFITA , MARIA CARRILLO DE ALBORNOZ LEZAUN , MAITE RODRIGUEZ ANTÚNEZ**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 151. **VÍA SUBCUTANEA EN CUIDADOS PALIATIVOS.**
- **OLATZ NAIARA ESLAVA ABAURREA, LEYRE MARTINEZ GOÑI, LUCIA LABORRA FAGOAGA, MARIA IBARROLA ELIZAGARAY**
- Tema 152. **ATENCIÓN ENFERMERA EN PROCESOS DERMATOLÓGICOS BENIGNOS CON CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA.**
- **SANDRA CARO CALDERÓN, VIRGINIA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ**
- Tema 153. **CUIDADOS BASADOS EN EL DOLOR A FINAL DE LA VIDA.**
- **CARLOS MANUEL NIEVES RODRIGUEZ, JOSE ANTONIO MINGORANCE RUBIÑO**
- Tema 154. **CALIDAD ASISTENCIAL. NECESIDAD DE INDICADORES DE CALIDAD.**
- **ILLÁN SÚAREZ RODRÍGUEZ, BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO, M<sup>PAZ</sup> NÚÑEZ FERNÁNDEZ**
- Tema 155. **ADMINISTRACIÓN DEL ÓXIDO NITROSO EN GESTANTES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.**
- **ANA PABLOS ÁLVAREZ, VERÓNICA ARIAS FRA**
- Tema 156. **ADMINISTRACIÓN HOSPITALRIA DE HIERRO PARENTERAL.**
- **PAULA ARIAS BRUZOS, RAQUEL TRONCO PELAÉZ**
- Tema 157. **AISLAMIENTO HOSPITALARIO.**
- **JOSE DÍAZ FERNANDEZ**
- Tema 158. **CUIDADOS ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA.**
- **BEGOÑA GARCIA VELARDE, MARGARITA SERRANO SUÁREZ, SONIA MARIA PLAZA GARCÍA**
- Tema 159. **POR UN BUEN CLIMA LABORAL EN EL CENTRO SANITARIO.**
- **BENJAMIN CASTAÑO COTA, JOSE MANUEL GARCIA PEREZ**
- Tema 160. **CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES EN CAMADOS.**
- **VILMA DIAZ PEREZ, NOELIA GONZALEZ PIÑERA, ELISABET HEVIA CAMIN, MARIA PILAR HOLGUIN PEREZ**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 161. **CÁNCER DE RECTO: DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN TNM MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA.**
  - **LAURA DÍAZ RUBIA, FRANCISCO JAVIER GARCÍA VERDEJO**
- Tema 162. **RADIOTERAPIA EN EL ESTUDIO DEL FIBROCARTELAGO TRIANGULAR MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA.**
  - **CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ**
- Tema 163. **RADIOTERAPIA EN LA POLIQUISTOSIS HEPÁTICA EN EL ADULTO.**
  - **CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ**
- Tema 164. **RADIOTERAPIA: IRRADIACIÓN EXTERNA COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CARCINOMA DUCTAL IN SITU DE MAMA.**
  - **CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ**
- Tema 165. **EL TRATO AL PACIENTE, LAS SALAS Y LA SEÑALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.**
  - **MERCEDES ERICE ÁLVAREZ, NOELIA DE CON SANTOS, SUSANA GARCIA LUCES, LEONOR M<sup>a</sup> ARMENTEROS DEL OLMO**
- Tema 166. **HERPES VIRUS.**
  - **MARTA APARICIO PÉREZ, ARIADNE FLÓREZ MUÑIZ**
- Tema 167. **QUISTES BILIARES.**
  - **LIDIA SERRANO DÍAZ**
- Tema 168. **FISIOTERAPIA EN NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.**
  - **GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS**
- Tema 169. **FISIOTERAPIA Y AUTISMO.**
  - **GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS**
- Tema 170. **RESONANCIA MAGNÉTICA Y USO DE ANESTESIA EN PACIENTES CON ANSIEDAD.**
  - **PABLO RODRÍGUEZ NEIRA**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 171. ENFERMERIA Y CUIDADOS PALIATIVOS.  
• **SUSANA MARTIN LORENTE**
- Tema 172. ACTUALIZACIÓN EN HIPERHIDROSIS.  
• **ROMÁN BARABASH NEILA**
- Tema 173. ENFERMERIA Y CUIDADOS PALIATIVOS.  
• **SUSANA MARTIN LORENTE**
- Tema 174. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL NEO DE RECTO  
• **PABLO LOZA ROMERO**
- Tema 175. LA FISIOTERAPIA, UNA PARTE IMPRESCINDIBLE EN EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LA ELA.  
• **MARIA CARMEN ORTIZ GIMENEZ, EVA PEREZ PARRA, FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIA, FRANCISCA YOLANDA MURCIA ARAGON**
- Tema 176. DIAGNÓSTICO DE ISQUEMIA INTESTINAL MEDIANTE PRUEBAS RADIOLÓGICAS.  
• **SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ, RAQUEL SERRANO FERRERO, JOSE DAVOR GARCÍA RODRIGUEZ, ÁNGELA BAÑOS TRABANCO**
- Tema 177. LA CONTENCIÓN MECÁNICA DE PACIENTES.  
• **ANA BELÉN PARAJA SUÁREZ, MARÍA TERESA PARAJA SUÁREZ**
- Tema 178. HALLAZGOS EN TC EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA.  
• **LAURA DÍAZ RUBIA, FRANCISCO JAVIER GARCÍA VERDEJO**
- Tema 179. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN LOS CUATRO PRIMEROS MESES DE TRATAMIENTO  
• **ANA CANO TURPÍN, CARMEN ORTIZ GIMÉNEZ , ELISA BAUTISTA ALARCÓN, EVA PÉREZ PARRA**
- Tema 180. VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN SITUACIÓN CLÍNICA ESTABLE.  
• **MARTA RÍOS LEÓN**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 181. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TUMORES HIPOFISARIOS.  
• *ANA PABLOS ÁLVAREZ, VERÓNICA ARIAS FRA*
- Tema 182. EFECTIVIDAD DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR EN LA FASCITIS PLANTAR.  
• *FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIA, ANA CANO TURPIN, EVA PEREZ PARRA, FRANCISCA YOLANDA MURCIA ARAGON*
- Tema 183. LISTA DE VERIFICACIÓN ANTES DE ACUDIR A UNA REANIMACIÓN EN LA SALA DEPARTOS.  
• *GEMMA MENÉNDEZ CALZÓN, MARÍA MENÉNDEZ CALZÓN*
- Tema 184. CIRROSIS BILIAR PRIMARIA Y MÁS.  
• *MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ*
- Tema 185. CIRUGIA SIN SANGRE, UNA CRECIENTE DEMANDA.  
• *LYDIA WARNER PALLAS, M.JESÚS ÁLVAREZ PÉREZ*
- Tema 186. CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.  
• *SILVIA TORRE FERNÁNDEZ*
- Tema 187. DISTROFIA DE FUCHS.  
• *ELISA VALLINA GONZÁLEZ, ESPERANZA VELASCO CAMPA*
- Tema 188. DOLOR CRÓNICO Y EJERCICIO TERAPÉUTICO.  
• *JOSÉ ANTONIO MINGORANCE RUBIÑO, CARLOS MANUEL NIEVES RODRÍGUEZ*
- Tema 189. EL CELADOR EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.  
• *BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS, ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS, SILVIA MEANA GÓMEZ*
- Tema 190. EL CELADOR EN QUIRÓFANO.  
• *ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS, BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS, SILVIA MEANAGÓMEZ*

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 191. **EVALUACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LOS ESTOMAS. PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA.**
- **PATRICIA CALVO ALONSO**
- Tema 192. **FACTORES HUMANOS QUE AYUDAN AL SISTEMA SANITARIO, HOSPITALARIO.**
- **SONIA MARIA PLAZA GARCIA, BEGOÑA GARCIA VELARDE, MARGARITA SERRANO SUAREZ**
- Tema 193. **TEST RÁPIDO DE UREASA. DETECTANDO LA HELICOBACTER PYLORI.**
- **BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO, M<sup>a</sup> PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ, ILLÁN SÚAREZ RODRÍGUEZ**
- Tema 194. **HISTORIA DE LA ANESTESIA.**
- **M. JESÚS ÁLVAREZ PÉREZ, LYDIA WARNER PALLÁS**
- Tema 195. **IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN PRE-OPERATORIA EN RECONSTRUCCIÓN DE LCA.**
- **RODRIGO ÁLVAREZ GONZÁLEZ**
- Tema 196. **ESTUDIO DE LA ISQUEMIA INTESTINAL MEDIANTE PRUEBAS DE IMAGEN.**
- **LAURA DÍAZ RUBIA, FRANCISCO JAVIER GARCÍA VERDEJO**
- Tema 197. **UN BINOMIO INSEPARABLE: ENFERMO TERMINAL Y FAMILIA.**
- **LAIA VELA SORIGÓ, CLARA ESTEVE SALA**
- Tema 198. **EL EQUIPO QUIRÚRGICO**
- **RAQUEL RUÍZ TURRADO, MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ, ESTEFANIA BLANCO GARCÍA, ROCÍO VAZQUEZ CUERVO**
- Tema 199. **LA EXTRAVASACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTES INTRAVENOSOS.**
- **LAURA TRABADA MARTÍN, LAURA GARCIA FERNANDEZ, ANA ISABEL GONZALEZ ÁLVAREZ, MARIA JOSÉ MARTÍN SANCHEZ**
- Tema 200. **LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN AL USUARIO.**
- **SILVIA MEANA GÓMEZ, ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS, BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS**



# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

## TOMO III

- Tema 201. LA RADIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER.  
• **MARCOS SÁNCHEZ CASERO**
- Tema 202. PREVENCIÓN DE CAIDAS EN EL ANCIANO.  
• **LETICIA GONZÁLEZ CUERVO, ARANZAZU JAMBRINA MARTÍNEZ., PILAR RUIZ CRESPO, SUSANA DÍAZ DÍAZ**
- Tema 203. TEMA.LA APNEA DEL SUEÑO.  
• **CLAUDIA CRISTINA GONZÁLEZ REYES, MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO, MARÍA JESÚS DÍAZ SUÁREZ**
- Tema 204. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL MONITOR DE HEMODIÁLISIS  
• **NOELIA GONZÁLEZ PIÑERA, VILMA DÍAZ PÉREZ, MARÍA PILAR HOLGUÍN PÉREZ, ELISABET HEVIA CAMÍN**
- Tema 205. MONITORIZACIÓN MEDIANTE CATETER SWAN-GANZ DURANTE EL PERIODO INTRAOPERATORIO.  
• **AINHOA SAN MIGUEL AGUIRRE, MARIA MERCEDES GOÑI AGUIRRE, MARTA GRAU SUAREZ VARELA**
- Tema 206. CALIDAD ASISTENCIAL. NECESIDAD DE INDICADORES DE CALIDAD.  
• **ILLÁN SÚAREZ RODRÍGUEZ, BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO, M<sup>o</sup>PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ**
- Tema 207. BASES ANATOMICAS DE LAS VIAS DE ACCESO TRANSMANDIBULARES: OSTEOTOMIAS MANDIBULARES.  
• **CRISTINA MARTIN VILLARES, MARIA JOSE GONZALEZ GIMENO**
- Tema 208. PAE APLICADO A UN PACIENTE PEDIÁTRICO EN HEMODIÁLISIS.  
• **ANA ISABEL GONZÁLEZ ÁLVAREZ, LAURA TRABADA MARTÍN, LAURA GARCÍA FERNÁNDEZ**
- Tema 209. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE DIABÉTICO.  
• **JUAN CARLOS BOADA VERA, VERÓNICA MÉNDEZ PRADA**
- Tema 210. PARTOS EN CASA.  
• **M<sup>a</sup> JESÚS DÍAZ SUÁREZ, CLAUDIA CRISTINA GONZÁLEZ REYES, M<sup>a</sup> ELENA SUÁREZ MONTERO**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 211. **LINFOMA DE HODKING, CASO CLÍNICO.**  
• **VERÓNICA MÉNDEZ PRADA, JUAN CARLOS BOADA VERA**
- Tema 212. **USO INADECUADO DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO.**  
• **YÉSICA DÍAZ ROCES, MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ , VIRGINIA CASTARROYO MERINO, COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ**
- Tema 213. **LACTANCIA MATERNA Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO.**  
• **ARANZAZU JAMBRINA MARTINEZ, PILAR RUIZ CRESPO, SUSANA DIAZ DIAZ, LETICIA GONZALEZ CUERVO**
- Tema 214. **ENEMA OPACO ESTUDIO DEL INTESTINO GRUESO.**  
• **SUSANA GARCIA LUCES, LEONOR MARIA ARMENTEROS DEL OLMO, MERCEDES ERICE ÁLVAREZ, NOELIA DE CON SANTOS**
- Tema 215. **PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**  
• **SONIA ÁLVAREZ GRANDA, NOELIA NÚÑEZ RIAL, VALERIA CATERINE QUEZADA VALENCIA**
- Tema 216. **EPIDEMIOLOGIA Y PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES.**  
• **JOSE MANUEL MENDEZ FERNANDEZ**
- Tema 217. **FISIOTERAPIA APLICADA TRAS LA DESCOMPRESIÓN EN UN SÍNDROME SUBACROMIAL.**  
• **EVA PÉREZ PARRA, MARI CARMEN ORTIZ GIMÉNEZ, ELISA BAUTISTA ALARCÓN, FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIÁ**
- Tema 218. **EL PACIENTE ANTICOAGULADO.**  
• **ANA PABLOS ÁLVAREZ, VERÓNICA ARIASFRA**
- Tema 219. **PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS.**  
• **PAULA OTERO GONZÁLEZ, CRISTINA CRESPO IMAZ**
- Tema 220. **DISFAGIA ALIMENTACIÓN ORAL EN EL HOSPITAL.**  
• **MARÍA PILAR HOLGUÍN PÉREZ, ELISABET HEVIA CAMÍN, NOELIA GONZALEZ PIÑERA, VILMA DÍAZ PÉREZ**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 221. **PREVENCIÓN DE CAIDAS. EQUIPOS INTERDISCIPLINARES Y TERAPIA OCUPACIONAL.**
  - ***PABLO RODRÍGUEZ NEIRA, SILVIA ZAPICO GUTIÉRREZ***
- Tema 222. **PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES: LAVADO DE MANOS.**
  - ***VIRGINIA CASTARROYO MERINO, COVADONGA FERNANDEZ SUAREZ, YESICA DIAZ ROCES, MONTSERRAT FERNANDEZ ALVAREZ***
- Tema 223. **QUEMADURAS.**
  - ***ANA MARÍA GRUESO CARRIO***
- Tema 224. **RETRACCIÓN FLEXORES DEDOS DEL PIE.**
  - ***ELISA BAUTISTA ALARCÓN, ANA CANO TURPÍN, EVA PÉREZ PARRA, FRANCISCA YOLANDA MURCIA ARAGÓN***
- Tema 225. **EXPOSICIÓN A AGENTES BIOLÓGICOS DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO.**
  - ***LEONOR M. ARMENTEROS DEL OLMO, MERCEDES ERICE ÁLVAREZ, NOELIA DE CON SANTOS, SUSANA GARCÍA LUCES***
- Tema 226. **SEGURIDAD EN EL USO DE MEDIOS DE CONTRASTE BASADOS EN GADOLINIO. PUESTA AL DÍA.**
  - ***ANA MILENA MUÑOZ***
- Tema 227. **USO DEL CBD EN PACIENTES CON EPILEPSIA RESISTENTE AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.**
  - ***MARIA LUZ RODRIGUEZ BLASÓN***
- Tema 228. **VEJIGA NEURÓGENA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**
  - ***MÍRIAM GARCÍA GARCÍA, ÁNGELA ÁLVAREZ CABO, MARÍA ISABEL CHAVES MARTÍNEZ, BEATRIZ GARCÍA DÍAZ***
- Tema 229. **FUNCIONES DEL TCAE EN SALUD HOSPITALARIA.**
  - ***M<sup>a</sup> AMOR QUETZAL GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, FANNY PIEDAD NAGUA NAGUA, SUSANA LÓPEZ CARRO, PIEDAD MELISSA OYOLA NAGUA***
- Tema 230. **ACTUALIZACIÓN EN BLOQUEO NEUROMUSCULAR.**
  - ***CRISTINA ÁLVAREZ HERREROS***

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 231. **ALTERACIONES DEL CICLO SUEÑO-VIGILIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO.**  
• **ALBA MARÍA CABAL VALLE, JUDITH ÁLVAREZ RIESGO, ELISA ANTORANZ CASTRO, ALICIA MENÉNDEZ RODRÍGUEZ**
- Tema 232. **ANESTESIA EN EL PACIENTE CARDIÓPATA SOMETIDO A CIRUGÍA NO CARDÍACA.**  
• **VÍCTOR SILVESTRE VICEDO, JENNY MEDINA VÁSQUEZ, JOANA BALDÓ GOSÁLVEZ, CYNTHIA SÁNCHEZ MARTÍN, SARA CUENCA TELLO**
- Tema 233. **ANSIEDAD PERIOPERATORIA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO. ABORDAJE Y CUIDADOS.**  
• **ANTONIO MARTÍNEZ LUCERGA, NOELIA LOPEZ VIDAL, MARÍA DEL PILAR TERUEL FRANCÉS, MARÍA DEL PILAR GARCÍA PÉREZ**
- Tema 234. **TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS COMPLEJOS DE AORTA TORACO- ABDOMINAL. NUEVAS IMPLICACIONES PARA EL EQUIPO QUIRÚRGICO.**  
• **LORENA MOLADA MONTAÑANA, PILAR IBÁÑEZ DOLZ, ESTEFANÍA MARTÍNEZ GONZÁLEZ, MARTA MATEOS MAZÓN**
- Tema 235. **ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS.**  
• **CRISTINA CRESPO IMAZ, PAULA OTERO GONZALEZ**
- Tema 236. **KETAMINA INTRANASAL FRENTE A TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) EN PACIENTES CON DEPRESIÓN RESISTENTE.**  
• **LUZ MARÍA SABATER GARCÍA**
- Tema 237. **EJERCICIO FÍSICO DURANTE EL TRATAMIENTO EN HEMODIALIS.**  
• **CRISTINA CRESPO IMAZ, PAULA OTERO GONZÁLEZ**
- Tema 238. **LO QUE SE PUEDE ESCONDER TRAS UN DOLOR ABDOMINAL.**  
• **ANDREA CAYUELA LÓPEZ, ELENA CALATRAVA LÓPEZ-RONCO, MARIA JOSÉ AYALA HERNÁNDEZ**
- Tema 239. **ACTUACIÓN OJO ROJO EN ATENCIÓN PRIMARIA.**  
• **SONIA CAROLINA LAGARES ABREU, JAVIER HERNÁNDEZ JIMENEZ**
- Tema 240. **FIBROMATOSIS PLANTAR O ENFERMEDAD DE LEDDERHOSE.**  
• **MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 241. **MANEJO DE LA ANSIEDAD EN ADOLESCENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: UNA MIRADA AL MINDFULNESS.**  
• **LUZ MARÍA SABATER GARCÍA**
- Tema 242. **ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DEL MUCOCELE APENDICULAR.**  
• **PEDRO VICENTE FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ**
- Tema 243. **MONITORIZACIÓN NO INVASIVA DE LA PROFUNDIDAD ANESTÉSICA.**  
• **JENNY KATHERINE MEDINA VÁSQUEZ, CYNTIA SANCHEZ MARTÍN, JOANA BALDÓ**
- Tema 244. **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN ARTROPLASTIA DE RODILLA.**  
• **MARIA JOSEFA CASARRUBIOS ABAD, MARIA JOSE DIAZ-PARREÑO CASARRUBIOS**
- Tema 245. **EFFECTIVIDAD DEL ESTIRAMIENTO EN LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR POST-PUNCIÓN EN PACIENTES CON DOLOR CERVICAL.**  
• **MIGUEL ÁNGEL SERRANO RODRÍGUEZ**
- Tema 246. **EJERCICIO FÍSICO EN LA VEJEZ.**  
• **MARÍA GRACIA MARTÍNEZ NARANJO, JAIME CUEVA DE MERA, ELENA TARJUELO DEL MOLINO, EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE**
- Tema 247. **SINROME DE DUMPING PAUTAS DE ACTUACIÓN.**  
• **JULIO R. MORGADO RODRIGUEZ**
- Tema 248. **ANÁLISIS DEL EQUILIBRIO ACIDOBÁSICO. MÉTODO DE STEWART.**  
• **FERNANDO RAUER ALCOVER, CRISTINA ÁLVAREZ HERREROS, JULIA MARTÍN JARAMAGO, LUCAS MAIZA CORTÉS, CARLOS ASENCIO SÁNCHEZ**
- Tema 249. **FÁRMACOS OPIOIDES EN ANALGESIA PERIOPERATORIA Y ALTERNATIVAS A SU UTILIZACIÓN.**  
• **MIGUEL LUCAS MAIZA CORTÉS, CARLOS MANUEL ASENCIO SÁNCHEZ, JULIA MARTÍN JARAMAGO, VÍCTOR SILVESTRE VICEDO**
- Tema 250. **HEMATOMA EPIDURAL**  
• **ARIADNE FLÓREZ MUÑIZ, MARTA APARICIO PÉREZ**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 251. INTERVENCIÓN COGNITIVA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.  
• *IRADI LAFONT MIRA , M<sup>a</sup> CRISTINA BERNAL LUJÁN, CRISTINA SOTO DÍAZ, MIRIAN MARTINEZ MARÍN*
- Tema 252. IMPACTO PSICOLÓGICO DEL INFARTO DE MIOCARDIO.  
• *ANA GARCÍA- DANTAS, Y JUANA MARIA TRINIDAD MONTERO*
- Tema 253. INCIDENCIA DEL CÁNCER EN ESPAÑA, AYER Y HOY.  
• *ANGELA HERNANDO TEMPRANA*
- Tema 254. GUIA INTUBACION DIFICIL.  
• *ERIKA NAVARRO RUIZ, LUCIA ARNEDEO LADRON, PATRICIA SANZ MARTINEZ, NEREA CORNAGO NAVASCUES*
- Tema 255. LA HIGIENE DE MANOS EN LA CALIDAD FINAL DE LA ASISTENCIA SANITARIA.  
• *DIONISIO CASADO FERNÁNDEZ, ARACELI ZAPICO DÍAZ*
- Tema 256. LA INCLUSIÓN EN LA SOCIEDAD A PACIENTES CON OSTOMIAS.  
• *CARIDAD MAESO MOZO*
- Tema 257. HEPATITIS AGUDA TUBERCULOSA EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA EN TRATAMIENTO CON AZATIOPRINA E INFLIXIMAB.  
• *MARTA GÓMEZ ALONSO, LAURA PULIDO FONTES, MARTA PULIDO FONTES, MARTA RINCÓN FRANCÉS*
- Tema 258. SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN PEDIATRÍA MEDIANTE LA PDA HEMOCOD®.  
• *SONIA ISO-GAYARRE, ERIKA GÓMEZ-LARRAMBE, M. CRISTINA ECHAPARE-ZABALETA, JOSÉ M. MONFORTE-ESPIAU*
- Tema 259. MANEJO DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO.  
• *AMPARO SÁNCHEZ ROMERO*
- Tema 260. MANEJO DISTRÉS RESPIRATORIO.  
• *CYNTIA SÁNCHEZ MARTÍN, SARA CUENCA TELLO, ESTEFANIA MARTÍNEZ GONZALEZ, FERNANDO RAUER ALCOVER*

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 261. ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN NUEVAS TECNOLOGÍAS Y EL ESTRÉS EN HOSPITALES.  
• **FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA**
- Tema 262. ENFERMEDAD DE PARKINSON.  
• **ÁNGELA ROMERO RODRÍGUEZ**
- Tema 263. NUTRICIÓN Y EMBARAZO.  
• **LUCÍA ÁLVAREZ PRENDES**
- Tema 264. STESIA PARA CIRUGÍA TORÁCICA: IMPLICACIONES DE LA VENTILACIÓN UNIPULMONAR.  
• **MARÍA LETICIA NARVÁEZ RODRÍGUEZ, VERÓNICA RUIZ ALCALÁ**
- Tema 265. LA NUTRICIÓN ENTERAL  
• **MARIA VICTORIA GALLARDO FRA**
- Tema 266. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO Y ADMINISTRACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFERICA.  
• **MARIA LUISA GARCIA FRADEJAS, ANGELA MARTOS MARTIN-CONSUEGRA, ISABEL CALERO GIL, ALBA COLLADO RODRIGUEZ**
- Tema 267. EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN CIRUGÍA NO CARDIACA.  
• **MARIA GUERRERO GARCIA, MARTA NAVAS MORUNO**
- Tema 268. URGENCIAS Y EMERGENCIAS.  
• **NOELIA RODRIGUEZ ALVAREZ, RAQUEL TRONCO PELAEZ**
- Tema 269. MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE DIABÉTICO.  
• **SARA CUENCA TELLO, FERNANDO RAUER ALCOVER, ESTEFANÍA MARTÍNEZ GONZÁLEZ, CRISTINA ÁLVAREZ HERREROS**
- Tema 270. MEDIDAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA HOSPITALARIA.  
• **NATALIA TOCINO PRIETO, CRISTINA ALFARO JIMENEZ, ADRIÁN SUAREZ MERINO**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 271. **TOMA, RECOGIDA, MANIPULACION, TRANSPORTE Y CONSERVACION DE MUESTRAS, POR EL TECNICO EN CUIDADOS DE AUXILIARES DE ENFERMERIA: RECOGIDA DE ORINA.**
  - **MARIA TERESA ALONSO SUAREZ.**
- Tema 272. **RECOMENDACIONES ENFERMERAS SOBRE EL MANEJO DE ANTICOAGULANTES ORALES EN PACIENTES HOSPITALARIOS.**
  - **JOSE LUIS RUIZ CAROT, M<sup>º</sup> AMPARO GARCIA RUIZ, FRANCISCO VILLALGORDO GIL DANIEL VALLEJO SIERRA.**
- Tema 273. **DIETAS HOSPITALARIAS O TERAPEUTICAS.**
  - **MÓNICA MENÉNDEZ MÉNDEZ.**
- Tema 274. **TIPO DE ANESTESIA MÁS EFICIENTE Y MENOS DOLOROSA EN SUTURAS PEQUEÑAS: TÓPICA, INFILTRADA O NO USAR NINGUNA.**
  - **SANDRA DÍAZ ARAÚJO.**
- Tema 275. **ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
  - **ÁNGELA ROMERO RODRÍGUEZ.**
- Tema 276. **COMO AFRONTAR LA MUERTE EN LA UCI.**
  - **NATALIA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, TSIU YEN CHAN DIEZ, AIDA FANJUL ARGÜELLES, JOSÉ IVAN LÓPEZ MARTÍNEZ, HELENA DIAZ LOSAS**
- Tema 277. **EL SINDROME DE ABSTINENCIA ALCOHOLICA EN EL HOSPITAL.**
  - **CHRISTIAN ÁLVAREZ ESLAVA, TERESA CRIADO GONZALEZ**
- Tema 278. **AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS.**
  - **ELENA CANO MATEO.**
- Tema 279. **ANEMIA.**
  - **JOSE ANGEL BLANCO FERNANDEZ, VERONICA PULIDO LOBERA, MARIA DEL SEQUERO RODRIGUEZ BAZ, BELEN PEREDA DE LA FUENTE.**
- Tema 280. **BLOQUEO A NIVEL DEL PLEXO BRAQUIAL.**
  - **LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ, LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ, PABLO NIETO PÉREZ.**



# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 281. **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE OSTOMIZADO.**
- **GABRIEL FUEGO CAVEDA, SHEILA ARNIELLA PÉREZ, CHRISTIAN GARCÍA ÁLVAREZ, AÍDA RAMOS CORDERO.**
- Tema 282. **EXAMEN DEL PH DEL CUERO CABELLUDO FETAL.**
- **DILEY CASARIEGO GARCIA. MARIA PILAR CABALLERO SANCHEZ.**
- Tema 283. **ASESORAMIENTO ENFERMERO EN LA LACTANCIA MATERNA.**
- **JESÚS MARTÍN ROMERO.**
- Tema 284. **CUIDADOS DEL PACIENTE OPERADO DE FRACTURA DE CADERA.**
- **ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO, SHEILA PRIETO LOPEZ, RUT MORILLAS IGLESIAS, YOLANDA PUENTEDURA MARTIN.**
- Tema 285. **MANEJO EN HERIDAS TORPIDAS.**
- **OLGA CAAMAÑO SELMA, JESÚS MARTÍN ROMERO.**
- Tema 286. **HEMORRAGIAS DURANTE EL EMBARAZO.**
- **MARÍA PILAR LÓPEZ PIZARRO, GEMA NUÑEZ-BARRANCO GARCÍA.**
- Tema 287. **INCLUSIÓN DE BIOPSIAS PEQUEÑAS POR EL TEAP EN ANATOMÍA PATOLÓGICA.**
- **CRISTINA ARCE DÍAZ, JOANA SERRANO ORTIZ, MARÍA DEL CARMEN VALBUENA ENCINAS, ANDREA GONZALEZ GONZALEZ.**
- Tema 288. **LAS BIOPSIAS INTRAOPERATORIAS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA.**
- **MARIA DEL CARMEN VALBUENA ENCINAS, ANDREA GONZÁLEZ GONZÁLEZ, CRISTINA ARCE DÍAZ, JOANA SERRANO ORTIZ.**
- Tema 289. **¿ENGORDA LA CERVEZA?**
- **CHRISTIAN ÁLVAREZ ESLAVA, TERESA CRIADO GONZALEZ.**
- Tema 290. **NUEVA VISIÓN QUIRÚRGICA: CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA, EL NUEVO PAPEL DE ENFERMERÍA.**
- **CARMEN PILAR QUEVEDO DOMÍNGUEZ.**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 291. **COMPLICACIONES DE A VENTILACIÓN MECANICA INVASIVA.**
- **ALICIA MENÉNDEZ RODRÍGUEZ**
- Tema 292. **CONVULSIONES FEBRILES.**
- **LLIBERTÁ LORENZO COLLAZO, CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, SANDRA SOTURA CARRERA, PATRICIA OTERO MENÉNDEZ.**
- Tema 293. **AFÉRESIS TERAPÉUTICA, TIPOS Y TÉCNICAS.**
- **CRISTINA ORDIALES VEGA, SHEILA PÉREZ RODRÍGUEZ, JENNYFER CORBEIRA PRESNO, DAVID RODRÍGUEZ ALONSO, LLARA LAVILLA SOLÍS.**
- Tema 294. **LA COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA COMO ALTERANATIVA QUIRÚRGICA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO.**
- **CYNTHIA VIDAL CAMEÁN, TANIA HIERRO TORNER.**
- Tema 295. **CUIDADO Y MANEJO ENFERMERO EN EXTRAVASACIONES DE CONTRASTE YODADO DURANTE UNA TOMOGRAFIA COMPUTERIZADA.**
- **VERÓNICA DE LA FUENTE ELÍAS, LIDIA EXPÓSITO MARQUES, MARÍA FEITO ÁLVAREZ.**
- Tema 296. **DACRIOPS: UN PROBLEMA INADVERTIDO.**
- **MARTA FERNANDEZ GUDIN, JESSICA BLANCO SIERRA, CRISTIAN DE LA VIÑA GARCÍA, MARIA GAYO IGLESIAS.**
- Tema 297. **DERRAME PLEURAL.**
- **BELEN PEREDA DE LA FUENTE, JOSE ANGEL BLANCO FERNANDEZ, VERONICA PULIDO LOBERA, MARIA DEL SEQUERO RODRIGUEZ BAZ.**
- Tema 298. **MÉTODO CANGURO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN NEONATOS.**
- **SANDRA CASARIEGO GARCÍA, SANDRA GONZÁLEZ ARIAS**
- Tema 299. **DISFAGIA EN EL PACIENTE ANCIANO.**
- **CLARISA GARCIA AMOR, MARTA MORAN SUAREZ, ANA CRISTINA LORENZO GARCIA, DAVID GONZALEZ MUÑOZ, SERGIO BARRIGA BREÑA**
- Tema 300. **DOCUMENTACION SANITARIA NO CLINICA.**
- **MARGARITA SERRANO SUÁREZ, SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA, BEGOÑA GARCIA VELARDE.**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

## TOMO IV

- Tema 301. **EL SÍNDROME DE HORNER. COMPLICACIÓN DE LA ANESTESIA EPIDURAL OBSTETICIA.**
- **MARIA DEL PILAR RUÍZ ESPINA, M<sup>º</sup> ANGELES MARTINEZ BESTEIRO.**
- Tema 302. **EMBARAZO Y ÁCIDO FOLICO COMO PREVENCIÓN.**
- **DIANA TUÑÓN PASTOR, ISABEL BERTAULT BENEDICTO, SARA GARCÍA NOVO, MARÍA PILAR LOBATO ÁLVAREZ.**
- Tema 303. **ENFERMEDAD HEMORROIDAL.**
- **ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL, ANA ISABEL MUÑIZ DÍAZ.**
- Tema 304. **EMPLEO DE ANALGESIA EPIDURAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.**
- **GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA, MARÍA PILAR LÓPEZ PIZARRO.**
- Tema 305. **EQUIPO REHABILITADOR EN ORTOGERIATRÍA. FRACTURAS DE CADERA.**
- **DAVID GONZALEZ MUÑOZ, SERGIO BARRIGA BREÑA, CLARISA GARCÍA AMOR, MARTA MORÁN SUÁREZ, ANA CRISTINA LORENZO GARCÍA**
- Tema 306. **PLAN DE ACTUACIÓN ANTE ESTREÑIMIENTO TRAS UNA FRACTURA DE CADERA.**
- **ANA CRISTINA LORENZO GARCIA, DAVID GONZALEZ MUÑOZ, SERGIO BARRIGA BREÑA, CLARISA GARCÍA AMOR, MARTA MORÁN SUAREZ**
- Tema 307. **HIGIENE POSTURAL EN INSTITUCIONES SANITARIAS.**
- **ALEJANDRO ALONSO FERNANDEZ, FELIX ALONSO FERNANDEZ.**
- Tema 308. **IMPORTANCIA DE REALIZAR CAMBIOS POSTURALES A PACIENTES ENCAMADOS.**
- **MARIA PILAR CABALLERO SANCHEZ, DILEY CASARIEGO GARCÍA.**
- Tema 309. **MIOPIA.**
- **PILAR RUIZ CRESPO, SUSANA DIAZ DIAZ, LETICIA GONZALEZ CUERVO, ARANZAZU JAMBRINA MARTINEZ, PILAR MARTÍNEZ DE LA ROSA.**
- Tema 310. **LA LACTANCIA MATERNA COMO OBJETIVO DE PRIMER ORDEN EN LA SALUD PÚBLICA.**
- **PATRICIA OTERO MENENDEZ, LLIBERTA LORENZO COLLAZO, CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, SANDRA SOTURA CARRERA.**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 311. **LAS CATARATAS.**
- **AURISTELA ACEVEDO SUAREZ, ARACELI HUERTA FERNANDEZ, MARIA ISABEL GARCIA FERNANDEZ, INES RODRIGUEZ FERNANDEZ.**
- Tema 312. **CONSTANTES VITALES.**
- **ARACELI HUERTA FERNANDEZ, MARIA ISABEL GARCIA FERNANDEZ, INES RODRIGUEZ FERNANDEZ, AURISTELA ACEVEDO SUAREZ, PILAR MARTÍNEZ DE LA ROSA.**
- Tema 313. **HIGIENE DE MANOS. SEGURIDAD DEL PACIENTE.**
- **SILVIA ZAPICO GUTIERREZ, PABLO RODRIGUEZ NEIRA.**
- Tema 314. **PROTOCOLO DE MANIPULACIÓN DE IMPLANTOFIX PARA ENFERMERÍA.**
- **IVÁN ÁLVAREZ DÍAZ, MARÍA FERNÁNDEZ IGLESIAS, FERNANDA GUTIERREZ ÁLVAREZ, SUSANA ÁLVAREZ LOPEZ.**
- Tema 315. **MANTENIMIENTO DE LOS ACCESOS VASCULARES PERIFÉRICOS.**
- **VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ, LUCÍA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, TAMARA GARCÍA ORDÓÑEZ, AIDA GARCÍA ARDURA.**
- Tema 316. **REVISIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS, QUE RECIBAN QUIMIOTERAPIA A TRAVÉS DE UN PORT-A-CATH O DE UN PICC.**
- **MILAGROS ESTEFANI ORE PEREZ, ROCÍO DEL PILAR BERMEJO MOSQUERA, IRENE GARCÍA RODRIGUEZ, TAMARA SANTANA PEREZ, ANA VAQUERO MARTIN.**
- Tema 317. **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL EPOC.**
- **SAIDA MORENO FERNÁNDEZ.**
- Tema 318. **NUTRICIÓN EN ENFERMEDADES GÁSTRICAS.**
- **SARA GARCÍA NOVO, MARÍA PILAR LOBATO ÁLVAREZ, ISABEL BERTAULT BENEDICTO, DIANA TUÑÓN PASTOR.**
- Tema 319. **DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE LA PATOLOGÍA DE PENE MAS COMÚN EN NUESTRO MEDIO.**
- **TANIA HIERRO TORNER, CYNTHIA VIDAL CAMEÁN.**
- Tema 320. **ARTROPATÍA PSORIÁSICA.**
- **LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ, LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ.**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 321. **LA AUTOPSIA CLÍNICA: RIESGO DE INFECCIONES.**
- **JOANA SERRANO ORTIZ, MARIA DEL CARMEN VALBUENA ENCINAS, ANDREA GONZÁLEZ GONZÁLEZ, CRISTINA ARCE DÍAZ.**
- Tema 322. **CARGA MUNDIAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA.**
- **MÓNICA AMADO MENÉNDEZ, VERÓNICA NUÑEZ ÁLVAREZ, ROBERTO RUBIO MENÉNDEZ, MARIA JOSÉ PIÑERA GUTIERREZ, LETICIA AMADO MENÉNDEZ.**
- Tema 323. **PACIENTE QUE ACUDE A CONSULTA CON HIPERTENSIÓN Y OBESIDAD.**
- **SANDRA GONZALEZ ARIAS, SANDRA CASARIEGO GARCIA.**
- Tema 324. **ONE STEP ACID AMPLIFICATION PARA GANGLIO CENTINELA DE MAMA.**
- **ANDREA GONZALEZ GONZALEZ, CRISTINA ARCE DIAZ, JOANA SERRANO ORTIZ, MARIA DEL CARMEN VALBUENA ENCINAS.**
- Tema 325. **CARGA MUNDIAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA.**
- **MÓNICA AMADO MENÉNDEZ, MARIA JOSÉ PIÑERA GUTIERREZ, LETICIA AMADO MENÉNDEZ, ROBERTO RUBIO MENÉNDEZ, VERÓNICA NUÑEZ ÁLVAREZ**
- Tema 326. **FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN QUIROFANO.**
- **SERGIO BARRIGA BREÑA, CLARISSA GARCÍA AMOR, MARTA MORÁN SUÁREZ, ANA CRISTINA LORENZO, DAVID GONZÁLEZ MUÑOZ.**
- Tema 327. **ACTIVIDADES PROPIAS DEL TECNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA (TCAE) EN LA PLANTA DE CIRUGIA DE UN HOSPITAL.**
- **MARTA MORAN SUAREZ, ANA CRISTINA LORENZO GARCIA, DAVID GONZALEZ MUÑOZ, SERGIO BARRIGA BREÑA, CLARISA GARCIA AMOR.**
- Tema 328. **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PIELONEFRITIS.**
- **EDITA RAKASIENE, JOSÉ CARLOS GÓMEZ GARCÍA, ANA ISABEL CASTEJÓN ROS, M<sup>a</sup> DOLORES ALCARAZ ANDREU.**
- Tema 329. **PROTOCOLO DE LA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.**
- **SANDRA RUIZ ESPEJO.**
- Tema 330. **CEFALEA POSTPUNCIÓN DE DURAMADRE.**
- **MARIA PILAR LOBATO ALVAREZ, SARA GARCIA NOVO, DIANA TUÑÓN PASTOR, ISABEL BERTAULT BENEDICTO.**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 331. **¿QUÉ ES UN RESERVOIRIO SUBCUTÁNEO?**
- **GLORIA VALDÉS PELÁEZ,, AIDA VALLINA RIESTRA, YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ**
- Tema 332. **LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO.**
- **SAIDA MORENO FERNÁNDEZ.**
- Tema 333. **RESONANCIA MAGNÉTICA.**
- **SARA MARTÍN VILLANUEVA.**
- Tema 334. **SEGURIDAD TRANSFUSIONAL.**
- **SUSANA ÁLVAREZ LOPEZ, IVÁN ÁLVAREZ DÍAZ, MARÍA FERNÁNDEZ IGLESIAS, FERNANDA GUTIERREZ ÁLVAREZ.**
- Tema 335. **CLASIFICACIÓN DE ZONAS EN RADIODIAGNÓSTICO.**
- **SARA MARTÍN VILLANUEVA.**
- Tema 336. **SITUS INVERSO COMPLETO.**
- **VERONICA PULIDO LOBERA, MARIA DEL SEQUERO RODRIGUEZ BAZ, BELEN PEREDA DE LA FUENTE, JOSE ANGEL BLANCO FERNANDEZ.**
- Tema 337. **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS.**
- **TAMARA GARCIA ORDOÑEZ, AIDA GARCIA ARDURA, CARLOTA ACOSTA BERNARDO, VERONICA ESPINA GONZALEZ.**
- Tema 338. **PRUEBAS TRANSFUSIONALES EN EL PROCESO DE TRANSFUSIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA.**
- **MARÍA FERNÁNDEZ IGLESIAS, IVÁN ÁLVAREZ DÍAZ, FERNANDA GUTIERREZ ÁLVAREZ, SUSANA ÁLVAREZ LOPEZ.**
- Tema 339. **TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.**
- **DAVID RODRÍGUEZ ALONSO, LLARA LAVILLA SOLÍS, CRISTINA ORDIALES VEGA, SHEILA PÉREZ RODRÍGUEZ, JENNYFER CORBEIRA PRESNO.**
- Tema 340. **TUBERCULOSIS: PATOLOGÍA, GRUPOS Y FACTORES DE RIESGO.**
- **Mª ANGELES MARTINEZ BESTEIRO. MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA.**

# ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 341. **PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.**  
• **YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ, GLORIA VALDÉS PELÁEZ, AIDA VALLINA RIESTRA.**
- Tema 342. **EL CELADOR Y LA VISIÓN DE LA HUMANIZACION HOSPITALARIA**  
• **FÉLIX ALONSO FERNÁNDEZ, ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ.**
- Tema 343. **SÍNDROME DE DOWN. POLIDACTILIA DEL PRIMER DEDO DE LA MANO DERECHA. CASO CLÍNICO.**
- **INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ, LAURA DÍAZ FERNÁNDEZ, ÁGUEDA MARÍA CAPARRÓS MARTÍNEZ, ANDRÉS MIGUÉLIZ VALCARLOS**
- Tema 344. **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO.**
- **ANA MARÍA GARCÍA CUTRÍN**
- Tema 345. **NEUMOCONIOSIS.**
- **SANDRA SOTURA CARRERA. PATRICIA OTERO MENÉNDEZ, LLIBERTÁ LORENZO COLLAZO, CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**

# **TEMA 101. LECTURA DE LA ONDA P DEL ELECTROCARDIOGRAMA.**

**LYDIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ  
RICARD CONDE TORRES  
CLARA GIL TORRAS**



# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- ELECTROCARDIOGRAMA
- ONDAP
- PRINCIPALES PATOLOGÍAS RELACIONADAS
- BIBLIOGRAFIA

# INTRODUCCIÓN

El corazón genera actividad eléctrica que es posible registrar y representar en formato papel a través de trazos gráficos llamados ondas y segmentos, que se corresponden con los estímulos eléctricos de aurículas y ventrículos.

A través del electrocardiograma se vislumbra la actividad eléctrica del corazón, que permite aislar su ritmo y frecuencia así como posibles alteraciones.

# ELECTROCARDIOGRAMA

- El electrocardiograma es una técnica diagnóstica no invasiva que consta de 12 derivaciones que realizan lectura de la actividad eléctrica.
- Las derivaciones bipolares y monopolares aportan información de la actividad eléctrica del corazón desde un plano frontal y están representadas a la izquierda del registro papel, mientras que las derivaciones precordiales lo aportan desde un plano transversal y están representadas a la derecha del registro.

# ELECTROCARDIOGRAMA

- La actividad eléctrica se representa a través de ondas, intervalo y segmento. Cada una responde a una fase de la contracción cardíaca.
  - ONDA P
  - INTERVALO PR
  - COMPLEJO QRS
  - SEGMENTO ST
  - ONDA T

# ONDA P

- La onda P se corresponde con la contracción de las cavidades superiores del corazón, es decir, las aurículas.
- Informa del tamaño de las aurículas y de origen del ritmo.
- En ritmo sinusal la onda P es positiva en DI, DII, DIII y en AVF, V3-V6 y negativa en AVR; en ocasiones negativa o aplanada en DII
- Isobifásica en V1
- Se observa con mayor nitidez en V1 y en DII
- Su duración normal es inferior a 0,12 segundos
- Altura máxima de 2,5 mm

# ONDA P

- Una onda P alta ( $>3$  mm) en cualquier derivación es indicativa de hipertrofia auricular derecha. Sin embargo, una onda P ancha indica hipertrofia auricular izquierda.
- La onda P invertida puede deberse a electrodos mal posicionados o bien extrasistolia auricular. Por lo tanto, ante este hallazgo, la primera actuación será comprobar la correcta colocación de los mismos.

# PRINCIPALES PATOLOGÍAS RELACIONADAS

- La ausencia de ondas P en todas las derivadas es indicativa de arritmia auricular □ Fibrilación auricular. Pero también puede indicar: Flutter auricular, fibrilación ventricular, hiperpotasemia y bloqueo del sinusal.
- Onda P que no sigue un complejo QRS indica bloqueo auriculoventricular de 2º y 3º grado.

# BIBLIOGRAFÍA

- Falces C, Andrea R, Heras M, Vehi C, Sorribes M, Sanchís L et al. Integración entre cardiología y atención primaria: impacto sobre la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2011 ;64:564-71.
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Uso del electrocardiograma en atención primaria: estudio ELAPI. Med Gen y Fam. 2016;5(4):172-174
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. De las ondas del ECG a la patología. ¿A qué puede corresponder cada alteración de una onda, complejo o intervalo? [en web] [consultado el 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: [http://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=1083](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1083)
- Semergen Cantabria [sede web] [consultado el 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.semergencantabria.org/calc/bmcalc.htm>





# **TEMA 102. SÍNDROME DE BURNOUT EN FISIOTERAPEUTAS: FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS.**

**GONZALO PRIETO CRISTÓBAL**

# ÍNDICE

- **DEFINICIÓN DE BURNOUT**
- **FACTORES DE RIESGO DEL BURNOUT**
- **CONSECUENCIAS DEL BURNOUT**
- **BIBLIOGRAFÍA**

# DEFINICIÓN DE BURNOUT

El síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT) o *burnout* se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de estas.

El burnout tiene repercusiones fisiológicas, psicológicas y conductuales sobre el profesional.

# FACTORES DE RIESGO DEL BURNOUT

En cuanto a los diferentes factores de riesgo de padecer burnout a los que se enfrentan los fisioterapeutas en su día a día en el trabajo, podemos distinguir entre dos tipos: ergonómicos y psicosociales.

Entre los ergonómicos se encuentran la manipulación manual de carga inadecuada, espacios reducidos de trabajo, la mala ventilación, la movilización de mobiliario y aparatos, etc.

Entre los factores de riesgo psicosociales están el control emocional insuficiente del propio profesional, la ausencia de descansos, la dificultad en la comunicación, la relación y comunicación con los pacientes, los objetivos demasiado ambiciosos o los factores de personalidad predisponentes de los profesionales

# CONSECUENCIAS DEL BURNOUT

En el año 2000, la OMS calificó al síndrome de burnout como “riesgo laboral”, por lo que sus consecuencias tienen gran importancia.

Dentro de ellas nos encontramos:

Para la organización: disminución de la satisfacción laboral, aumento del absentismo laboral, bajo interés por las actividades laborales, deterioro de la calidad del servicio, aumento de los conflictos entre el personal y con los pacientes y aumento de accidentes laborales.

Personales: se han encontrado más de 100 síntomas relacionados con el burnout que afectan a las conductas, emociones y sistema fisiológico. Si no se corrige esta situación algunos de estos síntomas se cronifican y conllevan a procesos más graves.

Sociales: actitudes negativas hacia la vida en general, disminución de la calidad de vida personal. Estas consecuencias están asociadas con actitudes y conductas negativas como suspicacia, irritabilidad, así como el agotamiento emocional.



# BIBLIOGRAFÍA

Gil Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista Psicología Científica. 2001;3(5):77.

Capilla PR. El síndrome del burnout o de desgaste profesional. Revista Fundación (Facultad de Medicina). 2000;58:1334.

Ortega C y López Ríos F. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. Int J Clin Health Psychol. 2004; 4(1):137-60.

Olivar Castrillón C, González Morán S, Martínez Suárez M.  
Factores  
relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste  
profesional en los medios  
de atención primaria de Asturias. Aten Primaria.  
1999;23(6):352-5



# **TEMA 103. TIPOS DE ANESTESIA.**

**EVA CLARA SAIZ LANDERAS  
MONICA FERNANDEZ FALCON**

La definición de anestesia:

Es un acto médico controlado, en el que se usan fármacos para bloquear la sensibilidad táctil y dolorosa de un paciente. Sea en todo o parte de su cuerpo y sea, con o sin, compromiso de conciencia.

.Enumeramos distintos tipos de anestesia:

-Anestesia local:

Solo se elimina la sensibilidad en una parte especifica del cuerpo y asi evitar dolor.

Puede ser:

Anestesia tópica, que su aplicación es en gotas, spray o en pasta.

Infiltraciones de anestesia, que se inyecta con jeringa y aguja en el área a intervenir.

## -Anestesia epidural:

Se introduce el anestésico local en el espacio epidural bloqueando así las terminaciones nerviosas en su salida a la medula espinal.

Empieza a hacer efecto en aproximadamente 10 o 20 minutos y funciona en procedimientos largos.

En este caso de anestesia se deja una sonda (catéter) pequeña en el lugar por si existe la necesidad de administrar más anestesia para controlar el dolor durante o después del procedimiento

## -Anestesia Raquidea:

El anesthesiólogo inyecta medicamentos dentro del líquido en la médula espinal esto por lo regular se hace solo una vez, aquí no se necesita un catéter, y a diferencia de la epidural el medicamento hace efecto inmediato.

Las ventajas de la anestesia epidural y raquídea es que tienen menos efectos secundarios y menos riesgos que la anestesia general.

La raquídea se utiliza para procedimientos genitales, de las vías urinarias o la parte inferior del cuerpo, y en el caso de la epidural el uso es para partos, dilataciones cirugía en la pelvis y las piernas.



## -Anestesia General:

Tratamiento de combinación de medicamentos que inducen al sueño profundo y de total inconsciencia.

La administración de fármacos es por vía intravenosa.

La anestesia general persigue varios objetivos:

Analgesia, protección, pérdida de consciencia y relajación muscular.

Este tipo de anestesia tiene unos riesgos comunes, que pueden agravarse en los casos de pacientes con patologías previas.

# BIBLIOGRAFÍA

- Página WEB : mba.eu>blog. IP Adress 185.66.41.43-142IP Location Catalunya-malgrat de mar – 10dencehispahard S.L. [Registrado 04-04-201 ].[Ultima actualización 16-09-2019 ].Disponible en : <http://www.mba.eu>



# **TEMA 104. MANEJO DEL DISTRÉS RESPIRATORIO NEONATAL.**

**BORJA MERELO NICOLÁS**

# ÍNDICE

- 1. DEFINICIÓN**
- 2. INCIDENCIA**
- 3. CUIDADO PRENATAL**
- 4. MANEJO EN PARITORIO**
- 5. SURFACTANTE**
- 6. OXÍGENO SUPLEMENTARIO**
- 7. SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO**
- 8. ESTRATEGIAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA**
- 9. BIBLIOGRAFÍA**

# 1. DEFINICIÓN

El **Síndrome de dificultad respiratoria (SDR)**, anteriormente llamado enfermedad de las membranas hialinas, es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos pretérmino (RNP). La inmadurez del pulmón del pretérmino por el déficit de surfactante y por inmadurez morfológica y funcional, hace que sea incapaz de mantener una aireación y un intercambio gaseoso adecuados.

Los síntomas comienzan al poco de nacer, con dificultad respiratoria debida a las alteraciones de la función mecánica del pulmón y cianosis secundaria por anomalías del intercambio gaseoso.

## 2. INCIDENCIA

La incidencia y la gravedad aumentan al disminuir la edad gestacional, presentándose sobre todo en menores de 32 semanas, siendo del 50% entre las 26 y 28 semanas. La incidencia es mayor en:



Los últimos ensayos clínicos muestran que en pacientes entre 26-29 SG sometidos a CPAP precoz, solamente el 50% precisó intubación o surfactante.

# 3. CUIDADO PRENATAL

- Si riesgo de parto pretérmino <28- 30 SG, **trasladar a un centro con experiencia** en manejo de SDR.
- Administrar **CORTICOIDES** si:
  - < 34+ 6 Semanas (podría repetirse si no parto <7 días
  - Cesárea ELECTIVA 37-39 semanas, sin trabajo parto.
  - PT tardíos si no riesgo de corioamnionitis.
- En mujeres con síntomas de parto prematuro, la **longitud cervical** y la **fibronectina** deben considerarse para prevenir innecesarias hospitalizaciones y uso de tocolíticos.
- **Tocolíticos** deben considerarse **en pretérmino graves** para dejar actuar a los CE y/o trasladar intrauterino al centro de referencia.



## 4. MANEJO EN PARITORIO

- **Retrasar el clampaje umbilical** (promover la trasfusión feto-placenta). Una alternativa razonable sería “ordeñar” el cordón umbilical.
- La **intubación**, si fracasa la VPP. Si se requiere intubación, debe administrarse surfactante.
- **Concentración de O<sub>2</sub>:**
  - < 28 SG: 0.30
  - 28-31 SG: 0.21-0.30
  - >31 SG: 0.21
- El RN <28 SG **bolsa de polietileno y bajo una fuente de calor** radiante.
- Si respira espontáneamente, es apropiado estabilizar con **CPAP al menos 6 cm H<sub>2</sub>O**. VPP (20-25 cm H<sub>2</sub>O) debe usarse solo si persiste apnea o bradicardia.

# 5. SURFACTANTE

¿Métodos de administración?

1. INTUBACIÓN
2. INSURE
3. Mínimamente invasivos  
(LISA, MIST)

¿Qué preparación?

1. Beractant
2. Bovactant
3. Poractant alfa 200  
mg/kg/dosis

¿Cuándo tratar?

2. De rescate, tan pronto como sea necesario.
  - $<26$  SG cuando  $FiO_2 > 0.30$
  - $>26$  SG cuando  $FiO_2 > 0.40$

# 6. OXÍGENO SUPLEMENTARIO

- El objetivo sobre el Oxígeno suplementario consiste en **encontrar un balance** entre un exceso de oxígeno que nos produciría perjuicios como ROP o un defecto de oxígeno que aumentaría la mortalidad, aumentaría NEC y empeoraría el pronóstico neurológico
- La evidencia actual más reciente sugiere que es recomendable colocar los límites de saturación entre 90-94% mejor que límites más bajos.

En pacientes PT que reciben O<sub>2</sub>, el objetivo de saturación debe estar entre 90-94%

Para conseguir esto, los límites de alarma deben ser 89-95%.

# 7. SOPORTE RESPIRATORIO NO- INVASIVO

La **CPAP** debe iniciarse desde el nacimiento **en todos los RN en riesgo de SDR**, como aquellos <30 SG, que no necesitan intubación para la estabilización

- La forma de administrar CPAP: Mascarilla o CPAP nasal
- La presión de inicio debe ser 6-8 cm H<sub>2</sub>O e individualizarse en función de características clínicas, oxigenación y perfusión.
- CPAP con Surfactante precoz de rescate cuando sea necesario debe ser el objetivo óptimo de manejo.

# 7. SOPORTE RESPIRATORIO NO- INVASIVO

- Otras opciones:
  - **VPPNI sincronizada**, puede reducir el fallo de extubación, pero no parece conferir ventajas a largo plazo como reducción de DBP.
  - Aunque las **Cánulas de Alto Flujo** podrían tener beneficios similares, aun es necesario mayor investigación. Podrían ser usadas en algunos pacientes en la fase de destete.

# 8. ESTRATEGIAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA

- Después de la estabilización, VM debe utilizarse en RN con SDR en los que otros métodos de soporte han fallado. La duración debe ser **la mínima necesaria**
- La **Ventilación con Volumen Garantizado** debe ser la empleada, ya que acorta el tiempo necesario de VM y disminuye la DBP y la HIV.
- Se debe evitar tanto la hipocapnia como la hipercapnia severa, ya que se asocia con riesgo de daño cerebral. Durante la retirada de la VM, es razonable un moderado grado de hipercapnia (máximo de 60 mmHg), siempre que el pH esté por encima de 7,22.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome - 2016 Update. *Sweet DG, Carnielli V, Greisen G, Hallman M, Ozek E, Plavka R, Saugstad OD, Simeoni U, Speer CP, Vento M, et al. Neonatology. 2017; 111(2):107-125. Epub 2016 Sep 21.*
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al.; GRADE Work- ing Group. Going from evidence to rec- ommendations. *BMJ. 2008 May;336(7652): 1049–51.*
- Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, Walsh MC, Car- lo WA, Shankaran S, et al.; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Trends in Care Practices, Morbidi- ty, and Mortality of Extremely Preterm Neo- nates, 1993-2012. *JAMA. 2015 Sep;314(10): 1039–51.*





# **TEMA 105. DIAGNÓSTICO DE FIBROADENOMA MAMARIO TRAS PRUEBAS RADIOLÓGICAS.**

**JOSE DAVOR GARCIA RODRIGUEZ  
SERGIO SAMPEDRO FERNÁNDEZ  
RAQUEL SERRANO FERRERO  
AROA IGLESIAS MARTÍNEZ**

# ÍNDICE

- **DESCRIPCIÓN DEL CASO**
- **HALLAZGOS Y PRUEBAS REALIZADAS**
- **CONCLUSIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**

# DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 41 años con Mastopatía fibroquística difusa se presenta en el Servicio de Radiología del hospital para control.

# HALLAZGOS Y PRUEBAS REALIZADAS

Se le realiza mamografía diagnóstica bilateral en dos posiciones , las cuáles muestran:

- Patrón glandular de densidad media.
- Mamas constituidas por moderada cantidad de tejido fibroglandular de distribución simétrica, y cierta heterogeneidad estructural compatible con cambios fibroquísticos.
- Destaca un nódulo con borde visible circunscrito, probablemente benigno, localizado en CSE mama izquierda.
- No se objetivan otros hallazgos mamográficos significativos.

Se realiza ecografía complementaria objetivando un nódulo sólido con características de benignidad, localizado en CSE de mama izquierda, que mide aproximadamente 13 mm de diámetro, compatible con fibroadenoma.

Se realiza BAG con control ecográfico, siendo el diagnóstico histopatológico de fibroadenoma.

# CONCLUSIÓN

Categoría BI-RADS-2

Fibroadenoma en CSE de mama izquierda(13mm)

La causa de los fibroadenomas se desconoce. Pueden tener una relación hormonal. Un fibroadenoma se compone de tejido de glándula mamaria y tejido que ayudan a sostener la mama.

Con mayor frecuencia afectan a niñas que están atravesando por la pubertad y a mujeres embarazadas. Son menos frecuentes en mujeres mayores que ya pasaron por la menopausia.

El fibroadenoma es el tumor benigno más común de las mamas.

Es el tumor de mama más común en las mujeres menores de 30 años.

# BIBLIOGRAFÍA

- González-Blanco I, García-Sánchez M, Mínguez JA, et-al. Carcinoma lobulillar in situ en el seno de un fibroadenoma. *Ginecol Clin Quirur*, 2 (2001), pp. 95-98
- Pons MJ, Domínguez P, Pina L, Zornoza G, Martínez-Regueira F, Sola J.J.. Fibroadenomas de mama con atipia o carcinoma en su interior: presentación de nuestra experiencia. *Radiolog??a*, 47 (2005), pp. 351-353.
- Liu J, Jacobs LK. The management of benign breast disease. In: Cameron JL, Cameron AM, eds. *Current Surgical Therapy*. 12th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:657-659.





# **TEMA 106. PROTECCIÓN DEL PERINÉ EN EL PARTO.**

**RAQUEL SANTALIESTRA ELVIRA**

# ÍNDICE

- . INTRODUCCIÓN**
- . MATERIAL Y MÉTODO**
- . RESULTADOS**
- . CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN**

# INTRODUCCIÓN

El parto es el principal factor de riesgo para la incidencia de traumatismo perineal que conlleva una mayor morbilidad posterior tanto a corto como a largo plazo disminuyendo la calidad de vida de la mujer.

La protección del periné como medida preventiva de desgarros es ampliamente efectuada en la actualidad, existiendo una reducción de los desgarros del esfínter anal de un 4,01% a 1,17%.

## Objetivo

- Conocer las recomendaciones actualizadas acerca de la técnica de protección del periné en la etapa del expulsivo.

# **MATERIAL Y MÉTODO**

Revisión bibliográfica en las principales organizaciones de salud, asociaciones de profesionales y las principales bases de datos científicas, delimitando la búsqueda a los últimos 10 años y a publicaciones en español e inglés.

# RESULTADOS

La Guía de Práctica Clínica (GCP) del Ministerio de Sanidad propone, para la protección, controlar la deflexión de la cabeza fetal solicitando a la mujer que no empuje en ese momento.

La técnica de protección del periné y manejo de la cabeza fetal, se encuentra dentro de las recomendaciones de categoría C (Guía Práctica de la OMS).

La Guía NICE recomienda, o bien la técnica “Hands On” o protección activa del periné (con una mano se ejerce presión en el periné, mientras que la otra ayuda en la flexión de la cabeza del bebé para que salga progresivamente y se maneja de forma activa la salida de los hombros), o bien una técnica “Hands poised” o conducta expectante para facilitar el parto espontáneo (con las manos fuera del periné y cabeza, esperando la expulsión de los hombros, pero en disposición de actuar si fuera necesario).

# RESULTADOS

El protocolo de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) defiende usar una adecuada protección del periné.

Por último, la Iniciativa al Parto Normal (IPN) de la FAME que plantea utilizar la técnica según la destreza del profesional y la elección de la mujer informada adecuadamente.

# CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN

Según las literaturas estudiadas hay consenso en que no debe ser realizado el masaje perineal durante el periodo expulsivo, pues no protege el periné y produce más sangrado. Respecto a la protección del periné, se recomienda su uso, pero no hay consenso respecto a la técnica más apropiada para su realización.



# BIBLIOGRAFÍA

- Webb DA, Culhane J. Hospital variation in episiotomy use and the risk of perineal trauma during childbirth. Birth 2002;29:132.
- FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de asociaciones de matronas de España, 2007.
- McCandlish R. Cuidado del perineo durante el periodo expulsivo del parto. Matronas prof. 2001; 2: 9-12.
- Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto-Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.  
[www.sego.es/content/pdf/200801\\_7\\_recomendación\\_al\\_parto](http://www.sego.es/content/pdf/200801_7_recomendación_al_parto)



# **TEMA 107. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CASOS DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA.**

**TAMAR OCHOA GARCÍA  
PATRICIA PIÑAL ALONSO  
SORAYA BERMEJO GÓMEZ**

**NIEVES DE LOS ANGELES TAPIZARRONDO**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **MATERIAL Y MÉTODO**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

# INTRODUCCIÓN

El dispositivo portátil de Terapia de Presión Negativa (TPN) es un sistema para el tratamiento no invasivo de heridas, utiliza una presión activa, controlada y localizada y de un único uso. Actúa de forma activa en la cicatrización de las heridas.

# OBJETIVO

Reducción de la herida mediante un control del exudado, mejora del aporte sanguíneo y facilitar la formación de tejido de granulación. Mejorar la calidad de vida de los pacientes, evitando su ingreso en el hospital y permitiéndole a la vez, conservar su movilidad y autonomía personal.

# **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo de serie de casos recogidos durante el periodo de 1.01 al 31.12 .2018. 17 pacientes han precisado de esta terapia en nuestra unidad

# CONCLUSIONES

De los 17 pacientes, 13 han evolucionado satisfactoriamente (76.47%) y 4 de ellos precisaron su retirada por diferentes motivos tales como, dolor, Sobreinfección, mala evolución. El 3/4 de los pacientes con indicación para el empleo de terapia con presión negativa han tenido una evolución satisfactoria



# BIBLIOGRAFÍA

1. Orgil DP, Bayer LR: Update on negative-pressure wound therapy. *Plast Reconstr Surg* 2011 ; 127 Suppl 1:105S
2. Argenta LC, Morykwas MJ. Vacuum-assisted closure: a new method for wound treatment: clinical experience. *Ann Plast Surg* 1997; 38(6):563
3. Macedo Barreira, F, Carriquiry, C. E. Tratamiento de heridas utilizando presión negativa tópica. *Biomedicina*, 2006 [acceso 10 Julio 2013]; 2(2), 122-130. Disponible en: <http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina/2-2/presion.pdf>
4. Jiménez Jiménez CE. Terapia de presión negativa: una nueva modalidad terapéutica en el manejo de heridas complejas, experiencia clínica con 87 casos y revisión de la literatura. *Rev. colomb. cir.*, □ 2007 □ [acceso 10 Julio 2013]; 22(4): 209-224. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-75822007000400004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822007000400004&lng=en)



# **TEMA 108. CARPINTERÍA EN CENTROS SANITARIOS. PREVENCIÓN DE RIESGOS.**

**UBALDO MERINO RODRIGUEZ**

# ÍNDICE

- ▣ **CONCEPTO DE PREVENCIÓN**
- ▣ **PERFIL PROFESIONAL DEL CARPINTERO EN CENTROS SANITARIOS**
- ▣ **PROBLEMÁTICA EN CENTROS SANITARIOS**
- ▣ **MEDIDAS PREVENTIVAS ACONSEJABLES**

# CONCEPTO DE PREVENCIÓN

Contextualizaremos lo expuesto en este capítulo, en el marco de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales y por ello, exponemos una serie de definiciones imprescindibles para el correcto entendimiento de nuestra temática

Citamos textualmente el artículo 4 de la mencionada ley

## ¿QUE SE ENTIENDE POR PREVENCIÓN?

Se entenderá por «prevención» el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.

Siguiendo nuestro repaso legal, atendiendo a lo expuesto en el Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual, se hace necesario incluir la definición de equipo de protección individual.

## ¿QUÉ SE ENTIENDE POR RIESGO LABORAL?

Se entenderá como «riesgo laboral» la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.



## ¿QUE ES UN EQUIPO DE PROTECCION INDIVIDUAL?

Es cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.

# PERFIL PROFESIONAL DEL CARPINTERO EN CENTRO SANITARIOS

¿COMO DEFINIMOS LO QUE ES EL PROFESIONAL CARPINTERO QUE DESARROLLA SU TRABAJO EN LA RED DE SALUD HOSPITALARIA TANTO EN HOSPITALIZACIÓN COMO EN SERVICIOS?

- Los carpinteros son los profesionales cuya cualificación laboral les permite construir y reparar estructuras y accesorios tales como ventanas, techos, pisos, paredes de madera y otras estructuras de madera.

En el caso que nos ocupa de los profesionales destinados en centros sanitarios, por extensión también desarrollaran sus habilidades dando cobertura a las necesidades surgidas en los centros, tanto en la zona de hospitalización como en servicios especiales.

# ¿CUAL SERÍA SU PERFIL PROFESIONAL IDEAL?

Para realizar y desempeñar correctamente el trabajo de carpintero sería ideal aunar los siguientes aspectos:

- Tener habilidades manuales
- Tener buena aptitud física.
- Capacidad lógico matemática para la realización de cálculos
- Capacidad de observación y objetividad en los detalles y formas a captar
- Valorable ausencia de vértigo para trabajo en altura.
- Como todo trabajador debería incorporar en su quehacer diario la asunción de los principios básicos de seguridad en el trabajo.

# PROBLEMÁTICA EN CENTROS SANITARIOS

Riesgos generales, que aparecen en los siguientes puntos:

- - Ausencia de orden y limpieza
  - Inconsideración de existencia de riesgos eléctricos.
- - Manejo y manipulación de cargas
  - Herramientas manuales y maquinaria

Riesgos específicos, que aparecen en los siguientes puntos:

- Desarrollo de trabajos con riesgo de incendio y explosión.
- Exposición a ruidos y vibraciones.
- Uso y manipulación de productos químicos
- Uso de máquinas
- Posturas forzadas

Excepcionalmente si el desarrollo laboral tuviera lugar en exteriores debería tenerse en cuenta la posibilidad y los riesgos laborales que intrínsecamente se hacen presentes en:

- Uso de algún tipo de máquina o herramienta de alcance en altura.
- Realización de instalaciones y montajes en exterior

# MEDIDAS PREVENTIVAS ACONSEJABLES

Desde el día a día de un carpintero en centro sanitario parece primordial:

- Mantener orden y limpieza en el lugar de trabajo
- Uso de herramientas eléctricas con protección de doble aislamiento baja tensión con cables en buen estado.
- Uso de escalera/taburete en trabajos en altura (evitando así la realización de trabajos por encima de los hombros).
- Barnizar y lijar en lugares ventilados.
- Utilización de los equipos de protección individual específico.



# BIBLIOGRAFÍA

[www.boe.es/](http://www.boe.es/)

[https://prevencion.fremap.es/MaterialDivulgativo/Paginas/  
Manuales.aspx](https://prevencion.fremap.es/MaterialDivulgativo/Paginas/Manuales.aspx)

<https://www.educaweb.com/>



**TEMA 109. PANCREATITIS AGUDA  
BILIAR.  
A PROPÓSITO DE UN CASO.**

**ISABEL LLAMAS BELLIDO**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- DESCRIPCIÓN DEL CASO: ANTECEDENTES PERSONALES. ENFERMEDAD ACTUAL. EXPLORACIÓN FÍSICA. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.
- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

# INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una de las enfermedades gastrointestinales más frecuentes que requiere ingreso hospitalario. Se estima una incidencia en España de 72 pacientes por 100.000 habitantes/ año.

Su gravedad es variable, con formas leves hasta casos en los que se pueden desarrollar complicaciones locales como colecciones necróticas agudas o formas graves con desarrollo de fallo orgánico, hasta incluso mortales en un 4.2% de la ocasiones. Por su potencial gravedad se trata de una entidad que requiere una serie de cuidados hospitalarios llegando a precisar manejo en Unidad de Cuidados Intensivos en ocasiones.

La etiología más frecuente es la biliar seguida de la enólica.

# DESCRIPCIÓN DEL CASO

## 1. Antecedentes personales

Hombre de 75 años, con buena calidad de vida e independiente para las actividades de la vida diaria con tabaquismo activo de 20 cigarrillos diarios y sin hábito enólico. Entre sus antecedentes figura púrpura trombopénica, hipertensión arterial, dislipemia e hiperuricemia además de cardiopatía hipertensiva con buen control en tratamiento farmacológico con doxazosina, enalapril, nifedipino, indapamida y propanolol además de alopurinol y simvastatina. Intervenido de hernioplastia inguinal.

## **2. Enfermedad actual**

Acude al servicio de Urgencias hospitalarias por cuadro de un día de evolución de epigastralgia postprandial irradiada a espalda asociada a vómitos, sin alteraciones del hábito intestinal ni fiebre. No refiere semiología colestásica, consumo de tóxicos, fármacos o productos de herbolario así como alimentación en mal estado o transgresión dietética. Comenta episodios previos similares de menor intensidad.

## **3. Exploración física**

TA: 1 72/76. FC: 76 latidos por minuto. Saturación basal: 96%. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: globuloso, blando, depresible. Sin masas ni megalias. Dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin datos de irritación peritoneal, Murphy negativo. Ruidos hidroaéreos normales.

## **4. Pruebas complementarias**

Electrocardiograma: ritmo sinusal a 71 latidos por minuto.

Radiografía de tórax: No condensaciones ni derrame pleural.

Ecografía abdominal: Hígado de morfología y ecoestructura homogénea, sin evidencia de lesiones ocupantes de espacio ni dilatación de la vía biliar intrahepática. Colelitiasis. Porta y colédoco sin alteraciones. Páncreas y retroperitoneo sin evidencia de patología. Ausencia de líquido libre.

Analíticamente destacaba hipertransaminasemia moderada (GOT/GPT 124/ 87 U/L) con bilirrubina y función renal normales así como hiperamilasemia (898 U/L) con PCR de 8mg/dl y neutrofilia (80.8%) sin leucocitosis.

Sin otras alteraciones en hemograma o coagulación, con gasometría venosa y urianálisis compatibles con la normalidad.



## **5. Diagnóstico principal**

Nos encontramos ante un caso de pancreatitis aguda biliar leve.

## **6. Tratamiento y evolución**

Tras control del dolor y comprobación de buen ritmo de diuresis el paciente ingresa en planta de Digestivo.

Se inicia tolerancia progresiva a dieta oral, sin nuevos episodios de dolor abdominal ni vómitos.

Igualmente se comprueba ausencia de complicaciones locales, no desarrollo de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) ni fallo orgánico.

Ante el buen estado general y en ausencia de incidencias se decide alta domiciliaria con recomendaciones y cita en consultas externas de Cirugía General y Digestiva para valoración de fecha de colecistectomía programada.

# DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Ante un cuadro de pancreatitis aguda (dolor abdominal típico asociado a alteraciones analíticas o en pruebas de imagen compatibles) debe investigarse la etiología mediante una correcta anamnesis, diversas determinaciones analíticas o incluso mediante tomografía axial computarizada en casos de dudas diagnósticas.

En el manejo hospitalario es fundamental el tratamiento con fluidoterapia y analgesia así como adecuado soporte nutricional. Igualmente, es primordial vigilar la correcta evolución del cuadro sin desarrollo de complicaciones locales o sistémicas así como de fallo orgánico.

En nuestro caso, al tratarse de etiología biliar, está indicada la colecistectomía como prevención secundaria así como para evitar otras complicaciones de la colelitiasis (como la colecistitis).

# BIBLIOGRAFÍA

- Méndez-Bailón M, Miguel Yanes JM, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Pérez-Farinós N, López-de-Andrés A. National trends in incidence and outcomes of acute pancreatitis among type 2 diabetics and non-diabetics in Spain (2001-201 ). Pancreatology. 2015;15 (1) :64-70. doi: 10.1016/j.pan.2014.1 .004
- Sternby H, Bolado F, Canaval-Zuleta HJ, Marra-López C, Hernando-Alonso A, Del-Val-Antoñana A, et al. Determinants of Severity in Acute Pancreatitis: A Nation-wide Multicenter Prospective Cohort Study. Ann Surg. 2019;270(2):348-55. doi: 10.1097/SLA.0000000000002766
- Valverde-López F, Wilcox CM, Redondo-Cerezo E. Evaluation and management of acute pancreatitis in Spain. Gastroenterol Hepatol. 2018;41(10):618-28. doi: 10.1016/j.gastrohep.2018.06.012



# **TEMA 110. CATETERISMO CARDIACO.**

**JÉSSICA LÓPEZ CERNUDA**

# ÍNDICE

- ¿QUÉ ES UN CATETERISMO CARDIACO?
- ¿COMO SE REALIZA?
- TIPOS DE USOS
- RIESGOS
- BIBLIOGRAFÍA

# ¿Qué es un cateterismo cardiaco?

El cateterismo cardiaco es un procedimiento complejo e invasivo que permite valorar la anatomía del corazón y de las arterias coronarias, también se utiliza para estudiar la función del corazón.

Consiste en la inserción de un tubo largo delgado llamado catéter en una arteria o vena de la ingle, el cuello o el brazo y se pasa a través de los vasos sanguíneos hasta el corazón. Este procedimiento puede ayudar a los cardiólogos a diagnosticar y tratar muchos tipos diferentes de problemas cardíacos.

# ¿Cómo se realiza?

Se realiza en la sala de hemodinámica en condiciones de asepsia, con el paciente ligeramente sedado y con anestesia local en la zona de punción. Puede realizarse en el brazo (acceso radial) o en la ingle (acceso femoral).

Mayoritariamente se realiza en el antebrazo.

El proceso normalmente dura de 30 a 60 minutos aunque puede prolongarse si se necesitan otros procedimientos.

Una vez finalizado el procedimiento se extraen los catéteres que se habían introducido.



Si la técnica se hace por la arteria de la ingle, se deja un introductor (que es parte del material utilizado durante el cateterismo) que será retirado entre 6-8 horas después por el cardiólogo. Este procedimiento se hará con mucho cuidado y comprimiendo en ese punto durante 10-15 minutos para evitar el sangrado de la arteria. Esto puede generar molestias o dolor. Después se realizará un vendaje compresivo con la misma finalidad de evitar el sangrado.

El paciente deberá permanecer con la pierna totalmente inmovilizada durante las 24 horas posteriores a la finalización de la técnica.

En los casos en los que el procedimiento se haga por vía radial, al paciente se le dejará un manguito en la muñeca que será el encargado de comprimir la arteria para que no exista sangrado.

# TIPOS DE USOS

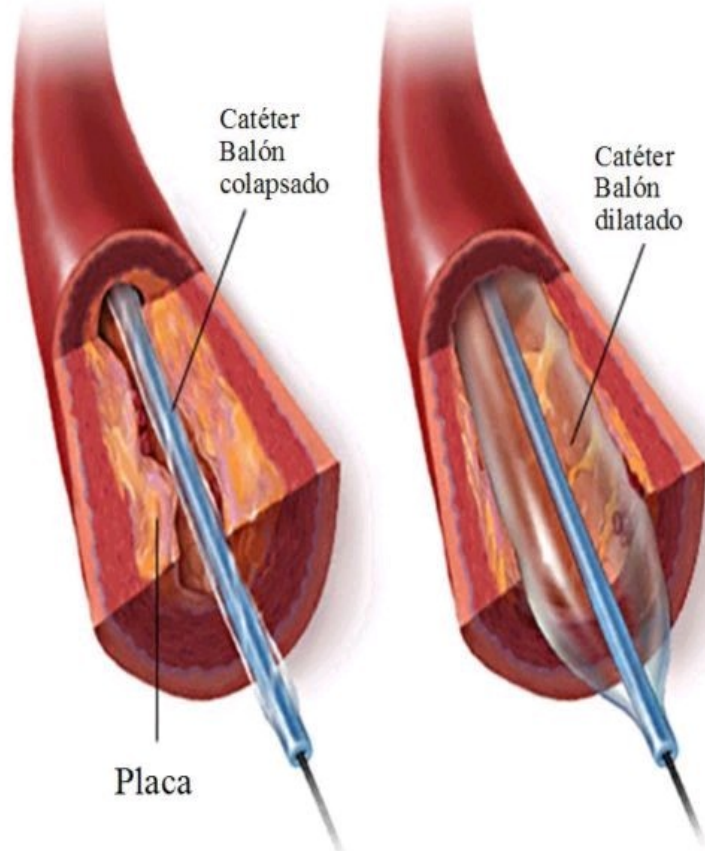
## a) Fines diagnósticos:

- Causas de insuficiencia cardiaca congestiva o miocardiopatía.
- Anomalías cardiacas congénitas.
- Hipertensión pulmonar.
- Problemas en válvulas cardíacas.
- Amiloidosis cardíaca.
- Arteriopatía coronaria.

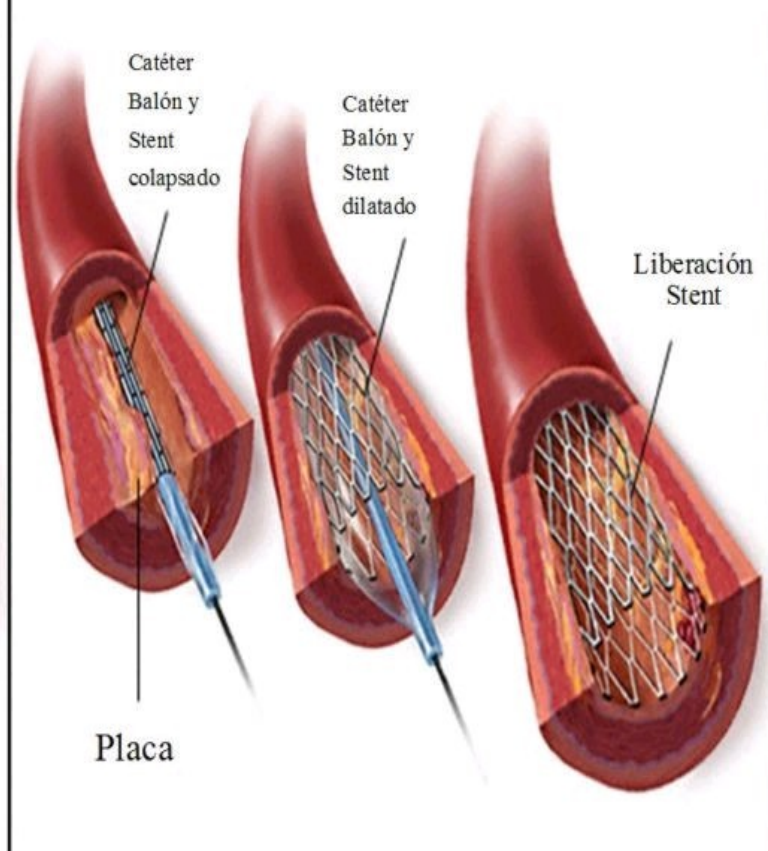
## b) Fines terapéuticos:

- Angioplastia y colocación de stents en arterias coronarias estrechadas (son los más comunes)
- Implante de prótesis en la válvula aórtica.
- Cerrar vasos sanguíneos que deberían haberse cerrado después del nacimiento (ductus arterioso persistente).
- Expandir tabique auricular en cardiopatías congénitas.

## Angioplastia



## Stent



# RIESGOS

La tasa de complicaciones para este procedimiento es inferior al 2%.

El principal riesgo es el de la aparición de complicaciones vasculares (1%), como pseudoaneurismas o fístulas, o de hemorragias severas (0.26%). Estas complicaciones son mucho menos frecuentes para el acceso radial.

Otras complicaciones posibles incluyen muerte (0.10%), infarto (0.06%) reacciones adversas al contraste (0.23%) e ictus (0.07%)

# BIBLIOGRAFÍA

- <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/metodos-diagnosticos/cateterismo-cardiaco.html>
- Sociedad española de imagen cardiaca  
<https://ecocardio.com/>
- Asociación española de enfermería en cardiología  
<https://www.enfermeriaencardiologia.com/descriptores/cateterismo-cardiaco/>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0214916802788475>



# **TEMA 111. CEFALEA POST-PUNCIÓN EPIDURAL.**

**LAURA SOTO TERRÓN**



# ÍNDICE

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

# INTRODUCCIÓN

La colocación de un catéter epidural o peridural y su correspondiente perfusión de analgesia como método de alivio del dolor durante el parto es una práctica cada vez más frecuente en nuestra sociedad actual.

La cefalea post-punción de duramadre (CPPD) es la complicación más frecuente asociada a la analgesia epidural.

# INTRODUCCIÓN

La CPPD presenta una alta incidencia entre las mujeres que han tenido catéter epidural.

Por lo que se debe prestar atención a los síntomas característicos de la misma durante el puerperio y evitar que pase desapercibida, ya que en ocasiones puede estar enmascarada por otros síntomas comunes en este período como son: la privación de sueño, dolor de episiorrafia o entuertos, ingesta alimentaria irregular, deshidratación y fluctuaciones hormonales, entre otros.

# OBJETIVOS

- Conocer qué es la cefalea post-punción dural.
- Analizar por qué se produce.
- Identificar los factores de riesgo.
- Conocer las medidas preventivas y el abordaje de la misma.

# METODOLOGÍA

- Se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica publicada hasta la actualidad en diferentes bases de datos: Pubmed, Medline, Clinic, Cuiden y Google Académico
- Se usó como palabras clave: cefalea post-punción dural, analgesia epidural, duramadre, profilaxis, tratamiento.

# RESULTADOS

La CPPD se caracteriza por dolor de cabeza y, a veces, rigidez de nuca, fotofobia, hipoacusia, náuseas o tinnitus, que aparece tras la punción de la duramadre por la pérdida de volumen de líquido cefalorraquídeo (LCR) y disminución de la presión del mismo, causando una hipotensión intracraneal.

# RESULTADOS

La cefalea se desarrolla dentro de los 5 días de la punción, aunque, generalmente, se presenta en las primeras 48 horas y suele resolverse espontáneamente, o bien, a las 48 horas siguientes del tratamiento conservador.

Aunque en algunas ocasiones los síntomas pueden persistir meses o años, llegando a ser más incapacitantes en puérperas que en la población general. De hecho, generalmente se asocia con un aumento de la estancia hospitalaria después del parto en aquella mujer a la que se le colocó catéter epidural.

# RESULTADOS

En cuanto a la **fisiopatología** existen varias teorías que lo explican, siendo dos de ellas las más aceptadas:

1) La punción dural produce una pérdida de LCR, causando hipotensión intracraneal, que provoca una cefalea fronto-occipital de intensidad variable y en muchas ocasiones severa e invalidante. En la CPPD, es muy característico su localización fronto-occipital y su componente postural.

2) La disminución súbita del volumen de LCR activa los receptores de adenosina, produciendo una vasodilación arterio-venosa, por lo que el tratamiento vasoconstrictor, como la cafeína, resulta efectivo, aunque sólo temporalmente.



# RESULTADOS

Entre los **factores de riesgo** relacionados caben destacar: pacientes jóvenes, mujer, embarazo, punción con aguja gruesa, número de intentos fallidos, antecedentes de punción dural, LCR de baja densidad, deshidratación periparto, diuresis aumentada, liberación brusca de la presión intrabdominal, esfuerzos aumentados durante el expulsivo o expulsivos largos, cambios ligamentarios por efecto hormonal, ansiedad y deambulación precoz.

# RESULTADOS

Las **medidas preventivas** se basan, fundamentalmente, en medidas de precaución con la técnica empleada:

- Profesional experimentado y supervisión de residentes.
- Uso de agujas de pequeño calibre.
- Minimización en el número de punciones fallidas: ser honesto y avisar a otro compañero si es necesario, tras 2 ó 3 intentos fallidos.
- Realización de la técnica en decúbito lateral izquierdo, preferentemente y no en posición sentada.

# RESULTADOS

## Medidas preventivas:

- Localización del espacio epidural con técnica de pérdida de resistencia con suero fisiológico y no con aire (con aire: más fallo de analgesia y neumocéfalo que provoca cefalea).
- Utilización de presión continua mejor que intermitente.
- Utilización de medidas de imagen ecográfica, en caso de necesidad (obesidad extrema, deformaciones de la columna vertebral, etc).

# RESULTADOS

El **tratamiento conservador** de este síndrome consiste en:

- Dar información detallada de la complicación que está sufriendo, resolver dudas y tranquilizar a la paciente.
- Reposo en decúbito supino. Sedestación progresiva.
- No recomendar hidratación excesiva.
- Evitar factores que aumenten la presión intracraneal: toser, vómitos, maniobras de Valsalva, estreñimiento, y sobre todo movimientos bruscos de cabeza que exacerban el dolor y empeoran la clínica.
- Administrar analgésicos pautados: paracetamol, codeína, AINEs.
- Administrar corticoides pautados.

# RESULTADOS

## Tratamiento conservador:

- Aumentar la ingesta de cafeína (comprimidos o bebidas ricas en cafeína). Evitar la administración nocturna de la misma para favorecer el descanso nocturno.
- Tener en cuenta si la mujer está dando lactancia materna en la prescripción de medicamentos.
- Dieta blanda, laxantes y antieméticos si son necesarios.
- Si se va a mantener reposo varios días, valorar profilaxis de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. Ya que el puerperio es un estado protrombótico.

# RESULTADOS

A partir del tercer día de tratamiento suele haber una mejoría significativa, si no fuera así se plantearía un **tratamiento invasivo**: parche hemático o parche epidural con dextrano

# CONCLUSIONES

La **analgesia epidural** es el gold estándar de la analgesia obstétrica, sin embargo, no está exenta de riesgos.

Las **complicaciones** más frecuentes son: dolor lumbar postparto, hipotensión, retención urinaria, y la CPPD.

La **CPPD** es una complicación frecuente en nuestros medios, que debe ser valorada y tenida en cuenta en las unidades de puerperio.

Nuestro deber como profesionales sanitarios es conocerla, así como conocer sus factores de riesgo, su clínica y su tratamiento. En definitiva, poder identificarla y detectarla precozmente y ofrecer cuidados de máxima calidad.

# BIBLIOGRAFÍA

- Dr. Orlando Carrillo-Torres, Dr. Juan Camilo Dulce-Guerra, Dra. Raquel Vázquez-Apodaca, Dr. Felipe Fernando Sandoval-Magallanes. Protocolo de tratamiento para la cefalea postpunción de duramadre. 2016.
- Concepción Muñoz Alcaide, Susana Manrique Muñoz, M. Carmen Suescun López. PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LA CEFALEA POSTPUNCIÓN DURAL EN OBSTETRICIA. Revisión 2014.
- A. Plaza, J. Rueda; Servicio Medicina Maternofetal: M Palacio. Hospital Clínic de Barcelona. MANEJO EN HOSPITALIZACIÓN DE LA CEFALEA POST- PUNCIÓN DURAL EN OBSTETRICIA. 2014.



# BIBLIOGRAFÍA

- R M. Galindo Palazuelos et al: Parche Hemático Epidural en el Tratamiento De Cefalea Postpunción Dural Grave En Cirugía Mayor Ambulatoria. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. Vol. 57, Núm. 4, 2010
- C. C. Apfel et al: Prevention of postdural puncture headache after accidental dural puncture: a quantitative systematic review. British Journal of Anaesthesia 105 (3): 255–63 (2010).
- M. Heesen, et al: Insertion of an intrathecal catheter following accidental dural puncture: a meta-analysis. Review Article. International Journal of Obstetric Anesthesia (2013) 22, 26–30.



# **TEMA 112. CONDROPATÍA ROTULIANA IV BILATERAL.**

**LIDIA RODRIGUEZ LOPEZ**

**MARIA DOLORES MORENO GARCIA**

**MARIA ELENA AGUILERAMESEGUER**

**NOELIA MANRIQUE GONZALEZ**

# ÍNDICE

- 1. DESCRIPCIÓN DEL CASO.**
- 2. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.**
- 3. JUICIO CLÍNICO**
- 4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**
- 5. PLAN DE CUIDADOS.**
- 6. CONCLUSIONES.**
- 7. BIBLIOGRAFÍA.**

# 1. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 35 años que presenta Gonalgia Bilateral de un año de evolución. Atraumática.

Muy limitado, incluso refiere que le han reubicado en el trabajo.

## 2. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

No tuberosidad tibial externa, ni anteversoflexión.

Rótulas no bizcas.

Palpación dolorosa en Faceta Rotuliana Inferointerna.

Cepillo ++ Zohen ++

Resto sin alteraciones.

Pruebas complementarias: TAC: TA-GT 17mm.

Pruebas radiológicas: Normoeje.

Caton Deschamps I

RMN: condropatía rotuliana grado IV bilateral.

### **3. JUICIO CLÍNICO.**

Condromatía Rotuliana Grado IV bilateral.

### **4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

La condromatía rotuliana hace referencia a la enfermedad o lesión del cartílago articular de la rótula, que se manifiesta con dolor en la parte anterior de la rodilla.

En este caso se observa en RMN, grado IV. Se corresponde con la afectación de todo el cartílago y, además, del hueso que se encuentra bajo esta estructura.

## **5. PLAN DE CUIDADOS.**

Se decide cirugía artroscópica de rodilla + Osteotomía AMZ de Fulkerson + MaioRegen.

## **6. CONCLUSIONES.**

La causa de la lesión de la condropatía rotuliana, es multifactorial. Se cree que el sobreuso de las articulaciones puede provocar un desgaste acelerado.

Es más frecuente en personas con problemas de sobrepeso y en aquellas que realizan movimientos repetitivos que afectan a la rodilla.



# 7.BIBLIOGRAFÍA.

Tus dudas de salud [Internet]. Madrid, España. [Fecha de consulta, 14 de Agosto de 2019]. URL disponible en

<https://tusdudasdesalud.com/fitness/lesiones-deportivas/condropatia-rotuliana/>



# **TEMA 113. CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SUS BENEFICIOS.**

**INMACULADA CARCELÉN RODENAS  
MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA  
MARIO PARREÑO JAREÑO  
REMEDIOS CABAÑERO LUJÁN  
MYRIAN CARCELÉN RODENAS**

# ÍNDICE

**1. INTRODUCCIÓN**

**2. OBJETIVOS**

**3. METODOLOGÍA**

**4. BIBLIOGRAFÍA**

# 1. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un proceso por el cual el hijo es alimentado por la madre , amamantándolo. Dicha leche está compuesta por determinados nutrientes, los cuales son cambiantes y se adaptan a la necesidad y desarrollo del recién nacido.

Según la OMS, la lactancia materna exclusiva ha de mantenerse hasta los seis meses de edad del niño, siendo la misma un alimento complementario hasta los dos años ( aunque la madre puede continuar más tiempo si lo desea).

Entre los múltiples beneficios de dicho proceso se encuentran propiedades inmunológicas, vinculo-afectivas, fisiológicas etc...

# INTRODUCCIÓN

Una figura fundamental dentro de este proceso es el personal de enfermería y futuros profesionales de enfermería, que deben de conocer de manera óptima la importancia de la lactancia materna, así, como sus beneficios, propiedades etc....

Por todo lo anterior, me parece relevante realizar este proyecto de investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna y sus beneficios en estudiantes de enfermería de la facultad de enfermería de la UCLM.

## **2. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de conocimientos sobre sobre lactancia materna y sus beneficios en estudiantes de enfermería.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el nivel de conocimientos en estudiantes de enfermería sobre los beneficios de la lactancia materna
- Describir el nivel de conocimientos en estudiantes de enfermería sobre las propiedades, indicaciones, contraindicaciones, periodos recomendados y educación para la salud durante la lactancia materna.

# 3. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Estudio descriptivo y transversal en el que se empleará para la recogida de datos, un cuestionario de recogida de datos de desarrollo propio previamente validado mediante una realización previa de un pilotaje.

Cuenta con variables sociodemográficas como la edad, sexo, formación previa etc...

ÁMBITO/ POBLACIÓN: Universidad De Castilla-La Mancha. Facultad De Enfermería de Albacete. La población total ascenderá a 100 participantes.



**CRITERIOS DE INCLUSION/ EXCLUSIÓN:** Estudiantes de enfermería que hayan superado íntegramente la totalidad de las materias teóricas de cuarto año correspondientes a la titulación de Grado de Enfermería. Quedarán excluidos Estudiantes que no deseen formar parte del estudio.

**CONSIDERACIONES ÉTICAS:** La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada. El estudio se realizará bajo los principios de la Ley 14/2007 de investigación biomédica y Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los investigadores participantes en este estudio nos responsabilizamos de mantener la confidencialidad y anonimato de las informaciones recogidas, garantizando que la utilización de estos datos no tendrá otros fines distintos que el de la propia investigación.

Dado que la encuesta es anónima y no se recogerá ningún dato que permita identificar a los participantes, se incluirá en la carta de presentación la información sobre que la cumplimentación del cuestionario supone el consentimiento para participar en el estudio. Se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación del Comité de Ética de Investigación del Área.

## PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

- **FASE PRIMARIA.** Comprende el primer mes del inicio del estudio. Durante esta fase, se realizara la presentación del proyecto de investigación, en ella se tomará contacto con los participantes del estudio. El investigador principal transmitirá la información al colectivo participante, es decir, estudiantes de enfermería de cuarto año universitario, indicando los objetivos del estudio y resolviendo las posibles cuestiones que se planteen acerca del mismo.

- **FASE SECUNDARIA.**- Su inicio corresponde al segundo mes del inicio del estudio hasta la finalización del tercer mes. En ella se administrará el cuaderno de recogida de datos, el cual estará complementado por una hoja anexa informativa en la que se detallara el objetivo del estudio, la importancia de su desarrollo (solventado las posibles cuestiones para su correcta realización). Por otro lado dicho, anexo informativo tiene un componente ético-legal en el que se advierte que el hecho de completar la encuesta implicará su consentimiento para participar en el estudio. La entrega y recogida de dicho cuestionario será realizada por un enfermero que participe íntegramente en este proyecto durante la última semana lectiva en turno de mañana (en horario de 10 horas a 1 :00horas) dentro del periodo previsto en esta fase hasta completar el total de los participantes.
- **FASE TERCIARIA.**- En ella, se llevará a cabo el análisis y publicación de los datos durante el cuarto mes.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO I

Los datos recogidos en los distintos formularios se trasladarán a una hoja de cálculo creada en el soporte informático Microsoft Excell y posteriormente se utilizará el paquete estadístico Statitistical Package for Social Sciencie (SPSS) versión 19 para Windows. El análisis de los resultados se realizará mediante un estudio descriptivo de las variables utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas. Se calcularán los Intervalos de Confianza (IC) al 95%. Se comprobará la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas utilizando test de Kolmogorov-Smirnov.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO II

Se realizará también un análisis bivalente, en el que se procederá a comparar las variables entre grupos mediante t de Student, ANOVA, Chi-cuadrado y otros test no paramétricos, en función de la naturaleza de las variables. Se calcularán Odds-ratio como medida de tamaño del efecto. El nivel de significación se establecerá, como es habitual, para valores de  $p < 0,05$ .

## 4. BIBLIOGRAFÍA

- Calzado Mustelier, M., Rodríguez Rivero, L., Vargas Fajardo, E., & Vistel Sánchez, M. (2000). Influencia de la lactancia materna en la salud del niño. *Revista Cubana de Enfermería*, 16(2), 122-127.
- Ortiz, Y. M. B., Navarro, C. C., & Ruíz, G. G. (2014). Lactancia materna exclusiva: ¿ la conocen las madres realmente?. *Revista Cuidarte*, 5(2), 723-730.
- Gutiérrez Gutiérrez, A. E., Barbosa Rodríguez, D., González Lima, R., & Martínez Figueroa, O. (2001). Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. *Revista Cubana de Enfermería*, 17(1), 42-46.

- Hernández-Garduño, A. G., & Rosa-Ruiz, L. D. L. (2000). Capacitación sobre lactancia materna al personal de enfermería del Hospital General de México. *salud pública de méxico*, 42, 12-17.
- Muñoz, L. C. (2011). Lactancia materna y gestión del cuidado. *Revista cubana de enfermería*, 27(4), 327-336.
- Gimeno, M. P., Barceló, C. L., Valdearcos, F. S., Soler, G. A., Fernández, A. N., & Fuster, G. P. (2001). Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 3(11), 41-51.

- López de Sabando Güenechea, M. (2013). Fomento de lactancia materna, centro de salud de Ermitagaña.
- Abreu Carrete, B., Arada Rodríguez, A., Jiménez Pacheco, M., Rodríguez López, B., & López Alonso, M. (2009). Estrategia educativa para capacitar asistentes de enfermería sobre lactancia materna. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 13(3), 40-51.
- Estrada Rodríguez, J., Amargós Ramírez, J., Reyes Domínguez, B., & Guevara Basulto, A. (2010). Intervención educativa sobre lactancia materna. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14(2), 0-0.
- Hurtado Valenzuela, J. G., Trujillo, E. A., Lares, A. A. O., Sánchez, G. A. M., & Álvarez Hernández, G. (2014). Saberes de médicos y enfermeras de un hospital, acerca de las bondades de la lactancia. *Revista Mexicana de Pediatría*, 81(2), 56-60.





# **TEMA 114. LUPUS: CLAVES DEL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.**

**ALVARO IGNACIO PADRÓN GONZÁLEZ**

**CYNTHIA VIDAL CAMEÁN**

**TANIA HIERRO TORNER**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **CRITERIOS CLÍNICOS**
- **CRITERIOS SEROLÓGICOS**
- **SISTEMA RESPIRATORIO**
- **SISTEMA CARDIOVASCULAR**
- **SISTEMA GASTROINTESTINAL**
- **SISTEMA GENITOURINARIO**
- **SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO**
- **SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

# INTRODUCCIÓN

- El lupus sistémico eritematoso (LSE) es una compleja enfermedad autoinmune de baja prevalencia en nuestro medio (20-150:100000 habitantes).
- El 65% de los casos se desarrollan entre la 2<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup> década de la vida, y la incidencia es 10 veces mayor en el sexo femenino.

# INTRODUCCIÓN

- La etiología del lupus es desconocida, sin embargo suele clasificarse como una enfermedad multisistémica de tipo vasculitis. [1]
- Esta enfermedad autoinmune se caracteriza por la afectación de múltiples componentes del sistema inmunitario:
  - El sistema del complemento.
  - Las células T supresoras.
  - La producción de citoquinas.

# INTRODUCCIÓN

- Esta situación da lugar fenómenos patogénicos característicos de la enfermedad en la que son clave la formación de autoanticuerpos.
- La activación aberrante del complemento da lugar a un aumento de componentes en suero tanto de la vía clásica como de la vía alternativa, y a la formación de complejos autoinmunes en los tejidos. [1]

# INTRODUCCIÓN

Los complejos autoinmunes interactúan con los linfocitos B, dando lugar a los autoanticuerpos, y cómo en el LSE el sistema autoinmune es disfuncional se generan autoanticuerpos de forma incontrolada.

- Producción de autoanticuerpos e inmunocomplejos.
- Defecto de eliminación de las células apoptóticas.
- Aumento de células T y B.
- Lesión tisular por depósito de inmunocomplejos.

# INTRODUCCIÓN

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Reumatología (ACR) establecieron once criterios diagnósticos en 1982 que fueron revisados en 1997.
- En el 2012 The Systemic Lupus International Collaborating Clinics los actualizó y actualmente se requieren la presencia de al menos 4 de los 17 criterios, incluyendo 1 o más de los 1 criterios clínicos y al menos 1 de los 6 criterios inmunológicos. [2]



# INTRODUCCIÓN

- Aunque desafortunadamente no existen criterios radiológicos universalmente aceptados para el LSE, esto no quiere decir que no sea necesario conocer los hallazgos de imagen médica que acompañan a esta enfermedad.
- Se trata de un espectro muy variado dado que abarcan tanto las alteraciones propias de la afectación, las complicaciones e incluso los efectos de la terapia pueden tener traducción radiológica.

# CRITERIOS CLÍNICOS

- 1) 1. Lupus cutáneo agudo: exantema malar, lupus bulloso, exantema maculopapular lúpico, exantema lúpico fotosensible (en ausencia de dermatomiositis) o necrosis tóxica epidérmica variante de LES o lupus cutáneo subagudo.
  
- 2) 2. Lupus cutáneo crónico: lupus discoide clásico, lupus hipertrófico (verrugoso), paniculitis lúpica, lupus eritematoso tumidus o perniosis lúpica.

# CRITERIOS CLÍNICOS

- 1) 3. Úlceras orales o nasales: en ausencia de otras causas como artritis reactiva, Behçet, vasculitis...
- 2) 4. Alopecia no cicatricial: fragilidad o adelgazamiento capilar, en ausencia de otras causas.
- 3) 5. Afectación articular: inflamación en 2 o más articulaciones, o dolor a la presión en 2 o más articulaciones + rigidez matinal >30 minutos.

# CRITERIOS CLÍNICOS

6. Serositis: pleuritis o pericarditis de más de un día de duración, en ausencia de otras causas.
7. Afectación renal: relación proteinuria/creatinuria (o proteínas en orina de 24 horas) que representen 500 mg de proteínas/24 horas o cilindros hemáticos.
8. Alteraciones neurológicas: convulsiones, psicosis, mononeuritis múltiple, mielitis, neuropatía periférica o craneal, estado confusional agudo.

# CRITERIOS CLÍNICOS

9. Anemia hemolítica.

10. Leucopenia o linfopenia: Leucocitos  $< 4\ 000/\text{mm}^3$ , al menos una vez, o linfocitos  $< 1\ 000/\text{mm}^3$ , al menos una vez, en ausencia de otras causas.

11. Trombocitopenia: Plaquetas  $< 100\ 000/\text{mm}^3$  en ausencia de otras causas.

# CRITERIOS SEROLÓGICOS

- 1. ANA +, en valores por encima del nivel de referencia del laboratorio.
- 2. AntiDNAn +, en valores por encima del nivel de referencia del laboratorio (o  $>2$  veces el nivel de referencia si es realizado por ELISA).
- 3. Anti Sm +.

# CRITERIOS SEROLÓGICOS

- 4. Anticuerpos antifosfolípidos: anticoagulante lúpico, falso reactante de reagina, títulos medios o altos de anticardiolipina (IgA, IgG o IgM), resultado + para anti  $\beta$ 2-glicoproteína (IgA, IgG o IgM).
- 5. Complemento bajo: C3, C4 o CH50 bajos.
- 6. Coombs directo +.

# SISTEMA RESPIRATORIO

- La mitad de los enfermos de LSE desarrollarán enfermedades respiratorias en relación a la afectación de la pleura, los pulmones o incluso los músculos de la caja torácica.
- Esta afectación puede ser producida por alteraciones primarias, secundaria a dolencias en otros órganos o derivada de los fármacos usados para su tratamiento. [1, 3]



# SISTEMA RESPIRATORIO

- Tromboembolismo pulmonar

Más frecuente en pacientes que asocian Síndrome Antifosfolípido, ya que se trata de un estado autoinmune de hipercoagulabilidad causado por anticuerpos dirigidos contra los fosfolípidos de las membranas celulares.

# SISTEMA RESPIRATORIO

- Hemorragia pulmonar

Se trata de una complicación inmunológica rara del LES, debido a la afectación de los capilares alveolares pulmonares.

Encontraremos un aumento de densidad de patrón alveolar, bilateral y parcheado, normalmente en los campos inferiores.

La mortalidad de este proceso se acerca al 90%.

# SISTEMA RESPIRATORIO

- Neumonía por inmunosupresión

La situación de inmunosupresión de los pacientes con LES converge desde dos puntos: por un lado el sistema inmunológico de estos enfermos es deficiente, y por otro lado el tratamiento con corticoides también tiene efectos sobre el sistema inmológico.

Esto da lugar a que las infecciones pulmonares sean hasta tres veces más frecuentes en estos pacientes.

Los microorganismos implicados pueden ser comunes o no habituales: hay que prestar especial atención a la mayor prevalencia de *Nocardia* (neumonía atípica) y tuberculosis en los enfermos de LES.

# SISTEMA RESPIRATORIO

- Neumonitis lúpica

También se trata de una afectación muy poco común (la desarrollan el 1-4% de los pacientes) que afecta a los capilares alveolares pulmonares dando lugar a edema y hemorragia.

Los hallazgos radiológicos típicos implican consolidaciones alveolares, uni o bilaterales y parchadas, en los campos inferiores: hallazgos superponibles a la hemorragia pulmonar, el tromboembolismo o la neumonía por inmunosupresión, lo que implica un diagnóstico por exclusión.

# SISTEMA RESPIRATORIO

- Derrame pleural

Es la manifestación más común del LSE en el sistema respiratorio.

Normalmente es bilateral, de pequeña cuantía y de tipo exudativo: contiene células y otros elementos del sistema inmunológico relacionados con el lupus.

También puede ser debida a fallo renal crónico secundario a lupus.

Aunque es un hallazgo inespecífico, cobra valor cuando se trata de un hallazgo crónico en un paciente que tiene alteraciones autoinmunes ya que nos puede poner sobre la pista de una afectación por LES.

# SISTEMA RESPIRATORIO

- Fibrosis pulmonar

La afectación primaria del colágeno es muy rara, y ocurre en menos del 3% de los pacientes.

Sin embargo, la fibrosis pulmonar es un hallazgo relativamente común, en muchos casos como secuela de neumonías de repetición debido al estado de inmunodeficiencia que padecen estos enfermos.

Estos hallazgos son irreversibles y se caracterizan por distorsión de la arquitectura parenquimatosa pulmonar, con áreas de panalización, engrosamiento subpleural, etc.

# SISTEMA RESPIRATORIO

- Hipertensión pulmonar

Uno de cada cuatro pacientes que asocian el Síndrome antifosfolípido a su enfermedad por LES, desarrollarán hipertensión pulmonar.

Así mismo, es más frecuente en enfermos afectados por fibrosis pulmonar crónica y por aquellos que han sufrido tromboembolismos pulmonares de repetición, debido al aumento de la presión en la vasculatura pulmonar arterial.

El pronóstico de esta patología es malo y suele conducir a una disfunción cardíaca.

# SISTEMA RESPIRATORIO

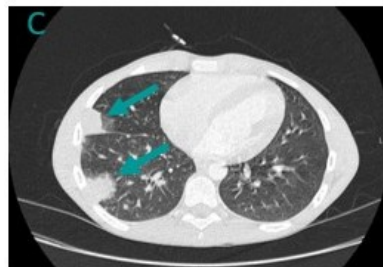
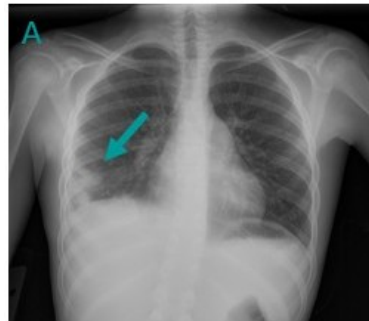
- Disfunción de los músculos respiratorios

Más del 25% de los pacientes afectados por LES sufren disfunción diafragmática.

Esto se traduce radiologicamente como elevación hemidiafragmática, atelectasias lineares, disminución del volumen pulmonar...



# SISTEMA RESPIRATORIO



**FIGURA 1.**

**A)** Paciente masculino de 12 años de edad que acude a urgencias pediátricas por disnea y que no tiene antecedentes de interés, al realizar la radiografía de tórax se objetiva infiltrado pulmonar de patrón alveolar y morfología triangular con base pleural, que se identifica como posible neumonía.

**B)** Se ingresa al niño en observación y ante la persistente afectación de los parámetros gasométricos y la escasa mejoría con tratamiento se realiza TC de tórax a las horas, encontrándose defectos de repleción de las arterias lobares pulmonares derechas a varios niveles.

**C)** Este hallazgo se acompañó de la presencia de hemorragias/ infartos pulmonares periféricos.

Tras someter al paciente a pruebas serológicas, se confirmó la sospecha de Lupus.

# SISTEMA RESPIRATORIO



**FIGURA 2.**

**A)** Paciente femenina de 32 años a la que se realiza TC de arterias pulmonares por sospecha de TEP, en el que se objetiva derrame pleural que persiste a lo largo del seguimiento por la consulta de Reumatología durante meses (**B**), siendo finalmente diagnosticada de Lupus.

**C)** Paciente masculino de 58 años fumador, diagnosticado de lupus desde hace años con afectación renal severa, que inicia cuadro respiratorio, se realiza una radiografía de tórax en la que aparece un infiltrado bilateral inespecífico para patología infecciosa. Al realizar TC de control se objetiva patrón de fibrosis pulmonar.

**D)** Paciente femenina de 27 años diagnosticada de lupus y que ha sufrido un TEP, acude a urgencias con sensación de disnea, se le realiza angioTC de arterias pulmonares y se objetiva reflujo de contraste en venas suprahepáticas y leve dilatación de arteria pulmonar.

# SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Al ser la naturaleza de la enfermedad de LES una vasculitis, cualquier vaso (de pequeño, mediano o gran calibre) puede sufrir afectación secundaria a la infiltración de polimorfonucleares en la pared vascular y su posterior necrosis: será el mecanismo de producción de la patología cardiovascular en estos enfermos. [1, 4]

# SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Pericarditis

Afecta hasta a la mitad de los pacientes.

Los signos clásicos son el derrame, engrosamiento y realce del pericardio tras la administración de contraste.

- Trombosis venosa profunda

Los pacientes con Síndrome antifosfolípido son más proclives al desarrollo de trombosis venosa, en muchas ocasiones este fenómeno en personas sin factores de riesgo es uno de los hallazgos que conducen a la sospecha de lupus.

# SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Degeneración valvular

Es la manifestación cardíaca mas frecuente (las válvulas cardíacas se encuentran afectadas hasta en el 75% de los pacientes).

Esta alteración es más frecuente en pacientes que asocian el Síndrome antifosfolípido.

El espectro de afectación es variable, siendo el más grave la endocarditis de Libman-Sacks que se caracteriza por la formación de pequeñas vegetaciones granulares (de entre 1-4 mm) y que pueden acarrear la destrucción de la válvula afectada.

# SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Miocarditis

Se produce mediante dos mecanismos diferenciados: por un lado la miositis crónica que da lugar a infiltración perivascular por linfocitos y neutrófilos, y por otra parte la arteriopatía de pequeño vaso intramiocárdica por hialinización, que contribuyen a la disfunción del ventrículo izquierdo.

# SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Aterosclerosis

Como en el resto de pacientes que presentan este problema se trata de una entidad multifactorial: hipertensión, obesidad, hiperlipidemia... estas entidades juegan un papel relevante en el desarrollo de aterosclerosis, sin embargo estas condiciones se ven en mayor proporción en los enfermos de LES.

Esto puede ser tanto por la idiosincrasia propia de la enfermedad como por factores asociados: el tratamiento con corticoides induce dislipoproteinemia, la enfermedad renal puede dar lugar a hipertensión, etc.

# SISTEMA CARDIOVASCULAR



**FIGURA 3.**

**A, B, C y D)** Paciente femenina de 45 años con seguimiento en consultas externas del Servicio de Dermatología por afectación dérmica facial sin catalogar, acude a urgencias hospitalarias por hinchazón brusca del miembro superior izquierdo, se le realiza un EcoDoppler objetivándose trombosis venosa profunda masiva de dicho miembro documentándose extensión desde la yugular hasta la vena humeral.



# SISTEMA CARDIOVASCULAR



**FIGURA 4.**

Paciente masculino de 70 años pluripatológico y diagnosticado de Lupus, a seguimiento en consultas externas de Reumatología y Cirugía Vascular en relación a múltiples eventos trombóticos.

Nótese la profusa aterosclerosis que presenta el paciente. En este estudio defecto de repleción tras la administración de contraste de la arteria iliaca derecha desde la bifurcación y femoral, recanalizando a nivel distal (flecha).

# SISTEMA GASTROINTESTINAL

Cualquier porción del sistema gastrointestinal puede verse afectado en relación con los fenómenos trombóticos, vasculitis, depósitos de complejos autoinmunes, respuesta inflamatoria, tratamiento corticoideo... Normalmente se traduce como dolor abdominal inespecífico de causa multifactorial. [1, 5]

# SISTEMA GASTROINTESTINAL

- Pancreatitis aguda

La afectación de pequeño vaso en relación con fibrosis periarterial puede causar pancreatitis grave de tipo hemorrágica o necrotizante hasta en un cuarto de los pacientes con LES.

- Colecistitis aguda

La fibrosis de la vesícula por vasculitis y depósito de complejos autoinmunes da lugar a un engrosamiento parietal que puede progresar hacia colecistitis alitiásica, gangrena y perforación con resultado de sepsis si no se trata a tiempo.

# SISTEMA GASTROINTESTINAL

- Isquemia intestinal

Más frecuente en los pacientes que asocian Síndrome antifosfolípido ya que pueden sufrir isquemia intestinal tanto por trombosis como por vasculitis de pequeño vaso.

Afecta de forma más común a la porción irrigada os la arteria mesentérica superior.

Los signos radiológicos son los mismos que en isquemias de otra etiología: edema parietal, hemorragia intramural, neumatosis, gas portal, captación anormal de contraste...

# SISTEMA GASTROINTESTINAL

- Pancreatitis crónica

En la mayoría de los casos cursa de forma asintomática y es producto de pancreatitis agudas de repetición.

- Gastritis/ Úlcera péptica estomacal

Está en relación tanto con la hipomotilidad esofágica como con el tratamiento antiinflamatorio no esteroideo.

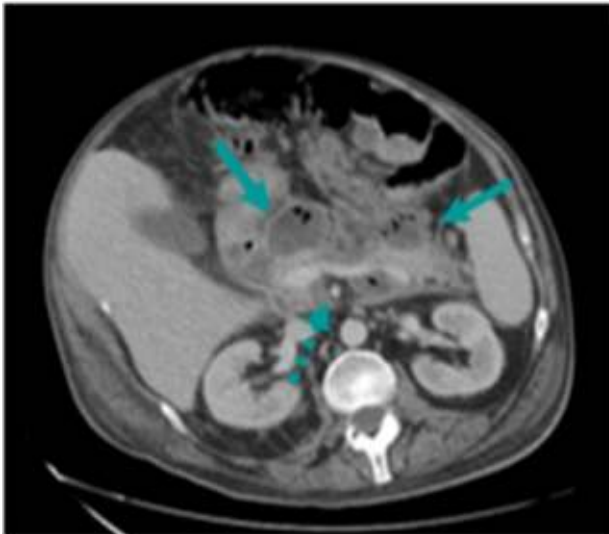
# SISTEMA GASTROINTESTINAL

- Hipomotilidad esofágica

Afecta a un tercio de los pacientes.

La hipomotilidad es más común en el tercio distal esofágico, lo que da lugar a clínica de disfagia, reflujo gastroesofágico y dolor torácico atípico.

# SISTEMA GASTROINTESTINAL



**FIGURA 5.**

Paciente masculino de 52 años con diagnóstico de Lupus, que acude al hospital por un cuadro de dolor abdominal agudo en cinturón y niveles elevados de amilasa en sangre.

En el TC se evidencia que la glándula pancreática se encuentra edematosa, con pérdida de su contorno acinar (flecha discontinua) y se objetivan múltiples colecciones adyacentes bien delimitadas y con gas en su interior (flechas continuas), hallazgos compatibles con pancreatitis necrotizante.

# SISTEMA GENITOURINARIO

- La efectación renal es a menudo causa de una alta morbi-mortalidad ya que el tejido renal es muy sensible a las diferentes alteraciones vasculares e inmunológicas que tienen lugar en los pacientes con LES. [1, 6]



# SISTEMA GENITOURINARIO

- Trombosis venosa renal

El síndrome nefrótico puede inducir estados de hipercoagulabilidad.

- Nefropatía difusa/ Glomerulonefritis

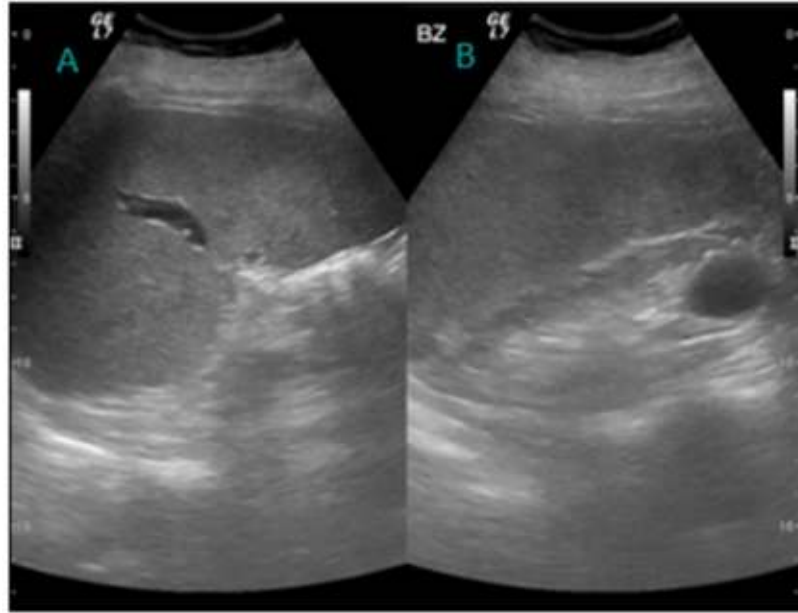
La matriz mesangial, así como la membrana basal y los antígenos de la superficie del glomérulo pueden producir una reacción cruzada con los autoanticuerpos del LES que dan lugar al depósito de complejos autoinmunes lo que activa la respuesta autoinmune celular y la liberación de citoquinas, y finalmente la necrosis glomerular y la fibrosis renal.

# SISTEMA GENITOURINARIO

- Insuficiencia renal

Cuando la nefropatía evoluciona puede terminar en insuficiencia renal, visualizándose riñones de tamaño disminuido que asocian pérdida de la diferenciación cortico-medular.

# SISTEMA GENITOURINARIO



**FIGURA 6.**

Paciente femenina de 29 años, diagnosticada de Lupus en la adolescencia que presenta grave afectación renal: ambos riñones se muestran hiperecogénicos, con pérdida de la diferenciación cortico-medular y de tamaño disminuido. En aquel momento la paciente se encontraba en insuficiencia renal crónica estadio IV.

A) Riñón derecho, más afectado, comparado con el hígado.

B) Riñón izquierdo comparado con el bazo.

# SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

- El componente óseo es el más frecuentemente afectado.
- El abanico de la afectación musculoesquelética es amplia, variando desde leves alteraciones hasta una gran agresividad biológica, lo que puede producir la destrucción de la matriz ósea incluso en pacientes jóvenes. [1]

# SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

- Fracturas por insuficiencia

El tratamiento corticoideo es el principal responsable de estas lesiones que se producen en hueso alterado (osteoporosis de causa farmacológica) sometido a cargas normales.

- Hiperlaxitud ligamentosa

La inestabilidad ligamentosa da lugar a deformidades irreversibles de las articulaciones.

# SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

- Artropatía simétrica no erosiva

En las articulaciones de las manos podremos observar edema de tejidos blandos pericapsulares, osteoporosis yuxtacortical... Estos hallazgos son compartidos con la artritis reumatoide, que es el principal diagnóstico diferencial.

En las articulaciones metacarpofalángicas también podemos encontrar el Síndrome de Jaccoud: deformidad en cuello de cisne y ojal.

En la muñeca es común la desviación cubital (la inestabilidad del carpo se objetiva hasta en el 15% de los pacientes).

# SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

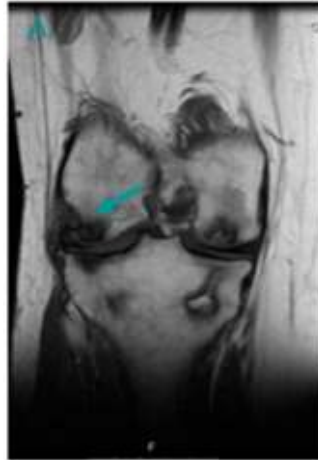
- Osteonecrosis/ Necrosis avascular

Afecta a las grandes articulaciones de hasta al 50% de los pacientes con LES.

Por orden de frecuencia, la cabeza femoral, la cabeza humeral, los cóndilos femorales y la meseta tibial son las zonas de necrosis más comunes.

Tanto la insuficiencia vascular como el tratamiento con corticoesteroides da lugar a un proceso óseo patológico que se puede manifestar como edema de la médula ósea, fracturas subcondrales, infarto óseo... Esto conduce a la destrucción de las articulaciones por colapso de la superficie articular y cambios fibróticos en la médula ósea.

# SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

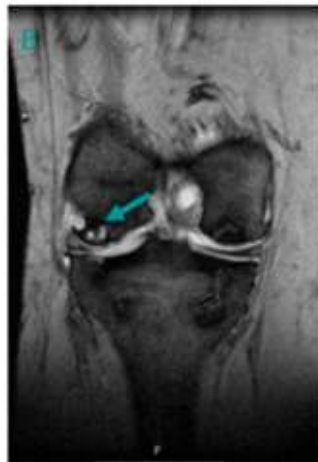


**FIGURA 7.**

Paciente femenina de 29 años, diagnosticada de Lupus en la adolescencia con afectación ósea muy extensa.

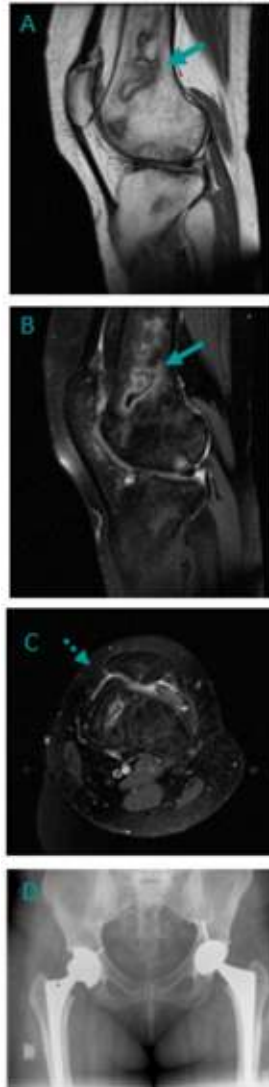
**A)** Resonancia magnética de rodilla derecha, secuencia coronal T1 en la que se identifica en el cóndilo femoral externo una alteración de la señal y depresión irregular de la cortical, compatible con lesión osteocondral.

**B)** Secuencia coronal DP de la región afectada que confirma los hallazgos.





# SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO



**FIGURA 8.**

Paciente femenina de 29 años, diagnosticada de Lupus en la adolescencia con afectación ósea muy extensa.

**A)** Resonancia magnética de rodilla derecha, secuencia sagital T1 en la que se identifica en la unión metafiso-diafisaria de fémur izquierdo una alteración de la señal necrosis avascular (flecha continua).

**B)** Secuencia sagital DP con supresión grasa de la región afectada que confirma los hallazgos (flecha continua).

**C)** Secuencia axial DP con supresión grasa en la que se objetiva discreta luxación externa de la rótula derecha (inestabilidad fémoro-patelar) por hiperlaxitud del tendón del cuádriceps y ligamento rotuliano (flecha discontinua).

**D)** Esta paciente es portadora de prótesis de cadera bilaterales desde los 26 años por necrosis avascular de las cabezas femorales.

# SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- La enfermedad neurológica tiene un alto ratio de afectación (la padecen hasta el 40% de los enfermos de LES).
- La edad media de inicio de los eventos son 35 años.
- En el LES conviven múltiples fenómenos que pueden dañar el parénquima cerebral: coagulopatía ligada al Síndrome Antifosfolípido, aterosclerosis secundaria a tratamiento con corticoides, vasculitis, tromboembolismo cardiogénico en la enfermedad de Libman-Sacks... [7]

# SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- Ictus isquémico:

Secundario tanto a estados de hipercoagulabilidad (Síndrome antifosfolípido) como a tromboembolismos de origen cardiogénico (enfermedad de Libman-Sacks).

La zona de infarto cerebral puede agravarse con una evolución a hemorragia cerebral, debido a las alteraciones en la coagulación con las que suelen convivir estos pacientes.

Múltiples áreas hipodensas en la sustancia blanca cerebral con relativo respeto de la porción central de la misma, son sugestivas de LES.

# SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- Hemorragia intracraneal

Usualmente se trata de hemorragias subaracnoideas secundarias a la rotura de aneurismas. Esto puede estar provocado tanto por necrosis fibrinoide del endotelio debida a angitis lúpica como por la hipertensión causada por aterosclerosis, vasculitis, fallo renal crónico...

# SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- Trombosis de los senos venosos

Ocurre hasta en un tercio de los pacientes afectados por LES que presentan Síndrome antifosfolípido concomitante. La aparición repetida de esta entidad sin que se asocien factores predisponentes, debe hacernos sospechar de LES.

# SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- Enfermedad de grandes vasos

Puede manifestarse tanto en forma de trombosis tanto arterial como venosa, secundaria a hipercoagulabilidad, como a la formación de aneurismas en las arterias cerebrales de mayor calibre.

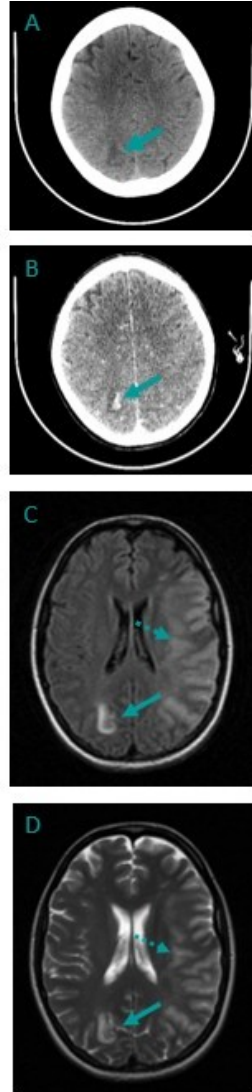
# SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- Enfermedad de pequeño vaso

La hiperplasia endotelial, fibrosis de la intima, degeneración fibrinoidea del colágeno vascular y la alteración del tejido muscular y elástico de las paredes de las arteriolas, dan lugar a la obliteración de las arteria perforantes cerebrales.

Estas alteraciones son la base de la angitis lúpica que se caracteriza por la isquemia de la sustancia gris cerebral.

# SISTEMA NERVIOSO CENTRAL



**FIGURA 9.**

Paciente femenina de 52 años, diagnosticada de Lupus que acude al urgencias hospitalarias por clínica compatible con ictus isquémico.

A) Se le realiza un TC de cerebro sin contraste intravenoso, donde se objetiva una lesión hipodensa parieto-occipital derecha (flecha).

B) A continuación se le administra contraste intravenoso con el fin de intentar aproximar una caracterización la lesión cerebral.

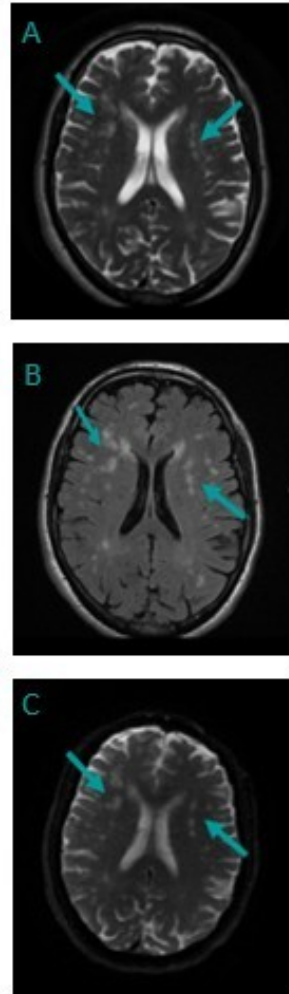
La lesión presenta captación de contraste (flecha).

C) Días después se le realiza una resonancia magnética cerebral, en la secuencia FLAIR se objetiva alteración de la señal compatible con ictus isquémico de arteria cerebral media con afectación de los territorios fronto-parieto-occipitales izquierdos (flecha discontinua), y la lesión que se objetivaba en el TC se confirma como ictus isquémico que ahora presenta componente hemorrágico.

D) Secuencia T2.



# SISTEMA NERVIOSO CENTRAL



**FIGURA 10.**

Paciente femenina de 67 años, diagnosticada de lupus hace 10, que ahora presenta convulsiones y alteración oculomotora.

Se le realiza resonancia cerebral para descartar afectación.

**A)** Secuencia T2 en plano axial, en la que se demuestran múltiples lesiones focales hiperintensas sugestivas de lesiones isquémicas trombóticas, en sustancia blanca bilateral y que respetan la zona central: hallazgos sugestivos de afectación cerebral por Lupus.

**B)** Secuencia FLAIR, hiperseñal focal en corona radiada en relación con eventos isquémicos antiguos.

**C)** No se objetiva restricción de estas alteraciones de señal en la secuencia de difusión.

# CONCLUSIONES

El espectro inconstante de la enfermedad tanto en el debut como al seguimiento supone un esfuerzo en todas las áreas de la medicina.

Esta patología sistémica presenta múltiples caras en las que conviven alteraciones agudas, crónicas, directamente relacionadas con la enfermedad o secundarias al tratamiento: esta variabilidad significa un reto diagnóstico para todos los profesionales sanitarios.

# BIBLIOGRAFÍA

1. Tasneem AL, Kanne JP, Hatfield GA, Chen P. Imaging Findings in Systemic Lupus Erythematosus. RadioGraphics 2004 24:4, 1069-1086.

2. Federación Española de Lupus. [www.felupus.org](http://www.felupus.org).

3. Mayberry JP, Primack SL, Müller NL. Thoracic Manifestations of Systemic Autoimmune Diseases: Radiographic and High-Resolution CT Findings. RadioGraphics 2000 20:6, 1623-1635.

4. Capobianco J, Grimberg A, Thompson BM, Antunes VB, Jasinowodolinski D, Meirelles GSP. Thoracic Manifestations of Collagen Vascular Diseases. RadioGraphics 2012 32:1, 33-50.

# BIBLIOGRAFÍA

5. Rha SE, Ha HK, Lee SH, Kim JH, Kim JK, Kim JH, Kim PN, Lee MG, Au YH. CT and MR Imaging Findings of Bowel Ischemia from Various Primary Causes. *RadioGraphics* 2000 20:1, 29-42.

6. Platt JF, Rubin JM, Ellis JH. Lupus nephritis: predictive value of conventional and Doppler US and comparison with serologic and biopsy parameters. *Radiology* 1997 203:1, 82-86.

7. Sarbu N, Shih RY, Jones RV, Horkayne-Szakaly I, Oleaga L, Smirniotopoulos JG. White Matter Diseases with Radiologic-Pathologic Correlation. *RadioGraphics* 2016 36:5, 1426-1447.



# **TEMA 115. CUIDADOS HOSPITALARIOS DE ENFERMERÍA TRAS UNA CESÁREA.**

**BEATRIZ GARCÍA SERRANO  
MARTA ATIENZA CORREAS  
MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA**

# ÍNDICE

- 1.-¿QUÉ ES UNA CESÁREA?
- 2.-MOTIVOS PARA LA REALIZACIÓN DE UNACESÁREA.
- 3.-CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA.
- 4.-CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PLANTADE HOSPITALIZACIÓN.
- 5.-CONCLUSIONES.
- 6.-BIBLIOGRAFÍA.

# 1.-¿QUÉ ES UNA CESÁREA?

La cesárea es la extracción quirúrgica fetal mediante la incisión abdominal en el útero que se realiza a la mujer embarazada de manera programada o cuando ocurren problemas que no se esperan durante el parto.



## 2.-MOTIVOS PARA LA REALIZACIÓN DE UNA CESÁREA

Los motivos a veces son inesperados:

- Problemas de salud de la madre(preeclampsia, enfermedades cardiovasculares...).
- Embarazo múltiple(aunque no en todos los casos se realiza cesárea).
- Tamaño del feto(desproporción cefalo-pélvica) o posición (podálica).
- Riesgo o pérdida de bienestar fetal durante cualquiera de las fases del parto.
- Cuando no progresa el parto.
- Desprendimiento de placenta.
- Prolapso del cordón umbilical.

### 3.-CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA.

Los cuidados post-anestésicos se realizan con el propósito de identificar complicaciones tras la cirugía y anticiparse para prevenirlas.

Estos cuidados son:

- Toma de constantes vitales como son Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca, saturación de oxígeno y Temperatura.
- Vigilar sangrado vaginal y manchado del apósito de la herida quirúrgica.
- Masaje uterino para verificar su altura e involución.

Una vez que la madre se ha recuperado de la anestesia pasará a la unidad de hospitalización.

#### 4.-CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN.

La recuperación tras una cesárea requiere de un período de tiempo más prolongado que tras un parto vaginal.

Normalmente la paciente presenta dolor en la zona de la incisión quirúrgica. Otras molestias que pueden presentarse son náuseas, vómitos, sed, estreñimiento y/o flatulencias.

El personal de enfermería en la planta:

- Administrará analgesia y/o antieméticos intravenosos prescritos.
- Vigilará el sangrado vaginal(loquios) y el apósito tras la incisión. Al principio los loquios serán de color rojo brillante(hasta aproximadamente seis semanas), luego rosa claro hasta llegar a ser claros y desaparecer.

- Una vez que se retire el apósito vigilará el aspecto de la herida quirúrgica y si aparece algún tipo de exudado, enrojecimiento e inflamación de los bordes.
- Hará masaje uterino y comprobará la altura e involución del útero.
- Hará toma de constantes vitales como son Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca, saturación de oxígeno y Temperatura.
- Propiciará la deambulacion temprana recordándole hacerlo poco a poco para evitar mareos.

- Dará educación para la salud para insistir en el aumento de la ingesta hídrica y dieta rica en fibra para evitar el estreñimiento una vez que sea posible la tolerancia oral tras la cirugía .
- Dará recomendaciones para la higiene personal. La paciente puede ducharse y dar en la herida quirúrgica con agua y jabón neutro secándola bien después.
- Realizará cuidados del sondaje vesical que se retirará según indicaciones normalmente tras una tolerancia oral positiva y una diuresis en bolsa de aspecto y cantidad normales.

## 5.-CONCLUSIONES.

La cesárea es una técnica que puede indicarse por motivos maternos o por motivos del feto. Puede indicarse antes de iniciarse el parto de manera programada o puede surgir la necesidad de realizarla durante el transcurso del mismo de manera urgente.

La recuperación de una cesárea casi siempre conlleva un período de tiempo más largo que un parto vaginal.

## 6.- BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo de actuación de enfermería en cesáreas. Disponible en <https://www.inde.edu.uy/dedos/emi/Guía5.htm>
- Bulechek, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Elsevier. 2016.
- <https://www.sego.es/mujeres/cesárea.pdf>
- <https://medlineplus.gov/spanishcesareansection.html>
- Cuidados postcesárea en la sala de recuperación y alta. Disponible en <https://es.slideshare.net/cuidados-postcesárea-en-sala-de-recuperación-y-alta>





**TEMA 116. CUIDADOS  
HOSPITALARIOS  
POST-CATETERISMO CARDIACO.**

**MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA  
BEATRIZ GARCÍA SERRANO  
MARTA ATIENZA CORREAS**

# ÍNDICE

- 1. DEFINICIÓN**
- 2. PROCEDIMIENTO**
- 3. CUIDADOS ENFERMERÍA POST-CATETERISMO**
- 4. BIBLIOGRAFÍA**

# 1. DEFINICIÓN

El cateterismo cardiaco es la técnica diagnóstica que estudia la morfología y funcionalidad de las arterias coronarias, las presiones de las cavidades cardíacas, el funcionamiento de las válvulas y valora el estado del músculo cardiaco. Permite descartar lesiones en las arterias coronarias y la severidad y extensión de las mismas.

La preparación de la técnica consiste en informar al paciente y familia de las características de la exploración, el paciente debe firmar el consentimiento informado. Se realiza analítica para valorar valores de coagulación (en el caso de tratamiento anticoagulante se suspenderá temporalmente), placa de tórax y electrocardiograma, medición, peso y rasurado de la zona de punción. (1)

# 1. DEFINICIÓN

El proceso se puede realizar con la introducción del catéter por cualquiera de las dos arterias periféricas principales: la arteria femoral (ingle) y más recientemente, la arteria radial (una de las dos arterias principales del antebrazo). (2)

Durante los últimos años se han visto las grandes ventajas de la realización del cateterismo por vía radial, ya que aumenta la comodidad del paciente, disminuye el sangrado, está asociado a menos complicaciones vasculares, entre otras.

## 2. PROCEDIMIENTO (3)

Se realiza en la sala de hemodinámica con el paciente ligeramente sedado y con anestesia local en la zona de punción, la cual puede ser la **arteria radial** (brazo) o **la femoral** (ingle). Suele durar de 30 a 60 minutos.

Pasos a seguir:

1. Desinfección de piel de la zona de punción elegida.
2. Anestesia local en la zona de punción elegida.
3. Introducción de los catéteres en la zona elegida, los cuales avanzarán hasta el corazón bajo control radiológico, con el uso de un aparato de rayos x con el que se ve por donde va avanzando el catéter.

## 2. PROCEDIMIENTO

4. Se miden presiones y flujo sanguíneo.

5. Se inyecta el contraste que permite estudiar el movimiento de las paredes del corazón, tamaño, orificios anormales, obstrucciones, estado de arterias y posibles alteraciones en las válvulas cardíacas.

Todo el proceso se graba para poder estudiarlo posteriormente.

Después de registrar todos los datos necesarios se retira el catéter y se comprime el punto de punción para evitar que sangre.

### **3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST-CATETERISMO (4)(5)**

Tras realizar la prueba, lo primero que haremos al recibir al paciente de nuevo en la unidad será tomarles las constantes vitales y valorar su estado general, miraremos las recomendaciones que nos mandan de la unidad de hemodinámica. Se le volverá a poner el tratamiento que retiramos antes de su marcha. Si se le ha administrado un contraste durante la prueba, es muy importante el aporte de líquidos para expulsarlo del cuerpo.

Si se le ha realizado el cateterismo a nivel radial, valoraremos el buen uso de la pulsera neumática para evitar sangrados o isquemia arterial, le recomendaremos que deje el brazo en reposo al menos 1 o 2 horas y que lo mantenga elevado con la ayuda de una almohada, le pediremos que nos avise si tiene dolor, parestesia o frialdad en la mano.

### **3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST-CATETERISMO**

Para retirar la pulsera neumática necesitaremos una jeringa de 20 cc con un cono Luer, si el cateterismo es diagnóstico podremos empezar a vaciarla a las 2 horas, pero si es terapéutico lo haremos a las 4 horas.

La pulsera neumática tiene 15 cc de aire en su interior, por lo que cuando vayamos a vaciarla, retiraremos sólo 5 cc, si vemos que sangra la volveremos a inflar y esperaremos unas horas, si no sangra a las cuatro horas vaciaremos otros 5 cc, a las siguientes cuatro horas vaciaremos el resto y podremos retirar la pulsera, y taparemos la zona de punción.



### **3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST-CATETERISMO**

Si se le ha realizado un cateterismo a nivel femoral, observaremos el vendaje compresivo y valoraremos el pulso distal, valoraremos sangrado o isquemia arterial, se le recomendará que deje la pierna en reposo al menos 6 horas tras el cateterismo y le pediremos que nos avise en caso de frialdad, dolor o parestesia.

El vendaje compresivo se le retirará a las 12 horas de la realización de la prueba, se le limpiará con antiséptico y le pondremos un apósito limpio.

## 4. BIBLIOGRAFÍA

1. Galimany Masclans J\*. Díaz Rodríguez S\*\*. Pernas Canadell JC\*\*\*. Cuidados de enfermería al paciente sometido al cateterismo cardíaco y angioplastia coronaria. Enfermería en Cardiol [Internet]. 2009 [citado 23 de septiembre de 2019]; Disponible en: [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/49\\_1.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/49_1.pdf)
2. Kolkailah AA, Alreshq RS, Muhammed AM, Zahran ME, Anas El-Wegoud M, Nabhan AF. Transradial versus transfemoral approach for diagnostic coronary angiography and percutaneous coronary intervention in people with coronary artery disease. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 18 de abril de 2018 [citado 23 de septiembre de 2019]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012318.pub2>

## 4. BIBLIOGRAFÍA

3. Cateterismo cardiaco. [citado 23 de septiembre de 2019]; Disponible en: <https://www.enfermeriadeciudadreal.com/cateterismo-cardiaco-653.htm>

4. Álvarez Moya JM. Protocolo de traslado en cateterismo cardiaco. Enfermería en Cardiol N° 18 [Internet]. [citado 23 de septiembre de 2019]; Disponible en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/1803.pdf>

5. Martín Morano MD. Preparación y cuidados del cateterismo cardiaco — Enfermería Práctica [Internet]. 2014 [citado 23 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/preparacion-y-cuidados-del-cateterismo-cardiaco>



# **TEMA 117. VALORACIÓN Y ACTUACIÓN EN PACIENTES CON DISFAGIA.**

**RICARD CONDE TORRES**

**CLARA GIL TORRAS**

**LYDIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ**

# ÍNDICE

- Introducción
- Prevalencia
- Tipos de disfagia
- Signos y síntomas
- Valoración de la disfagia.
- Actuación ante un paciente con disfagia
- Tratamiento de la disfagia
- Bibliografía.

# Introducción

- La disfagia es un trastorno que afecta a la acción de tragar. Es frecuente diagnosticarlo en pacientes con patologías neurológicas sobretodo debido a una disfunción del sistema nervioso central. También puede ser producida por efecto de diversos fármacos que afectan sobre el SNC y agravan la aparición de dicha deficiencia en la deglución.
- La presencia de disfagia puede provocar diferentes complicaciones como son la desnutrición y/o la neumonía aspirativa, ambas potencialmente graves y evitables si se realiza un correcto manejo terapéutico.

# Prevalencia

- Según datos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología la disfagia es más prevalente entre las siguientes enfermedades neurológicas representando un amplio porcentaje:
  1. Entre el 25-55% de pacientes con accidente vascular cerebral.
  2. Entre el 52-82% de pacientes con Párkinson.
  3. Entre el 45-40% de pacientes con Alzheimer.
  4. El 59% de pacientes con neoplasia en cabeza y/o cuello.



# Tipos de disfagia

Definiremos la tipología de disfagia según su etiología y/o localización en 4 subtipos:

- Disfagia neurogénica: por causa neurológica sin necesidad de problemas físicos.
- Disfagia mecánica: a causa de problemas físicos.
- Disfagia orofaríngea: La dificultad se presenta en las dos primeras fases del proceso de deglución, la fase oral y la fase faríngea.
- Disfagia esofágica: Es la fase en la que el bolo alimenticio se desplaza desde el esófago hasta el estómago.

# Signos y síntomas

- Dificultad para masticar o gestionar el bolo alimenticio.
- Restos de comida en la boca después de haber tragado.
- Babeo.
- Regurgitación oral o nasal.
- Toser y atragantarse con frecuencia.
- Necesidad de varios intentos para tragar cantidades pequeñas.
- Rechazar beber líquidos con frecuencia.
- Enlentecimiento anormal en la persona en comer.
- Pérdida de peso.
- Infecciones respiratorias recurrentes

# Valoración de la disfagia

- Ante la sospecha de disfagia en un paciente es importante realizar un diagnóstico precoz así como establecer el grado de disfagia para establecer el tratamiento y las medidas higiénico dietéticas más adecuadas.
- El diagnóstico puede realizarse mediante una exploración clínica y puede complementarse con pruebas complementarias.
- El primer paso es completar correctamente la historia clínica del paciente así como solicitar una correcta descripción de la sintomatología y realizar una exploración física completa: exploración de la voz, oro-facial, del suelo de la boca y de la laringe.

# Valoración de la disfagia

- **Test del agua:** Se administran 10 ml de agua y se observa si hay babeo, número de degluciones y si hay presencia de tos. Se repite hasta 4 veces y se finaliza con la infusión de 50 ml.

Si hay síntomas es positivo, si no es negativo.

- **Test clínico de volumen-viscosidad:** Se utilizan tres viscosidades (líquido-néctar-púdin) y volúmenes diferentes (5-10-20 ml). Tras la técnica se puede determinar que volumen y que viscosidad es la más segura para cada paciente.
- Para completar el estudio se pueden realizar diferentes pruebas como son una video fluoroscopia, fibrolaringoscopia, manometría esofágica, escintigrafía, ...

# Actuación ante un paciente con disfagia

- Mantener al paciente en un ambiente tranquilo.
- Intentar buscar un momento en que la persona esté bien despierta a ser posible buscando la misma hora.
- Mantener una correcta higiene bucal y las mucosas correctamente hidratadas.
- Comprobar el correcto ajuste de las piezas dentales.
- Mantener la cabeza levemente inclinada hacia delante en el momento de las ingestas.
- Si el paciente permanece encamado, incorporar un grado superior a  $60^{\circ}$ .
- Permanecer incorporado aproximadamente 20 minutos después de cada ingesta.

# Actuación ante un paciente con disfagia

- No mezclar diferentes texturas en la misma deglución.
- Administrar cantidades pequeñas.
- Respetar los gustos de la persona.
- Incrementar el valor nutritivo de las ingestas dado que se van a utilizar raciones más pequeñas.
- Utilización de espesantes o agua gelificada para evitar la broncoaspiración por líquidos finos.

# Tratamiento de la disfagia

- El tratamiento de la disfagia dependerá de la causa que la determine:
- Si es obstructiva probablemente se deberá realizar una cirugía.
- Si es por malos hábitos de ingestas se puede reeducar mediante rehabilitación con la ayuda de un logopeda.
- Siempre hay que utilizar las medidas higiénico-posturales y dietéticas anteriormente descritas.
- En el caso de disfagias graves pueden requerir de intervención más agresiva como es la colocación de una gastrostomía para garantizar la nutrición.

# BIBLIOGRAFÍA

- González Alted, C.; Casado Romo, M. P.; Gómez Blanco, A.; Pajares García, S.; Dávila Acedo, R. M.; Barroso Pérez, L.; Panizo Velasco, E. *Guía de nutrición de personas con disfagia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2017
- Dossier de disfagia. Fresenius Kabi
- Ashbaugh Enguítanos, R. A.; Cabello Neila, J. M.; González Blázquez, S.; Gutiérrez Fonseca, R.; López Mongil, R.; López Trigo, J. A.; Martínez Burgui, C.; Ramos Cordero, P. *Envejecimiento y Nutrición: Intervención nutricional en el paciente con disfagia*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2014.





# **TEMA 118. DRENAJES: MANIPULACIÓN Y CUIDADOS.**

**ESTHER RODRIGUEZ CASTELLANOS**

# ÍNDICE

1. Finalidad de los drenajes
2. Ubicación de los drenajes
3. Tipos de drenajes
4. Cuidados de los drenajes
5. Inconvenientes de los drenajes

# FINALIDAD DE LOS DRENAJES

La finalidad de la colocación de un drenaje es la extracción de líquidos de una cavidad corporal o herida, mediante una comunicación continua con el exterior, para favorecer la evacuación y recolección de líquidos orgánicos, secreciones, exudados e incluso aire, así se consigue:

- Promover la cicatrización y reducir los riesgos de infecciones.
- Aislar las heridas infectadas para prevenir los riesgos de contaminación de otras heridas cercanas no infectadas.
- Intervenir rápidamente, cuando hay sospecha de infección

# UBICACIÓN DE LOS DRENAJES

El drenaje a utilizar dependerá del:

- . Tamaño de la herida
- . Localización de la herida
- . Cantidad y características del líquido drenado

- Cavidades con abscesos

El absceso es una cavidad que contiene pus y está rodeada por tejido inflamado. La curación se produce cuando el absceso se drena, así el drenaje evita que la cavidad se cierre y quede llena de líquido

## . Heridas abdominales

Una herida que penetra o deja al descubierto las vísceras, aumenta el peligro de infección o peritonitis. Para prevenir acumulación de líquidos y sustancias se coloca el drenaje.

## . Cirugía

La cirugía puede provocar fugas de conductos, acumulación de líquidos y otras sustancias procedentes de células, vasos sanguíneos y vasos linfáticos tras la resección de grandes zonas. La colocación del drenaje favorece su eliminación.

## . Lesiones

Un traumatismo puede introducir microorganismos en las heridas, por lo que el drenaje contribuye a la eliminación de líquidos contaminados.

# TIPOS DE DRENAJES

La eliminación y evacuación del producto drenado se consigue por gravedad, capilaridad o por aspiración.

Podemos clasificar los diferentes tipos de drenajes en dos grandes grupos:

## \* Drenajes simples:

Se utilizan en heridas quirúrgicas de tamaño moderado y que no presentan complicaciones. Entre los dos extremos del drenaje hay un desnivel suficiente para permitir la salida de líquidos al exterior por la acción de la gravedad. Entre ellos los mas conocidos son:

- Penrose: Es un tubo de goma de látex, blando de una sola luz. Actúa por capilaridad, arrastrando el líquido hasta el exterior. Los hay de varios tamaños y pueden fijarse a la piel con un punto de sutura. Contiene una banda radiopaca para facilitar su control radiológico.
- Cigarrillo: Es un Penrose relleno de gasa en su interior que ayuda a reabsorber líquidos por capilaridad.
- Tejadillo: Transparente y flexible, con una punta redondeada que presenta orificios laterales que facilitan el drenaje por capilaridad.



- Drenaje kher: Tubo de goma o silicona en forma de T, sus extremos más pequeños canalizan las vías biliares y el tercer extremo y mas largo sale al exterior atravesando la pared abdominal mediante una incisión cercana a la herida principal, conectándose a una bolsa recolectora estéril. El drenaje se realiza por gravedad y evita el aumento de presión intracolédoco

## \* Drenajes aspirativos o colectores

Son sistemas de drenaje activos, que actúan por la existencia de diferentes gradientes de presión( se mantiene una presión negativa continua), y se utilizan para mejorar el drenaje de una herida, mediante succión a un recipiente estéril. Permite el drenaje de heridas abdominales grandes o infectadas.

Entre ellos los mas conocidos son:

- . Drenaje tipo Redón: Es un drenaje activo formado por un tubo de silicona con 10 cms de orificios distales que drenan el líquido y va conectado a un recipiente donde existe una presión negativa que facilita la aspiración de los líquidos de la cavidad.

Los recipientes están graduados en centímetros para facilitar el control del volumen del drenaje.

. Drenaje torácico: Permite la extracción de aire, sangre o líquidos de la cavidad torácica a través de un tubo torácico insertado normalmente en el espacio pleural.

Indicado en casos de hemotórax, neumotórax y en todos aquellos procesos que se produzca un colapso pulmonar.

El sistema más utilizado por comodidad y facilidad de la técnica es el Pleur- Evac que consta de tres compartimentos o cámaras( cámara colectora del drenado, compartimento central con sellado hidráulico y cámara de control de aspiración)

# CUIDADOS DE LOS DRENAJES

- Realizar la limpieza del punto del drenaje de lo mas limpio a lo más contaminado.
- Aplicar apósitos estériles alrededor y sobre el drenaje. También bolsas colectoras que faciliten la recogida del líquido eliminado.
- Conservar la integridad de la pie, aplicando barreras cutáneas de protección.
- Comprobar con frecuencia la permeabilidad del drenaje y que no existan acodos en los tubos.

- No elevar el sistema colector del drenaje por encima de la herida, para evitar el reflujo y no manipular la zona del drenaje sin necesidad.
- Asegurar el vacío en los drenajes de aspiración.
- Observar y registrar las características del drenaje ( volumen, olor, color, consistencia) de la herida y la piel.
- Vigilar las oscilaciones y el burbujeo en los drenajes torácicos.

# INCONVENIENTE DE LOS DRENAJES

- . Reducen la movilidad del paciente.
- . Son una entrada de microorganismos, sobre todo en los sistemas de drenaje abiertos.
- . Producen molestias en el paciente, que se agudizan cuando se cambian los apósitos y cuando se retira el drenaje

# BIBLIOGRAFÍA

- S. Pozuelo. Enfermería de quirófano. Conceptos fundamentales. Editorial Toray; 10- 1995.
- Arranz Aguilera; A. y colaboradores. Técnicas de enfermería clínica. Editex 1997.
- Peres de la plaza, E. y Fernández Espinosa, A.M. Auxiliar de enfermería. 2ª edición. Mcgraw- Hill. Interamericana, 1996.
- Kozier, B. Erb, G. Blais, K. Johnson, J.y y Temple, J.S. Técnicas en Enfermería clínica. MC Graw Hill Interamericana. 4ª edición 1999





**TEMA 119. DUODOPA, GEL  
INTESTINAL,  
EN EL TRATAMIENTO DEL  
PARKINSON AVANZADO.**

**MARTA ATIENZA CORREAS  
MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA  
BEATRIZ GARCIA SERRANO**

# ÍNDICE

• <b>Introducción</b>	<b>3</b>
• <b>Duodopa</b>	<b>5</b>
• <b>Indicaciones</b>	<b>6</b>
• <b>Contraindicaciones</b>	<b>8</b>
• <b>Administración</b>	<b>10</b>
• <b>Dosis</b>	<b>11</b>
• <b>Efectos Adversos</b>	<b>13</b>
• <b>Resultados</b>	<b>14</b>
• <b>Bibliografía</b>	<b>15</b>

# INTRODUCCIÓN

El párkinson es una enfermedad crónica, neurodegenerativa e invalidante que afecta en España a más de 160.000 personas, en la que uno de cada cinco afectados es menor de 50 años. Es la segunda enfermedad neurodegenerativa más prevalente tras el Alzheimer.

Sin causa conocida, se produce la destrucción de las neuronas de la sustancia negra, estas neuronas actúan en el sistema nervioso central y utilizan como neurotransmisor primario la dopamina. Los bajos niveles de dopamina producen síntomas motores, bradicinesia, temblor en reposo, rigidez y trastornos de la postura, aunque también podemos encontrarnos síntomas no motores como: trastornos afectivos, alteraciones cognitivas, dolor, náuseas, estreñimiento, seborrea, insomnio...<sup>1</sup>

Una vez pasados de 5 a 8 años desde el inicio del tratamiento, gran parte de las personas desarrollan complicaciones motoras (fluctuaciones motoras, discinesias) y síntomas no motores (como trastornos del sueño o cognitivos) que no responden adecuadamente a la medicación. Es en esta etapa cuando se habla de enfermedad de Parkinson avanzada (EPA). En ella el tratamiento farmacológico no tiene el efecto deseado y se van alternando periodos de buen y mal control de los síntomas, el llamado “efecto on-off”.

Todo ello hace que aumente el nivel de dependencia en la persona, con una disminución en su calidad de vida, así como la de sus familiares y cuidadores.<sup>1</sup>

En esta etapa existen tres alternativas terapéuticas: bomba para infusión continua de apomorfina, la estimulación cerebral profunda del núcleo subtalámico o Globo pálido interno y la infusión continua directamente al intestino de duodopa.<sup>2</sup>

# DUODOPA

**Duodopa (20 mg de levodopa + 5 mg de carbidopa monohidrato / ml)**, es una monoterapia en la que el gel es aplicado directamente en el duodeno del paciente, donde la absorción de levodopa es máxima, tiene la ventaja de mantener niveles plasmáticos constantes y así mantener una estimulación dopaminérgica continua, similar a la que se da en condiciones fisiológicas.

La levodopa alivia los síntomas de la enfermedad de Parkinson tras su descarboxilación a dopamina en el cerebro. La carbidopa, que no traspasa la barrera hematoencefálica, inhibe la descarboxilación extracerebral de la levodopa, lo que hace que haya mayor cantidad de levodopa disponible para el transporte al cerebro y para su transformación en dopamina. <sup>2,3</sup>

# INDICACIONES

- EPA con presencia de complicaciones motoras incapacitantes no controladas con medicación convencional , o bien falta de respuesta o contraindicación para otras terapias como la apomorfina o la estimulación cerebral profunda.
- Las complicaciones afectan negativamente y de forma importante a la calidad de vida del paciente y/o su familia.
- Presencia de síntomas no motores que incapaciten de forma importante al paciente y que pudieran mejorar con el tratamiento
- Buena respuesta al tratamiento oral con levodopa, con periodos “on” de calidad.

- Debe haber un buen apoyo socio-familiar, ya que es necesario que las personas que cuiden al paciente sean capaces de manejar y entender el funcionamiento de la bomba de duodopa.
- Es necesaria la aceptación del tratamiento por parte del paciente y lo familiares, a través de la firma del consentimiento informado.<sup>3</sup>

# CONTRAINDICACIONES

- Hipersensibilidad a levodopa, carbidopa o cualquiera de los excipientes.
- Glaucoma de ángulo estrecho.
- Insuficiencia cardíaca grave.
- Arritmia cardíaca grave.
- Accidente cerebrovascular agudo .
- Los inhibidores no selectivos de la MAO y los inhibidores selectivos tipo A de la MAO no deben administrarse junto con Duodopa. Estos inhibidores deberán retirarse al menos dos semanas antes del inicio del tratamiento con Duodopa.



- Duodopa podrá administrarse simultáneamente a la dosis recomendada del fabricante de cualquier inhibidor de la MAO con selectividad por la MAO tipo B (como, por ejemplo, la selegilina HCl) .
- Aquellas situaciones en las que los adrenérgicos están contraindicados, por ejemplo, feocromocitoma, hipertiroidismo y síndrome de Cushing.<sup>3</sup>

# ADMINISTRACIÓN

Se debe colocar una sonda nasoduodenal/nasoyeyunal temporal con el fin de valorar si el paciente responde de manera favorable a esta forma de tratamiento. Esta se puede realizar de tres formas:

- Colocación radioscópica.
- Colocación endoscópica. Gastroscopia
- Método pasivo. Se coloca la sonda en el estómago y se espera a que emigre por peristaltismo 24-48 horas, se suele administrar domperidona para estimularlo. Es necesario usar rayos X para comprobar la posición adecuada antes de comenzar la administración.

Si responde favorablemente se llevará a cabo la inserción de una la sonda yeyunal (PEG-J) mediante gastrostomía endoscópica percutánea permanente.

Es necesario ingreso hospitalario. 4,5

# DOSIS

La dosis total diaria de Duodopa se compone de tres dosis ajustadas individualmente: dosis matinal, dosis de mantenimiento y dosis adicionales en bolo, administradas a lo largo de aproximadamente 16 horas.

Los cartuchos con el medicamento son para un solo uso y no deberán usarse durante más de 16 horas, aunque quedara algún resto de medicamento.

- La dosis matutina en bolo, se administra mediante bomba para conseguir rápidamente el nivel terapéutico. Al inicio del tratamiento se suele administrar el 80% de duodopa ,de la dosis matutina de levodopa oral, para intentar reducir las hipercinesias asociadas a veces con esta dosis. No deberá superar los 15 ml (300 mg de levodopa).

- La dosis de mantenimiento, es ajustable a razón de 2 mg/hora. Suele ser el 90% del resultado de la dosis diaria total de levodopa que tomaba el paciente menos la dosis de levodopa oral matutina, que ya se ha utilizado para el cálculo de la dosis de duodopa matutina. Debería mantenerse en un intervalo de 1-10 ml/hora.
- La dosis extra se administrará si el paciente se encuentra hipocinético durante el día. Normalmente es de 0,5 hasta 2 ml.

Si la necesidad de dosis adicionales excede de 5 veces al día, la dosis de mantenimiento deberá aumentarse.<sup>3,4</sup>

# EFECTOS ADVERSOS

Las reacciones adversas medicamentosas más frecuentes son: náuseas y discinesias.

Las relativas a dispositivos o procedimientos incluyen: dolor abdominal, complicaciones en la inserción del dispositivo, excesivo tejido de granulación, eritema en el lugar de la incisión, infección postoperatoria de heridas, liberación post-procedimental y reacción en el lugar del procedimiento.

En caso de sobredosis los síntomas clínicos más importantes son, distonía y discinesia, precozmente puede aparecer blefaroespasma.<sup>2</sup>

# RESULTADOS

Duodopa es la única terapia que ha documentado su eficacia en monoterapia, que ha sido confirmada luego en varios estudios post-autorización.

Diversos estudios han demostrado el beneficio clínico con importante reducción del tiempo *off* y aumento del tiempo y calidad *on*, así como una reducción en la intensidad de las discinesias . Igualmente, los aspectos no motores de la enfermedad, con un peso específico y ciertamente limitante en la enfermedad de Parkinson avanzada, mejoran sustancialmente tras el tratamiento.

4,6

# BIBLIOGRAFÍA

1. Conoce la enfermedad - Federación Española de Parkinson [Internet]. Federación Española de Parkinson. 2017 [citado 29 Agosto 2019]. Disponible en: <http://www.esparkinson.es/espacio-parkinson/conocer-la-enfermedad/>
2. Cáceres M. Levodopa/Carbidopa 20mg/ml+5mg/ml gel intestinal. Tratamiento del Parkinson avanzado Informe de la Comisión de Farmacia-Hospital Reina Sofía Córdoba. [Internet]. Juntadeandalucia.es. 2017 [citado 1 Septiembre 2019]. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user\\_upload/area\\_atencion\\_alprofesional/comision\\_farmacia/informes/duodopa\\_hurs.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_atencion_alprofesional/comision_farmacia/informes/duodopa_hurs.pdf)

3. Ficha técnica de Duodopa [Internet]. Cima.aemps.es. 2017 [citado 29 Agosto 2019]. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/66547/FT\\_66547.html.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/66547/FT_66547.html.pdf)
4. Santos García D. Guía práctica para el tratamiento mediante infusión intestinal continua de levodopa-carbidopa (Duodopa®) de la enfermedad de Parkinson avanzada. [Madrid]: Content'Ed Net Communications; 2014.
5. Información de seguridad para profesionales sanitarios acerca de Duodopa (gel intestinal de levodopa-carbidopa) [Internet]. Cima.aemps.es. 2017 [citado 1 Septiembre 2019]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/DocsPub/15/709>



6. Fernandez-Pajarin G , Ares-Pensado B , Sesar A, Iglesias-Canle J , Masa-Vazquez L , Castro A .  
Establecimiento ambulatorio y manejo inicial del tratamiento con infusión intraduodenal de levodopa-carbidopa en la enfermedad de Parkinson avanzada.  
Rev Neurol.2018;67(1):1-5



# **TEMA 120. EL CELADOR Y EL PACIENTE TERMINAL.**

**MARIA TERESA SERRANO ANTON**

# ÍNDICE

- **¿QUE SE CONSIDERA PACIENTE TERMINAL?**
- **EL CELADOR ENTRE EL PERSONAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS DEL PACIENTE TERMINAL.**
  - \* **Actitud y comportamiento**
- **EL CELADOR ANTE EL PACIENTE FALLECIDO**
  - \* **Signos de muerte : precoces y tardios**
  - \* **Protocolo a seguir**

- La OMS define Paciente Terminal como *“el paciente con enfermedad muy avanzada, activa, en progresión y con un pronóstico vital limitado”* (Paciente que sufre una enfermedad cuyo fin es una muerte próxima, generalmente inferior a 6 meses).
- La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define paciente terminal como "paciente que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e incurable con falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico, cuyo pronóstico de vida será inferior a seis meses".

# CRITERIOS PARA DEFINIR UNA FASE TERMINAL

\*Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, e incurable.

\*Produce gran impacto emocional en el paciente y familia ante dolor y el proceso de morir.

\*Presencia de síntomas físicos intensos, múltiples y cambiantes; náuseas, vómitos, infecciones de boca, anorexia, insomnio....

Cuando el enfermo se encuentra en esta situación, el objetivo principal es el cuidado físico y psicológico, calmar el dolor y el apoyo a la familia, **llamado cuidados de confort o paliativos.**

# CUIDADOS PALIATIVOS

- **CUIDAR LA DIGNIDAD DEL PACIENTE**, higiene tanto de la persona como de la cama.
- **ATENCION INTEGRAL**, individualizada y profunda.
- **PROPORCIONAL AMBIENTE AGRADABLE**, confort, bienestar, olores agradables.
- **MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE**
- **DESARROLLAR LA AUTONOMIA DEL PACIENTE**
- **PROPORCIONAR APOYO PSICOLOGICO**, tanto al paciente como a familiares.

Los cuidados paliativos implica trabajo en equipo; médicos, enfermeras, auxiliares, psicólogos, voluntarios...entre ellos esta el celador.

# EQUIPO PORTATIL PARA RX DE TORAX

Se realiza a pacientes encamados, normalmente se requiere en:

- UCI
- Reanimación
- Quirófanos
- Urgencias
- Habitaciones de planta

Del 6 al 35% son de calidad subóptima, la técnica mas solicitada en la UCI y pacientes encamados es la anteroposterior.



## MODO DE REALIZACION:

\***TECNICA:** { 80-100 Kv  
1,5-2 mAs  
1,20 cm de distancia

\*Máxima inspiración.

\*Proteger al paciente y a los que estén alrededor de la radiación.

\*Evitar la presencia de catéter y otros dispositivos en la zona del tórax.

\*Se levanta la espalda del paciente y se le coloca el chasis en contacto con la espalda.

\*Si esta entubado, controlaremos la consola del respirador para ver el momento de máxima inspiración.

\*Ensanchamiento del mediastino del un 10 al 15%.

\*Intentar no hacer radiografías innecesarias.

# RX TORAX PEDIATRICA DE URGENCIAS

Se recomienda como evaluación inicial en la mayoría de casos con alteraciones torácicas.

Suele hacerse de cubito supino y en proyección AP.

Sirve para descartar:

- Patología pulmonar en niños.
- Lesiones intratorácicas y fracturas costales.
- Cuerpos extraños en vía aérea ( sobre todo niños de 6 meses y 3 años).
- Neumotórax y crisis asmática.
- Tromboembolismo pulmonar.

# BIBLIOGRAFIA

- [revistamedica.com/equipo-portátil-móvil-rx-digital-torax/es.slideshare.net/delacamaraegea/readiologia-portátil](http://revistamedica.com/equipo-portátil-móvil-rx-digital-torax/es.slideshare.net/delacamaraegea/readiologia-portátil)
- [scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-7348201200300007](http://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-7348201200300007)
- [www.Elsevier.es/es-revista-revista-medica-clínica-las-condes-202-articulo-trauma-torax-S074686401\\_704734](http://www.Elsevier.es/es-revista-revista-medica-clínica-las-condes-202-articulo-trauma-torax-S074686401_704734)



# **TEMA 121. DEFORMIDADES DE LA COLUMNA VERTEBRA: LA ESCOLIOSIS.**

**CLAUDIA CUEVAS MENÉNDEZ  
PATRICIA FERVIENZA FUEYO**

# ÍNDICE

- Concepto
- Clasificación
- Etiología y Clínica
- Valoración
- Tratamiento de fisioterapia
- Tratamiento ortopédico
- Tratamiento quirúrgico
- Bibliografía

# CONCEPTO

Es la deformidad tridimensional de la columna que presenta desviación lateral o inclinación (en el plano frontal), la acentuación o disminución de las curvas(plano sagital) y una rotación vertebral (plano horizontal)

Se manifiesta durante el crecimiento con una evolución progresiva por lo que un diagnóstico precoz es indispensable para hacer un tratamiento preventivo y correctivo

# CLASIFICACIÓN

1 Por el grado de deformidad: No estructural o funcional: la curvatura lateral de la columna es reversible y las vértebras no presentan modificación en su forma, desaparece cuando la causa se elimina (actitud escoliótica)

Estructural: la curvatura lateral es irreversible, hay rotación de los cuerpos vertebrales hacia la convexidad y acuñaamiento de los mismos en la concavidad

2 Por el número de curvas:

Simple Curva doble en forma de S  
Curvas múltiples



-Atendiendo al ángulo de Cobb:

Leve:  $<30^\circ$

Moderada:  $30-50^\circ$

Grave:  $>50^\circ$

(El ángulo de Cobb es el formado por la intersección que forman las líneas que prolongan los bordes superiores e inferiores de las vertebrae vértice (la más rotada y cuneiforme de la curva) e indica la angulación de la curva.)

# ETIOLOGÍA Y CLÍNICA

- La escoliosis no estructural puede ser fruto de una mala postura, de dolores y espasmos musculares o bien por disimetrías en los miembros inferiores; mientras que la causa mas frecuente de la escoliosis estructural es idiopática representando un 85 % de los casos sobre todo en el sexo femenino.
- La clínica de esta patología es de inicio lento e indoloro. Imperceptible si no es por estudio radiológico hasta los 30 °. Progresa con el crecimiento

# VALORACIÓN:

- Plomada: valoración visual de una plomada ha de caer desde centro del occipucio, pasar por la espina de c7 y por el pliegue interglúteo. Si el relieve anatómico excede un lado u otro de la plomada existirá escoliosis.

-Ángulo toracobraquial: ángulo formado por los miembros superiores respecto al tórax. Si es igual en ambos lados no hay escoliosis.

-Ángulo formado entre la base del tronco y las espinas iliacas. Signo del hachazo aparece en el lado de la concavidad.

-Observar que las escápulas estén al mismo nivel y la altura de la gibosidad.

- Signo de Adam: Sirve para valorar si una escoliosis es estructural o no. El paciente se coloca en bipedestación o sedestación, el fisioterapeuta se sitúa detrás y le pide a éste que se incline hacia delante. Si al realizar la inclinación se corrige o reduce la curvatura, la escoliosis es postural si por el contrario aparece una mala posición o un abombamiento en giba a nivel del tórax o lumbar se tratará de un trastorno estructural.

- Radiología:

Se realiza en decúbito o en bipedestación abarcando toda la columna vertebral

Determinará:

- La etiología de las curvas.

- Tipo de curvas.

- Medición de la curva: ángulo de Cobb.

- Maduración esquelética: rx de la mano izquierda o con el test de Risser que indica el grado de osificación de la crsta iliaca

# TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

- Tratamiento general: consta de ejercicios de flexibilización de la musculatura afectada así como de tonificación de los músculos débiles, ejercicios respiratorios y ejercicios de relajación, con el fin de prevenir la progresión de la escoliosis leve y corregir y estabilizar las más avanzadas.
- Métodos específicos:
  - Método de Klapp: partiendo de la posición de cuadrupedia con la columna vertebral sustentada entre la cintura escapular y la cadera se realiza un trabajo en descarga de la columna vertebral

- Método de Von Niederhoffer: usa la contracción de la musculatura transversa del lado de la concavidad de la curvatura. Requiere la fijación de las cinturas.
- Método de Schroth-Weiss: su finalidad es la corrección de la curva mediante la contracción isométrica y la respiración.

# TRATAMIENTO ORTOPÉDICO

- Corsé E.D.F: Corsé de corrección de escayola
- Corsé Milwaukee: el más usado en curvatura dorsal. Corsé activo que permite al paciente moverse dentro y realizar una autocorrección
- Corsé Lyones o de Stagnara: para escoliosis lumbares y tras tratamiento quirúrgico.
- Corsé de Boston: para curvaturas lumbares y dorsolumbares
- Corsé de Michel o corsé corto activo: para curvaturas lumbares
- Arnés Kalibis: para el tratamiento de escoliosis hasta 18 meses de vida. Permite la bipedestación e inicio de la marcha.



# TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

- Normalmente indicado en escoliosis con más de 40°.

# BIBLIOGRAFÍA

## Libros:

- Philippe Souchard, Marc Ollier. Escoliosis, su tratamiento en fisioterapia y oropedia. Editorial Panamericana 2002
- Christa Lehnert-Schroth. Tratamiento funcional de la escoliosis. Paidotribo

## Artículo:

- Bismarck Martín Piñero, Juan Manuel Álvarez Vargas, Odalis Rojas Proenza , Iliomar Triana Guerra<sup>4</sup>, Ritsel Argota Claro. Enfoque actual en la rehabilitación de la escoliosis.

[Correo Científico Médico](#) *versión On-line* ISSN **1560-**

**4381CCM vol.18 no.1 Holguín ene.-mar. 2014** Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-4381201400010001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-4381201400010001)



# **TEMA 122. ESTUDIOS RADIOLÓGICOS CON MEDIOS DE CONTRASTE.**

**ELIZABET GARCÍA GRANDA**

**PATRICIA MARTINEZ GARCÍA**

**RAQUEL RUIZ TURRADO**

**MARTA MARIA MORENO FERNANDEZ**

# ÍNDICE

<input type="checkbox"/> Introducción.....	2 pág.
<input type="checkbox"/> Tipos de contraste.....	5 pág.
<input type="checkbox"/> Tipos de estudio.....	6 pág.
<input type="checkbox"/> Bibliografía.....	37 pág.

# INTRODUCCION:

Los medios de contraste son sustancias empleadas para aumentar la capacidad diagnóstica de las técnicas de imagen. Estas sustancias son opacas a la radiación y su administración permite el estudio del aparato digestivo, urinario, genital e incluso los vasos del cuerpo mejorando así su visualización.

Estos medios de contraste deben reunir una serie de requisitos importantes :

- Establecer diferencias entre unas estructuras y otras, porque tienen una densidad atómica distinta a las del órgano en el que se introduce.
- Ser inocuos y eliminados completamente por el organismo.
- Aprovechar las vías de absorción, transporte y eliminación para distribuirse por el organismo y producir una buena imagen.
- Una duración proporcional al tipo de estudio y exploración a realizar.
- Pueden ser positivos y negativos.

# TIPOS DE CONTRASTE :

Dependiendo de la prueba a realizar existen dos tipos de contraste:

- Contrastes baritados (sulfato de bario): se usa como contraste positivo para la valoración del tracto digestivo. Administrándose por vía oral para exploraciones gastrointestinales o por vía rectal para exploraciones de colon.
- Contrastes yodados ( pueden ser hidrosolubles o liposolubles), pueden administrarse por vía oral o intravenosa.



# TIPOS DE ESTUDIO:

## ESTUDIOS DIGESTIVOS

- Enema opaco: es una prueba diagnóstica que estudia una posible patología del colón (intestino grueso) por medio de rayos X. Para ello, se introduce por el recto un contraste de bario que rellena toda la luz del colón. Este contraste es opaco a los rayos X, de ahí el nombre de enema opaco, y permite dibujar toda la superficie del colón y diagnosticar diversas patologías. A veces esta prueba se llama también enema de bario.

Hay dos variantes:

- Enema opaco simple: se administra solo bario, esta destinado a conocer la morfología, disposición o anomalías significativas del intestino grueso.
- Enema opaco de doble contraste: se introduce una cierta cantidad de bario en un primer momento, y a continuación se inyecta aire por la misma sonda rectal. El bario se dispersa hacia las paredes del intestino. El resultado es la valoración de las paredes del intestino.

## Procedimiento:

### Material:

- Sonda específica con globo hinchable rectal
- Contrate baritado
- Cánula para enema simple
- Gel
- Perilla para hinchar el globo

### Preparación del paciente:

- Debe efectuar una dieta y limpieza del colón

- Comenzaremos con una radiografía de abdomen simple, sirve de referencia y para comprobar que no quedan restos de contraste o de heces.
- Se comienza el estudio con un sondaje rectal. Comprobando con anterioridad que no existen masas que puedan sugerir un riesgo.
- Se abre el paso del contraste y se monitoriza con escopia, comenzando con el paciente en decúbito lateral.
- Cuando esta relleno todo el marco cólico, se baja la bolsa de bario y se vacía parcialmente el colon.
- Se hacen varias proyecciones con el objetivo de estudiar el colon y evitar un exceso de radiación . La mesa puede mantenerse en horizontal o elevarse para conseguir un nivel hidroaéreo en algunas regiones.
- Referencias anatómicas a observar: recto, sigma, colon descendente, ángulo esplénico, colon transverso, ángulo hepático, colon descendente, ciego, íleon terminal.

- Principales indicaciones: dispepsia, pérdida de peso, sospecha de reflujo gastroesofágico, sospecha de masas o úlceras.
- Cuidados posteriores: no precisa, en algunos casos puede producir estreñimiento.
- Esofagograma: estudio de diagnóstico que utiliza rayos X para observar su tracto gastrointestinal superior. Incluye la parte de atrás de la boca, garganta (faringe) y el esófago.
  - Permite descartar cáncer, divertículos, problemas de movimiento del esófago, dilataciones, disfagia, sospecha de hernia de hiato.

## Procedimiento:

### ☐ Material:

- Bario oral
- Pajita para la administración del bario
- Agente productos de gas (no siempre)

### ☐ Preparación del paciente:

- No precisa

- Paciente en bipedestación, en posición oblicua anterior derecha, para que el esófago no se superponga a la columna vertebral. Si el paciente no tolerase esta posición se hará en decúbito supino.
- Se le pide que trague la papilla de bario y se va siguiendo el paso de esta mediante fluoroscopia.
- Se le pide que trague aire y cuando el esófago tenga el doble medio de contraste se le toman las radiografías (anteroposterior, lateral y oblicua).
- Para hacer un estudio fino de la mucosa esofágica, tomara los polvos productores de gas inmediatamente antes de empezar la exploración.
- Si se ve paso de contraste hacia las vías aéreas, el estudio se suspenderá de inmediato (algunos pacientes tienen el reflejo tusígeno muy débil).
- En pacientes pediátricos el procedimiento será muy diferente.

- Transito esófago-gastroduodenal (EGD): Estudio realizado mediante rayos X y un contraste baritado para el diagnóstico de problemas en el tracto gastrointestinal superior, que comprende el esófago, el estómago y el duodeno.  
Este estudio se usa para determinar las causas de dolor abdominal, náuseas, vómitos, problemas de deglución, reflujo gastroesofágico y pérdida inexplicable de peso.



# Procedimiento:

## □ Material:

- Bario oral
- Pajita para la administración del bario
- Agente productos de gas (no siempre)

## □ Preparación del paciente:

- Ayuno completo de 6 horas, no fumar y no masticar chicle.
- Dieta pobre en residuos y laxantes suaves si el paciente padece estreñimiento.
- Esta contraindicado en pacientes con úlceras perforadas, fistula traqueoesofágica, sospecha de perforación del tubo digestivo, sangrado del tubo digestivo activo.

- Exploración con contraste simple:
  - Paciente en bipedestación con la mesa inclinada  $10^{\circ}$  hacia atrás. En esta posición se le harán radiografías; en posición oblicua posterior izquierda y en posición lateral izquierda.
  - se pasara hacer el estudio en decúbito, donde primero se le realizaran radiografías en posición oblicua anterior derecha, decúbito prono, decúbito lateral derecha y decúbito supino.

- Exploración con doble contraste:
  - Mesa horizontal, paciente semisentado y apoyado sobre lado izquierdo. Después se coloca al paciente en decúbito supino, lateral izquierdo, decúbito prono, volver a lateral izquierdo y finalmente a decúbito supino. La maniobra de posicionamiento se repite al menos dos veces.
  - Se toman placas gástricas en decúbito supino (estómago de frente), en ligera Oblicua posterior derecha (curvatura menor), Oblicua posterior izquierda (antro y duodeno), en bipedestación (cámara gástrica de frente y perfil de estómago en lateral izquierda)
  - Placas de bulbo y marco duodenal en decúbito supino y Oblicua posterior izquierda.

- Transito intestinal: prueba utilizada en radiología para la obtención de imágenes del tracto digestivo, para así valorar las asas del intestino delgado, hasta su desembocadura en colon

Se utiliza sobre todo en casos de sospecha de malabsorción de los alimentos, tumores, enfermedades inflamatorias y diarreas crónicas.

## Procedimiento:

### Material:

- Bario oral (2 vasos)
- Pajita para la administración del bario

### Preparación del paciente:

- Ayuno completo de 6 horas.

- Se comienza el estudio con una radiografía de abdomen simple.
- El paciente se bebe los dos vasos de contraste y se comenzara a realizar los controles para controlar como va bajando el contraste.
- En primer lugar con el paciente en decúbito prono se van haciendo varios controles (cada 20 o 30 minutos) hasta que el contraste llega al íleon terminal.
- Este estudio dará finalizado cuando el contraste llega al íleon terminal y se hace un control radiológico haciendo compresión.

- Colecistografía postoperatoria: es un procedimiento de rayos x para examinar la vesícula biliar cuando hay sospecha de cálculos biliares.

Se emplea para diagnosticar enfermedades hepáticas y biliares, como los cálculos o piedras, aunque, hoy en día, se prefiere la ecografía para este fin.

## Procedimiento:

### ☐ Material:

- Capsulas de contraste iodado hidrosoluble

### ☐ Preparación del paciente:

- El día antes deberá hacer una comida alta en grasa y una cena pobre en grasa (según indicaciones del radiólogo). Dos horas después de cenar, debe ingerir seis cápsulas de contraste a intervalos de cinco minutos una cada vez y no tiene que beber ni comer hasta la prueba.
- El paciente previamente se tiene que limpiar el colon con enemas evacuantes



- Se colocara al paciente en decúbito con una orientación oblicua anterior derecha centrado en el hipocondrio derecho con el centro de la mesa.
- Si se observa la vesícula biliar, se realiza la prueba de Boylen, para estudiar la contractibilidad de la misma que lleva a la evacuación de la vesícula.

# ESTUDIOS GINECOLÓGICOS

- Histerosalpingografía: estudio radiológico del cuello y cavidad del útero así como la permeabilidad de las trompas de Falopio.

Este estudio se realiza principalmente para los problemas de infertilidad, estudios de abortos de repetición, malformaciones congénitas y valoración de los métodos anticonceptivos como la ligadura de trompas o dispositivos intratubáricos.

## Procedimiento:

### □ Material:

- Povidona yodada o clorhexidina.
- Catéter:
  - Sonda Foley.
  - Sistema de vacío desechable con una copa que se adapta externamente al cérvix.
- Contraste yodado hidrosoluble.
- Espéculo.
- Pinzas de Pozzi.
- Buscapína.

## □ Preparación del paciente:

- No preparación específica
- Algunos casos es aconsejable administrar algún antiinflamatorio no esteroideo 1 hora antes de la prueba.
- Se debe de hacer un interrogatorio a la paciente ya que la prueba deberá realizarse durante la fase folicular del ciclo para tener el endometrio fino ( entre el séptimo o duodécimo día contando a partir del primer día de la menstruación para no interferir con un posible embarazo)

- La paciente se colocara en la mesa de exploración en decúbito supino y en posición ginecológica, para obtener una radiografía simple de la pelvis.
- Se procederá a la colocación del especulo después de localizar el cuello uterino mediante un tacto vaginal.
- Se procederá a introducir la sonda por el orificio cervical externo situándola en el canal cervical.
- Se hará una tracción del cuello uterino con las pinzas Pozzi.
- Se rellenara el balón lentamente de aire y tras retirar el espéculo introduciremos el contraste.

- Se realizaran cuatro proyecciones básicas y tres adicionales si fuese necesario:
  - Poscontraste inicial.
  - Poscontraste con distensión completa de la cavidad
  - Visualización de ambos trayectos tubáricos paso del contraste por la cavidad peritoneal.
  - Con tracción del cuello, en casos de marcada ante flexión o retroflexión.
  - Proyecciones oblicuas para desplegar el trayecto tubárico.
  - Decúbito lateral o prono en caso de no opacificarse una o ambas trompas de Falopio.

## ESTUDIOS DEL APARATO URINARIO

- Urografía intravenosa: estudio radiológico del sistema urinario mediante la inyección intravenosa de un contraste yodado, permitiendo así estudiar la morfología y patología de los riñones, sistemas pie localices, uréteres y vejiga

## Procedimiento:

### □ Material:

- Contraste yodado
- Suero salino
- Medicación para tratar una posible reacción alérgica al contraste.
- Oxígeno y sistema de aspiración.
- Alcohol.
- Gasas
- Compresor
- Agujas de 21/19 G
- Esparadrapo
- Jeringas de 50, 10, 20 ml
- Dispositivos de compresión ureteral



□ Preparación del paciente:

- Ayuno de 6 horas mínimo antes de la prueba.
- Restricción de líquidos para conseguir una concentración del contraste buena.
- Consentimiento informado de la prueba
- Comprobación de los niveles de creatinina .

- Se hará una radiografía simple de abdomen antes de la administración de contraste.
- Se inyectara el contraste y después de 30/60 segundos se hará una radiografía simple de abdomen en fase nefrográfica.
- Realizaremos a los 5 y 10 minutos respectivamente después de la inyección de contraste otra radiografía simple de abdomen .
- Para terminar realizaremos una radiografía anteroposterior de vejiga en repleción y otra posmiccional.

- Cistografía: es el estudio de la vejiga mediante la introducción de un contraste yodado introducido de forma retrograda a través de una sonda vesical. Esta prueba se suele realizar para el estudio de la incontinencia y el cistocele, evaluación de malformaciones, traumatismos con sospecha de perforación vesical, reflujo vesicoureteral, cálculos de baja densidad, lesiones polipoideas, fistulas urinarias, divertículos.

## Procedimiento:

### Material:

- Contraste radiológico yodado iónico
- Sondas tipo Foley
- Suero fisiológico
- Sistemas de goteo
- Jeringas de 10 ml
- Lubricante anestésico urológico y esparadrapo.

### Preparación del paciente:

- No preparación específica
- A veces es útil un enema de limpieza antes de la prueba para vaciar de heces la ampolla rectal

- Se hará una radiografía simple de abdomen antes de la administración de contraste.
- Se rellenara la vejiga con el contraste preferiblemente por goteo
- Según el tipo de cistografía a realizar se hará lo siguiente:
- Cistografía de relleno reflujo vesicouretral, cistografía para detectar fugas de contraste o fistulas y cistografía tras prostatectomía radical:
  - Radiografía simple de abdomen
  - Proyección antero posterior con vejiga a media repleción
  - Proyección antero posterior a máxima repleción vesical
  - Después de retirar la sonda se harán proyecciones oblicuas con maniobras de Valsalva, durante la micción
  - Radiografía posmiccional

- Cistografía por incontinencia de la mujer:
  - Radiografía simple de abdomen
  - Proyección anteroposterior en decúbito sin retirar la sonda
  - Proyección anteroposterior en bipedestación en reposo y durante el esfuerzo una vez retirada la sonda
  - Radiografía posmiccional

# BIBLIOGRAFÍA

- Mabel Garcia Silvana. Estudios contrastados del abdomen en radiología convencional. 2003.
- Radiografías con contraste del aparato digestivo medicina21.com[actualizado 16 Marzo 2012].
- Estudio del transito intestinal. h<https://www.radiologyinfo.org> [actualizado 25 Abril 2019].
- Histerosalpingografía.  
<https://www.radiologyinfo.org>. [actualizado 10 febrero 2018]





**TEMA 123. HUMANIZACIÓN  
(PERSONAL SANITARIO Y NO  
SANITARIO)  
EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.**

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

# ÍNDICE

- Contexto: de humano / inhumano.
- Definición: de humanización.
- Objetivo de la humanización del personal (sanitario y no sanitario), en la atención hospitalaria.

# CONTEXTO: DE HUMANO / INHUMANO

- **Estaría bien profundizar en este texto:**
  - “Se conoce como humano, a todo lo que es perteneciente al hombre o parte de él. **La palabra humano** es de origen latín **“humanus”**, formada por **“humus”** que significa **“tierra”**, y el sufijo **“-anus”** indica **“procedencia de algo”**, en virtud de la referencia que se hacía de que el primer humano fue hecho con arcilla, tierra, o lodo”.
  - Aquellas personas que carecen de sentimientos o apego emocional, serán definidas como **inhumanas.**

- Al ser humano, que pertenece a la familia “*homo sapiens*” (*sapiens*) significa sabio, que es la principal característica que se atribuye al ser humano, la capacidad del raciocinio:
  - i. La base del raciocinio, es la capacidad de discernir entre lo que está bien o mal, diferenciar las emociones, como la alegría o las penas, en teoría, el ser humano se diferencia del animal en sí, por la capacidad de razonar.

# DEFINICIÓN: DE HUMANIZACIÓN

HUMANIZACIÓN

ACCIÓN Y EFECTO DE HUMANIZAR

PROCESO POR EL QUE ALGO ES DOTADO DE  
CUALIDADES HUMANAS

OBETIVO DE LA HUMANIZACIÓN:

ANIMAL Ó COSA

PERSONA(S)

INSTITUCIÓN

# HUMANIZAR (ANIMAL / COSA)

- Animales en general, o nuestras mascotas.
- Poner ropa, dejando de lado su verdadera esencia animal.
- Eso no quiere decir, que no les colmemos de cariño.
- La persona(s) que atribuyen al animal rasgos humanos, suelen ser personas que tienen vacío emocional, o están solos.

# HUMANIZAR PERSONA (S)

- La (s) persona (s),a pesar de ser seres racionales, muchas veces les cuesta mucho conectar con sus buenas emociones, las cuáles en la actualidad, brillan por su ausencia.
- Ser compasivo, compartir, hoy en día son principios carentes en esta sociedad, siendo lo más habitual aspectos más inhumanos, aquellos vinculados a actos violentos carentes de sentimiento alguno.

# HUMANIZAR (INSTITUCIÓN )

- **Aquellas personas que trabajan en sector público:**
  - (ejemplo: sanidad)
  
- **Aquellas personas que trabajan en sector privado:**
  - (ejemplo: residencias)
  
- **Los empresario y empleados de cualquier otro sector:**
  - (ejemplo: trato al público en general)



# **OBJETIVO DE LA HUMANIZACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO, EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA**

**aplicar este objetivo a tres aspectos**

**Podríamos  
diferentes:**

- i. El paciente.
- ii. El usuario.
- iii. Sus propio entorno.

# EL PACIENTE

- El paciente, es la persona que requiere asistencia sanitaria bajo los cuidados profesionales de los especialistas sanitarios, para el mantenimiento, o recuperación, de la salud del mismo.
- El paciente, no solo es atendido por personal sanitario, sino que en la burocracia administrativa, también mantendrá contacto directo con el personal que trabaja en estos servicios.
- Ambos profesionales (sanitarios y no sanitarios), deberían humanizarse en estas situaciones.

# USUARIO

- El usuario se define , según **art 3 Ley 41/2002 de 14 de Noviembre**, básica reguladora de la autonomía del paciente:
- Como la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

# ENTORNO

- El entorno en que se mueven ( los sanitarios y no sanitarios) , haría referencia básicamente a sus propios compañeros, aquellos que, día a día, son participes cada uno de ellos, en sus respectivas categorías, del desarrollo de su correspondiente actividad.
- Los compañeros, no dejan de ser personas que, como seres humanos, también pueden tener un día duro, personal o laboral, hacia si mismos o los pacientes, humanizarse ante estas situaciones no estaría de menos.

# BIBLIOGRAFÍA

## □ Páginas a investigar:

<https://es.thefreedictionary.com/inhumano>

<https://www.significados.com/>

<https://www.expertoanimal.com/>

<https://es.wikipedia.org>

<https://www.boe.es>



# **TEMA 124. IMPACTO DE LA SARCOPENIA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO.**

**JOSE ANTONIO MARTÍNEZ OTÓN**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- IMPACTO DE LA SARCOPENIA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO



# INTRODUCCIÓN

El único tratamiento curativo disponible para la cirrosis hepática es el trasplante hepático. Si bien los modelos de predicción de mortalidad como el MELD son de utilidad para la valoración pretrasplante, son un mal predictor de supervivencia postrasplante(1). Además los modelos de predicción de mortalidad no incluyen numerosos factores que pueden aumentar las complicaciones postoperatorias.

La desnutrición es una complicación frecuente de la cirrosis y a menudo valorada únicamente mediante consideraciones subjetivas, centrándose en el manejo de otras complicaciones(2).

Desafortunadamente es muy difícil revertir la desnutrición del cirrótico previa al trasplante, pero además, la desnutrición puede incluso empeorar durante las primeras semanas después del trasplante, precisando de meses para conseguir una ganancia lenta y gradual(3).

# IMPACTO DE LA SARCOPENIA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Se ha demostrado que la sarcopenia es un factor de riesgo en los pacientes en lista de espera de trasplante hepático, especialmente en aquellos con un MELD menor de 15. En el postrasplante, la sarcopenia es un factor de riesgo controvertido, ya que en algunos estudios no se ha encontrado correlación entre la sarcopenia y la mortalidad después del trasplante(4). Sin embargo, los datos acumulados procedentes de un metaanálisis confirman que la sarcopenia tiene un impacto negativo en los resultados del postrasplante(5).

El principal problema detectado en la disparidad de resultados es la heterogeneidad para definir sarcopenia según el método empleado y la población diana estudiada. Es por ello que el Grupo Europeo de Trabajo sobre sarcopenia señaló que se necesitan más investigaciones para obtener buenos valores de referencia(6,7). De hecho, actualmente no se disponen de valores de corte específicos para pacientes cirróticos claramente establecidos para población española. En cuanto a los valores de referencia de los valores de medición de sarcopenia como el L3SMI y el L3PMI en el trasplante hepático, las recomendaciones disponibles se han evaluado en donante vivo y no en pacientes con injerto completo, por lo que los resultados no son claramente extrapolables a otras poblaciones de estudio(8).

En lo referente a medición de la sarcopenia en el trasplante hepático y en general en la cirrosis hepática, la literatura da predominio a las mediciones realizadas mediante TAC con independencia del índice usado, ya que hay muy pocos estudios que evalúen específicamente estos índices para la población de cirróticos o de trasplantados hepáticos. Área muscular y grasa total a nivel de la tercera vértebra lumbar(11). L3SMI o Índice muscular normalizado por altura al cuadrado de la medida de la masa muscular a nivel de la tercera vértebra lumbar(6,12). Esta medida es la más ampliamente estudiada y reconocida en algunos metaanálisis como la de mayor precisión para el diagnóstico de sarcopenia mediante TAC en pacientes con enfermedad hepática(13).

Si analizamos los datos disponibles de los diferentes estudios sobre la relación entre la sarcopenia y el trasplante hepático, identificamos que la sarcopenia condiciona un aumento de la mortalidad de los pacientes en lista de espera, siendo más frecuente en pacientes con MELD más bajo (14).

No hay datos concluyentes sobre la relación de sarcopenia pretrasplante con la supervivencia general después del trasplante, aunque en prácticamente todos los estudios ésta relación se asoció de forma independiente con aumento de complicaciones y mortalidad a corto plazo(15).

De forma global, los datos procedentes de una revisión sistemática, confirman que los pacientes candidatos a trasplante hepático con sarcopenia se enfrentan a un peor pronóstico, aunque poco se sabe sobre el curso natural de la sarcopenia tras el trasplante hepático, precisándose más estudios sobre este tema para poder llegar a afirmaciones concluyentes(5).

En el 2017 se publicaron los datos de un estudio que evalúan las complicaciones postrasplante en relación con la sarcopenia. Identifican un aumento significativo de las infecciones en los pacientes sarcopénicos, con una odds ratio de 6.55. Del mismo modo, la ventilación mecánica mayor a 24 horas se asoció significativamente a pacientes con un MELD más alto y a la presencia de sarcopenia de forma independiente(16).

Otros parámetros estudiados, son la duración de la estancia en unidad de cuidados intensivos (UCI), la estancia hospitalaria y la mortalidad a los 12 meses. En cuanto a la estancia en UCI, los pacientes más añosos y los sarcopénicos son los que registraron una mayor estancia en UCI que los pacientes no sarcopénicos. Una estancia hospitalaria por encima de los 20 días es significativamente más frecuente en los pacientes sarcopénicos, lo mismo que la mortalidad esperada a los 12 meses, donde el riesgo de mortalidad es 2.1 veces mayor que en pacientes no sarcopénicos(16).



# BIBLIOGRAFÍA

1. Dutkowski P, Oberkofler CE, Slankamenac K, Puhan MA, Schadde E, Müllhaupt B, et al. Are There Better Guidelines for Allocation in Liver Transplantation? Ann Surg [Internet]. 2011 Nov [cited 2018 Feb 23];254(5):745–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22042468>
2. Cheung K, Lee SS, Raman M. Prevalence and Mechanisms of Malnutrition in Patients With Advanced Liver Disease, and Nutrition Management Strategies. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012 Feb;10(2):1 7–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21893127>
3. Tsien C, Garber A, Narayanan A, Shah SN, Barnes D, Eghtesad B, et al. Post-liver transplantation sarcopenia in cirrhosis: a prospective evaluation. J Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2014 Jun;29(6):1250–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24443785>

4. Jeon JY, Wang H-J, Ock SY, Xu W, Lee J-D, Lee JH, et al. Newly Developed Sarcopenia as a Prognostic Factor for Survival in Patients who Underwent Liver Transplantation. Villa E, editor. PLoS One [Internet]. 2015 Nov 30 [cited 2018 Feb 23];10(11):e0143966. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0143966>
  
5. van Vugt JLA, Levolger S, de Bruin RWF, van Rosmalen J, Metselaar HJ, IJzermans JNM. Systematic Review and Meta-Analysis of the Impact of Computed Tomography-Assessed Skeletal Muscle Mass on Outcome in Patients Awaiting or Undergoing Liver Transplantation. Am J Transplant [Internet]. 2016 Aug [cited 2018 Feb 15];16(8):2277–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2681315>

6. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* [Internet]. 2010 Jul;39(4):412–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20392703>
7. Tandon P, Mourtzakis M, Low G, Zenith L, Ney M, Carbonneau M, et al. Comparing the Variability Between Measurements for Sarcopenia Using Magnetic Resonance Imaging and Computed Tomography Imaging. *Am J Transplant* [Internet]. 2016 Sep;16(9):2766–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27093434>
8. Masuda T, Shirabe K, Ikegami T, Harimoto N, Yoshizumi T, Soejima Y, et al. Sarcopenia is a prognostic factor in living donor liver transplantation. *Liver Transplant* [Internet]. 2014 Apr [cited 2018 Feb 15];20(4):401–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24357065>

9. Englesbe MJ, Patel SP, He K, Lynch RJ, Schaubel DE, Harbaugh C, et al. Sarcopenia and Mortality after Liver Transplantation. J Am Coll Surg [Internet]. 2010 Aug [cited 2018 Feb 23];21 (2):271–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20670867>
10. Durand F, Buyse S, Francoz C, Laouénan C, Bruno O, Belghiti J, et al. Prognostic value of muscle atrophy in cirrhosis using psoas muscle thickness on computed tomography. J Hepatol. 2014 Jun;60(6):1 51–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24607622>
- 1 . Cruz RJ, Dew MA, Myaskovsky L, Goodpaster B, Fox K, Fontes P, et al. Objective Radiologic Assessment of Body Composition in Patients with End-Stage Liver Disease. Transplant J. 2013 Feb 27;95(4):617–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23348896>

12. Montano–Loza AJ, Meza–Junco J, Prado CMM, Lieffers JR, Baracos VE, Bain VG, et al. Muscle Wasting Is Associated With Mortality in Patients With Cirrhosis. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2012 Feb 1 [cited 2018 Feb 21];10(2):166-173.e1. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S154235651009165>
13. Kim G, Kang SH, Kim Y, Baik SK. Prognostic value of sarcopenia in patients with liver cirrhosis: A systematic review and meta-analysis.; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5655454/pdf/pone.0186990.pdf>
14. Golse N, Bucur PO, Ciacio O, Pittau G, Sa Cunha A, Adam R, et al. A new definition of sarcopenia in patients with cirrhosis undergoing liver transplantation. *Liver Transpl* [Internet]. 2017 Feb [cited 2018 Feb 15];23(2):143–54. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/lt.24671>

15. Pagano D, Barbieri L, Seidita A, Gruttadauria S. Importance of sarcopenia parameter changes after living donor liver transplantation. *Hepatobiliary Surg Nutr* [Internet]. 2017 Jun [cited 2018 Feb 15];6(3):193–5. Available from: <http://hbsn.amegroups.com/article/view/14574/15284>
  
16. Kalafateli M, Mantzoukis K, Choi Yau Y, Mohammad AO, Arora S, Rodrigues S, et al. Malnutrition and sarcopenia predict post-liver transplantation outcomes independently of the Model for End-stage Liver Disease score. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* [Internet]. 2017 Feb [cited 2017 Dec 12];8(1):13–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27239424>



# **TEMS 125. PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.**

**BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA**



# ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. FACTORES**
- 3. CONSECUENCIAS**
- 4. PREVENCIÓN**
- 5. CONCLUSIÓN**
- 6. BIBLIOGRAFÍA**

# 1. INTRODUCCIÓN

La infección nosocomial (IN) está asociada a la atención sanitaria, es decir, es aquella que el paciente no tenía ni estaba incubando a su ingreso, la que contrae durante su tratamiento y que puede aparecer al recibir el alta hospitalaria. Asimismo, se consideran IN las adquiridas por el personal sanitario en su práctica profesional.

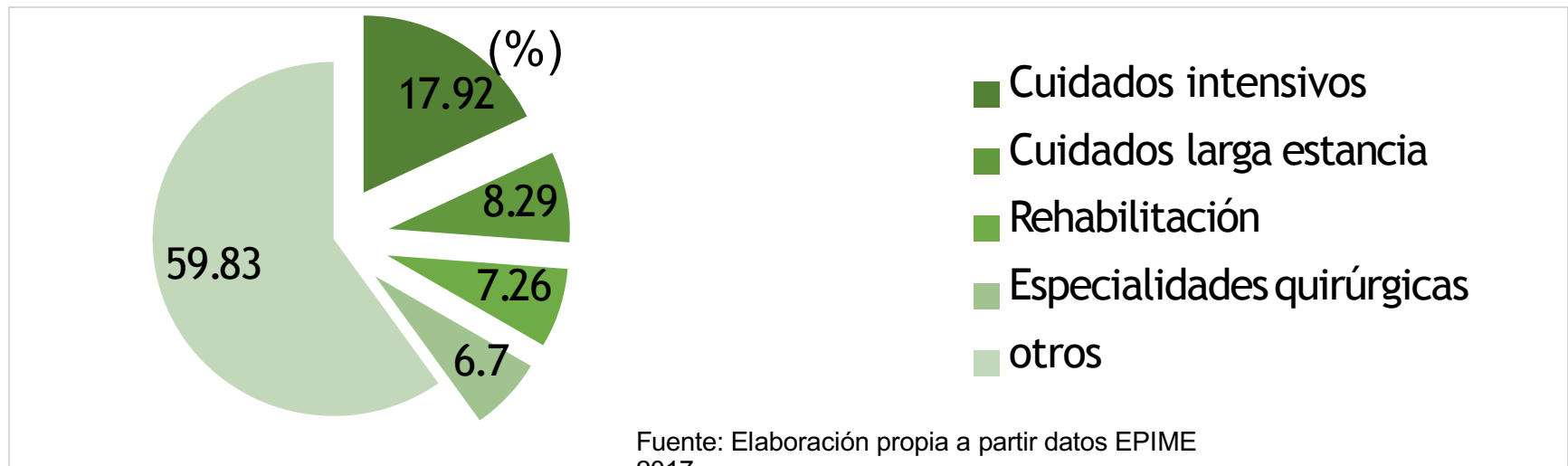
La tasa de IN es considerada un indicador de calidad de asistencia sanitaria. Según la OMS, alrededor del 15% de los pacientes hospitalizados desarrollan estas infecciones.

La mayor prevalencia se registra en la UCI y en las unidades quirúrgicas de urgencia y ortopedia. La tasa de infección es superior en pacientes ancianos, crónicos o en quimioterapia. Así como a los que se les practicó intervenciones invasivas complejas.

## 2. FACTORES

Entre los factores que pueden causar la infección: destaca la disminución de la flora bacteriana y del sistema inmunológico del enfermo (debido edad avanzada, patología grave y fármacos administrados), así como la realización de técnicas invasivas y prácticas de control de infecciones erróneas.

También, el riesgo en contraer una IN está vinculado con el área asistencial como se aprecia en el grafico adjunto.



### 3. CONSECUENCIAS de las IN

- Prolongan la estancia hospitalaria de 5 a 15 días
- Necesidad de someter al aislamiento a algunos pacientes, con lo cual se deteriora su calidad de vida
- Resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos
- Supone un costo de atención adicional para los sistemas de salud
- Inconvenientes para la familia
- Incrementa la morbilidad y la mortalidad

Los síntomas de una IN estarán en función del agente infeccioso que lo causa (bacterias, virus, hongos o parásitos) y del órgano que soporta la infección.

# 4. PREVENCIÓN

Se basa en las medidas de precaución aplicadas en la atención sanitaria que pueden disminuir el riesgo de contagio hasta en un 70%. Estas disposiciones preventivas estándar se aplicarán siempre, independientemente del estado de infección del paciente. Las más eficaces son:

- Aislamiento**, es necesario identificar la necesidad, el tipo de aislamiento y acondicionar las instalaciones para que bloqueen la fuente y se protejan de los patógenos nosocomiales.
- Higiene de manos**, evita la transmisión horizontal de infecciones entre pacientes y personal sanitario. En concreto en 5 momentos: antes de tocar y realizar procedimientos asépticos a un paciente; después del riesgo de exposición a fluidos corporales, de tocar y estar en contacto con el entorno del paciente.

- Utilización de ropa protectora, mascarillas, pantallas, etc.
- Uso de guantes estériles/no estériles (se deben cambiar entre los procedimientos en el mismo paciente, necesariamente al cambiar de una zona corporal séptica a una limpia. Obviamente, no emplear el mismo par de guantes para varios pacientes.
- Vacunación del personal sanitario.
- Formación continua para el personal sobre control de las IN
- Evitar los procedimientos invasivos innecesarios.
- Aplicar tratamientos preventivos con antibióticos.
- Limpieza, desinfección y esterilización de los materiales y de las instalaciones sanitarias.

# 5. CONCLUSIÓN

Actualmente, la resistencia de los gérmenes a los antibióticos constituye un problema en el tratamiento de las infecciones nosocomiales. Por ese motivo, es imprescindible desarrollar estrategias antimicrobianas.

También hay que insistir en la importancia de tres medidas: la higiene de las manos; la limpieza, desinfección y esterilización de las áreas sanitarias que registran mayor prevalencia nosocomial y, implementar las técnicas de diagnóstico que impidan la diseminación de la IN.

Continuar investigando para adaptar y validar los protocolos de control de infecciones que involucren a todos los agentes implicados: personal, paciente y familia, en la necesidad de aplicar las pautas de prevención de las IN.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Maguiña Vargas C. Infecciones nosocomiales. Acta Medica Peruana. Perú. 2016; 33 (3): 175-177
- **Organización Mundial de la Salud, OMS.** Carga Mundial de infecciones asociada a la infección sanitaria. Disponible en: [http://www.who.int/gpsc/country\\_work/burden\\_hcai/es](http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es)
- Ponce de León Garduño A. Las infecciones nosocomiales en unidades de terapia intensiva. Revista de investigación clínica. 2001; 1 (ENE-FEB): 86-87
- Quero del Rio I.M, Ferrer Higuera M.J, Paradas Torralvo V. Prevención y control de las infecciones nosocomiales. Aragonés Manzanares R (dir.), De Rojas Román P. (dir). En Cuidados intensivos: Atención integral al paciente crítico. 2017;309-313
- Vilella A., Salles Creus M. Seguridad e infecciones nosocomiales: lavado de manos. Jano: Medicina y humanidades. 201 ; 1776: 81





**TEMA 126. INSTILACIÓN  
VESICAL  
MITOMICINA C  
EN UNIDAD DE  
HOSPITALIZACIÓN.**

**LEYRE IBERO PEMÁN  
ANA MARTINEZ-PEÑA RUIZ  
CARMELA TROYAS VISUS  
CRISTINA HUARTE USTARROZ**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- ACTUACIÓN DE ENFERMERIA
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

# INTRODUCCIÓN

- La mitomicina es un antibiótico antitumoral que inhibe la síntesis de ADN al producir enlaces cruzados de ADN que detienen la replicación celular y eventualmente causan la muerte celular. Debido a que las células cancerosas, en general, se dividen más rápido y con menor corrección de errores que las células sanas, son más sensibles a este daño. El daño celular retarda o detiene la proliferación de las células cancerosas en el organismo.
- La instilación intravesical en la unidad de hospitalización de mitomicina tiene como objetivo prevenir y tratar la recidiva del carcinoma superficial de vejiga tras la resección endoscópica del mismo en tumores múltiples o recidivantes o mayores de 2 cm.

# OBJETIVO

- Conocer las precauciones a tener en cuenta en la administración del tratamiento.
- Conocer el procedimiento de instilación intravesical de mitomicina.

# ACTUACIÓN DE ENFERMERIA

- Antes de administrar el tratamiento:
  - Comprobar que el paciente no es alérgico al medicamento que se va a administrar
  - Comprobar los 6 correctos
  - Comprobar mediante lavado de sonda que la orina no es hematúrica
- Explicación al paciente del procedimiento a seguir
- Higiene de manos antes y después de la manipulación del tratamiento
- Puesta de los equipos de protección:
  - guantes de nitrilo de puño extra largo
  - mascarilla FFP3
  - gafas protectoras
  - bata desechable de baja permeabilidad con puño

- **Administración de medicación**

- Conecte a la sonda un adaptador a sonda vesical con conector cerrado hembra. En luz del lavador poner tapón de sonda vesical.
- Retire el tapón protector de la jeringa de Mitomicina y conéctela directamente al adaptador a sonda vesical.
- Instile la solución de mitomicina y desconecte la jeringa, desde el punto de conexión con el adaptador a sonda vesical. Deséchela en el contenedor específico.
- Con una jeringa de 20ml con conexión luer-lock, inyecte de 10 a 15 ml. de aire a la sonda, para asegurar que la medicación entra en la vejiga y no se queda en la sonda vesical

- Clampe la sonda vesical lo mas cercano al paciente para evitar salida de citostático
- Desconecte la jeringa de 20 ml. y deséchela en el contenedor específico junto con los guantes de nitrilo. La mascarilla y la bata podrán guardarse para la retirada de la medicación siempre que no se hayan contaminado con el citostático.
- Mantenga la sonda pinzada durante una hora si el paciente tiene buena tolerancia al tratamiento.
- Durante esa hora, el paciente deberá realizar cambios posturales cada 15 minutos para asegurar que la Mitomicina entra en contacto con toda la pared de la vejiga, ya que es un tratamiento a nivel local.
  - Decúbito lateral derecho
  - Decúbito lateral izquierdo
  - Supino
  - Prono
- Valore la respuesta del paciente al fármaco y vigile posibles efectos secundarios.
- Registre el fármaco administrado



- Retirada de medicación

- Si el paciente se va de alta sin sonda vesical:
  - Colóquese los equipos de protección: guantes de nitrilo de puño extra largo, mascarilla FFP3, gafas protectoras y bata desechable de baja permeabilidad con puño.
  - Conecte una bolsa de recogida con conexión luer lock al conector de la sonda vesical
  - Despince la sonda vesical para vaciar la medicación contenida en la vejiga, en la bolsa de recogida.
  - Deshinche el globo de la sonda vesical.
  - Rodee con una gasa el meato urinario y retire la sonda sin desconectar la bolsa de recogida
  - Deseche el conjunto sonda-bolsa de recogida en el contenedor específico con el resto de material contaminado

- Si el paciente se va de alta con sonda vesical:
  - Colóquese los equipos de protección: guantes de nitrilo de puño extra largo, mascarilla FFP3, gafas protectoras y bata desechable de baja permeabilidad.
  - Conecte la bolsa de recogida con conexión luer lock al conector de la sonda vesical
  - Despince la sonda vesical para vaciar la medicación contenida en la vejiga, en la bolsa de recogida.
  - Mantenga la bolsa de recogida hasta el alta
  - Al alta del paciente, coloque un empapador bajo el paciente y desconecte la bolsa de recogida desde el punto de conexión entre el adaptador a sonda vesical y el conector cerrado macho.
  - Deseche la bolsa de recogida en el contenedor específico
  - Introduzca unos 10ml de suero fisiológico con una jeringa con conexión luer lock a través del adaptador a sonda vesical

- Clampe la sonda
  - Retire el adaptador a sonda vesical rodeándolo con una gasa en el punto de conexión con la sonda, y deséchelo en el contenedor específico
  - Conecte a la sonda una bolsa de recogida de pierna.
  - Desclampe la sonda vesical.
  - Deseche el material contaminado en el contenedor específico
- 
- **Si el paciente se queda hospitalizado:**
    - Colóquese los equipos de protección: guantes de nitrilo de puño extra largo, mascarilla FFP3, gafas protectoras y bata desechable de baja permeabilidad con puño.
    - Conecte la bolsa de recogida con conexión luer lock al adaptador a sonda vesical
    - Coloque una etiqueta amarilla en la bolsa de recogida para que el personal sepa que la misma contiene residuos citostáticos
    - Despinche la sonda vesical para vaciar la medicación contenida en la vejiga, en la bolsa de recogida.

- Mantenga la bolsa de recogida conectada a la sonda hasta que se llene. Una vez llena, desconéctela desde el conector cerrado macho y coloque una nueva bolsa de recogida a la que previamente habrá colocado un nuevo conector cerrado macho
- Introduzca la bolsa de orina retirada junto el resto de material contaminado que haya generado, en un contenedor específico o una bolsa de plástico y deséchelo en el contenedor de residuos citostáticos
- Mientras el paciente sea portador de sonda vesical, se colocará el conector cerrado macho a la bolsa de recogida de orina, todas las veces que sea necesario cambiarla. La bolsa retirada, se desechará en el contenedor de residuos citostáticos

# CONCLUSIONES

- Para la administración de la mitomicina es muy importante la seguridad, tanto del paciente como del personal de enfermería.
- Debemos de seguir siempre el protocolo de la unidad y protegernos como es debido ya que esta en juego nuestra salud.

# BIBLIOGRAFÍA

- Procedimiento instilaciones vesicales: Instilación intravesical con Mitomicina en Unidad de hospitalización. Hospital de Jove. 2014. Disponible en: [http://www.hospitaldejove.com/archivos/enlaces\\_14377\\_28353.pdf](http://www.hospitaldejove.com/archivos/enlaces_14377_28353.pdf)
- Instilación vesical con mitomicina c en unidad de hospitalización. Complejo H. de Navarra. 2018.
- Guia de manejo de medicamentos citostaticos. Laboratorios Pfizer. Disponible en: [https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/citostaticos/guiama\\_nejocitos.pdf](https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/citostaticos/guiama_nejocitos.pdf)
- Caraballo Nuñez MA; Boza Cachay P. Fundacion Hospital Alarcon. Cuidados enfermeros en la instilacion vesical de mitomicina C. Asoc. Española en enfermería urológica. N°85, 2003. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3101014>



# **TEMA 127. INTOXICACIÓN POR ANESTÉSICOS LOCALES.**

**MARÍA GAYO IGLESIAS  
MARTA FERNÁNDEZ GUDÍN  
JESSICA BLANCO SIERRA  
CRISTIAN DE LA VIÑA GARCÍA**



# ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **DESARROLLO**
  - **Manifestaciones clínicas**
  - **Cuidados**
  - **Tratamiento**
- **CONCLUSIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**

# INTRODUCCIÓN

El creciente uso de técnicas de anestesia locorregional tanto por anestesiólogos, como por no-anestesiólogos, obliga a tener presente la Intoxicación Sistémica por Anestésicos Locales.

Los anestésicos locales son medicamentos de uso generalizado. Son considerados seguros, pero ocasionalmente pueden producir toxicidad llegando a provocar compromiso vital, con alteración del sistema nervioso central y cardiovascular.

La toxicidad depende directamente de los valores plasmáticos alcanzados, el lugar de inyección del medicamento o el tipo de anestésico administrado, siendo el grupo éster el menos tóxico.

# OBJETIVOS

Reducir los problemas de toxicidad durante las prácticas anestésicas en la unidades quirúrgicas, sobre todo en los procedimientos de corta estancia o cirugía ambulatoria.

# DESARROLLO

## 1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

La clínica de presentación de síntomas es atípica con un amplia variedad de manifestaciones:

- Síntomas prodrómicos: lengua hinchada, sensación de sabor metálico, parestesias bucales, verborrea, disartria, tinutus, agitación, confusión
- Síntomas tardíos: depresión del sistema nervioso central, convulsiones, coma, hipotensión, arritmias y paro cardiaco.

## 2. CUIDADOS EN LAS TÉCNICAS PARA EVITAR LA INTOXICACIÓN

- Etiquetado de jeringas
- Comprobación de dosis previa administración
- Realización de técnicas de bloqueo nervioso bajo control ecográfico
- Aspiración antes de la aplicación del anestésico
- Realizar una inyección fraccionada
- Emplear la menor concentración de anestésico local posible también en los bloqueos centrales
- Monitorización del paciente durante el procedimiento y durante la media hora posterior.
- Considerar las características del paciente previa administración de fármaco como baja masa muscular, edades extremas, bajo gasto cardiaco, desnutrición o paciente diabético.

### 3. TRATAMIENTO EN LA INTOXICACIÓN

Dependerá de la severidad y las manifestaciones presentes

- Detener la administración del fármaco
- Ante las primeras manifestaciones de intoxicación administrar emulsión lipídica al 20% (intralipid)
- Tratamiento de convulsiones con benzodiazepinas
- Manejo y aislamiento de vía aérea
- RCP y soporte vital avanzado

# CONCLUSIÓN

Aunque infrecuentes, las reacciones de toxicidad general a los anestésicos locales pueden ser muy graves, y resultar en daño irreversible o muerte del paciente.

Las medidas de prevención y detección precoz resultan fundamentales para mejorar su pronóstico.

Por ello se requiere un protocolo de actuación que siga unas líneas claras para el diagnóstico y tratamiento rápidos, que serán fundamentales en la completa recuperación del paciente.

# BIBLIOGRAFÍA

- Neal JM, Barrington MJ, Fettiplace MR, et al. The third American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine practice advisory on local anesthetic systemic toxicity: executive summary 2017. Reg Anesth Pain Med. 2018; 43: 13–123. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2013;60(Supl 1):65-72
- <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v28n1/v28n1a09.pdf>
- C.L.Errando, J.J. Freijo, M.Vila, L.Tardón. Toxicidad de los anestésicos locales. Prevención y tratamiento. Revista Española de Anestesia y Reanimación





# **TEMA 128. LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA.**

**MARIA CONCEPCION RODRIGUEZ VIAÑA**

# Indice

- 1-Definición de violencia de género.
- 2-Criterios de actuación.
- 2-1. Actitud del profesional en la atención.
- 2-2.Exploración.
- 2-3.Derecho a ser informada
- 2-4. La atención a menores.
- 3-Identificación de los problemas.
- 4-Obligaciones legales.
- 5-Solicitar Orden de Protección.

# 1-Definición de violencia de género

- La violencia de género es todo acto de violencia física y psicológica incluidas las amenazas, coacciones o privación arbitraria de la libertad ejercida por quienes sean o hayan sido sus cónyuges o quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad aún sin convivencia.

## 2-Criterios de actuación.

- La atención de las mujeres víctimas de violencia de género desde los servicios sanitarios debe garantizar la intimidad y la privacidad

## 2-1. Actitud del profesional en la atención

- Desde los servicios sanitarios se dará una respuesta contundente, se mostrará empatía, comprensión, aceptación, confianza y apoyo. El Trabajador/a Social es el profesional que podrá prestar mayor apoyo emocional .

## 2-2. Exploración.

- Se atenderá a la mujer víctima de violencia de género sin personas allegadas, durante la entrevista clínica el Trabajador Social facilitará a la víctima la expresión de sus sentimientos y emociones, creando un clima de confianza y seguridad.

## **2-3. Derecho a ser informada.**

- Se informará en todo momento a la víctima de la exploraciones que se le van a realizar así como la finalidad de las mismas a las cuales debe prestar su consentimiento.



## 2-4. La atención a menores.

- En el caso de menores, al alta se deberá citar a los padres y si existiera impedimento se informará al juzgado para que los citen al alta de la menor víctima de violencia de género.

# 3-Identificación de problemas

- \*Problemas de salud derivados de la agresión y el abuso.
- \*Riesgo de seguridad ante una nueva agresión inminente.
- \*Información y asistencia jurídica.
- \*Riesgo social.

## 4-Obligaciones legales.

- \*Cumplimentación del parte/informe al juzgado. Deberá ser cumplimentado por todos los profesionales que hayan participado en su atención sanitaria. Consta de 4 copias, una se dará a la víctima siempre que no exista riesgo.

## 5- Solicitar Orden de Protección.

- Estará a disposición en todos los centros sanitarios para las mujeres víctimas de violencia de género que la quieran solicitar, es conveniente una cita previa con el Centro Asesor de la Mujer.

## **6-Registro de las actuaciones.**

- Las actuaciones realizadas e incidencias relacionadas con la atención a víctimas de violencia de género deberán de ser recogidas en la historia clínica.

# BIBLIOGRAFÍA

- Página WEB : <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>  
. Ley 1/2004 28 de Diciembre de Medida de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- [http://www.aen.es/docs/guias\\_vg/Protocolo](http://www.aen.es/docs/guias_vg/Protocolo) sanitario para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género.



# **TEMA 129. DEPRESIÓN POSTPARTO.**

**ERIKA RAMOS GARCIA  
BEATRIZ CUBAS RODRÍGUEZ**



# ÍNDICE

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

# INTRODUCCIÓN

La depresión postparto es un trastorno del estado del ánimo, que en muchas ocasiones afecta a las mujeres después de dar a luz. Las mujeres que lo sufren tienen sentimientos de tristeza, cansancio, ansiedad, incluso puede afectar la capacidad de cuidarse así mismo o a su bebe.

La depresión postparto no tiene una sola causa, sino que es consecuencia de una combinación de factores físicos y emocionales.

# OBJETIVOS

- Describir los factores de riesgo.
- Definir cuáles son los síntomas de la depresión postparto.

# METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de la evidencia científica en diferentes bases de datos como Mediline/PudMed, Elsevier, Scielo, Organización Mundial de la Salud y páginas web, durante el periodo comprendido entre 2017 y 2019.

# RESULTADOS

La depresión postparto debe ser diagnosticada por un profesional sanitario.

Los síntomas más frecuentes para poder identificar el trastorno son:

Sentir desesperación, tristeza, sentirse abrumada o vacía, ansiosa, llorar con frecuencia, estar de mal humor, irascible, tener problemas de concentración, dolores o molestias físicas como cefaleas, dolor muscular o estomacales; comer muy poco o en exceso, aislarse de la familia o de amigos, problemas de crear vínculos emocionales, dudar si se puede cuidar del bebe y dañarse o dañar al bebé.

La depresión postparto se trata de un trastorno que suele afectar a 1 de cada 6 mujeres; debido a su frecuencia existen terapias y medicamentos, algunos de ellos son seguros durante la lactancia materna.

Es necesario el tratamiento de esta enfermedad, ya que sino se trata puede llegar a durar meses o incluso años; lo que puede derivar en problemas de salud de la madre e incluso del recién nacido.

## **CONCLUSIÓN**

La depresión postparto es una enfermedad que se da en muchas ocasiones y con la que muchas mujeres sienten vergüenza o sienten que son malas madres; es necesario dar el suficiente apoyo emocional, sobre todo por parte de la pareja, y hacer que se sientan apoyadas, tanto por parte de la familia como de amigos; animándolas a que compartan sus emociones.

# BIBLIOGRAFÍA

- Kovacs A. La depresión postparto [Internet]. Clubdemalasmadres.com; 2017, [acceso el 23 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://clubdemalasmadres.com/la-depresion-postparto/>
- Mayo Clinic. Depresión posparto [Internet]. Mayoclinic.org; 2019, [acceso el 22 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/postpartum-depression/symptoms-causes/syc-20376617>
- Organización Mundial de la Salud. ¿Se pregunta por qué no está contenta tras el nacimiento de su hijo? [Internet]. Who.int/es; 2017, [acceso el 22 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/>



# **TEMA 130. INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA EN CÁNCER DE PULMÓN. CASO CLÍNICO.**

**SARA RODRÍGUEZ SUÁREZ  
SONSOLES AGÜERIA ÁLVAREZ**



# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CASO CLÍNICO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

# INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es una enfermedad caracterizada por un crecimiento anormal de células malignas en dicho órgano. Sin un diagnóstico a tiempo puede propagarse a otros órganos produciendo metástasis.

La causa principal es el tabaquismo, aunque también se relaciona con una exposición excesiva a determinados materiales como el petróleo o el radón, factores genéticos o antecedentes familiares.

# INTRODUCCIÓN

- El tratamiento del cáncer de pulmón incluye fisioterapia respiratoria para mejorar la calidad de vida del paciente, recuperar la función pulmonar en la medida de lo posible y evitar complicaciones.
- En caso de cirugía, el tratamiento debe iniciarse antes de la intervención con un entrenamiento de los músculos respiratorios.

# CASO CLÍNICO

Varón de 62 años, fumador de 2 paquetes de tabaco al día, presenta clínica con dolor en el pecho, dificultad para respirar, hemoptisis, sibilancias, infecciones respiratorias de repetición y pérdida de peso en los últimos meses.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se le realizan radiografías de tórax postero-anterior y lateral, una analítica de sangre y orina, una citología del esputo y una broncoscopia.

# CASO CLÍNICO

## DIAGNÓSTICO

Tras los resultados de las pruebas y la exploración física el paciente es diagnosticado de un carcinoma de pulmón en el lóbulo superior izquierdo.

Se le realiza una resección del lóbulo afectado mediante toracotomía lateral.

# CASO CLÍNICO

## TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO PRE-QUIRÚRGICO

Se instruye al paciente en técnicas posturales de alivio del dolor en posición semisentado o en decúbito lateral sobre el lado no afecto y cómo ha de proteger la herida quirúrgica con sus manos cuando tenga que toser.

El aprendizaje incluye las técnicas respiratorias básicas que tendrá que realizar tras la intervención y movimientos del miembro superior del lado de la operación.

# CASO CLÍNICO

## TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO POST-QUIRÚRGICO

### EJERCICIOS PARA MEJORAR LA CAPACIDAD RESPIRATORIA

Para evitar atelectasias en un primer momento, el paciente realiza las siguientes técnicas:

- Respiraciones abdomino-diafragmáticas a bajo flujo y alto volumen.
- Expansiones costales para aumentar la movilidad torácica.

# CASO CLÍNICO

## MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES

- Ejercicios de espiración lenta prolongada con glotis abierta.
- Espirometría incentivada: el paciente realiza inspiraciones máximas favoreciendo la tos y la expansión alveolar y minimizando así posibles complicaciones de la cirugía.
- Tos dirigida: varias respiraciones seguidas de una inspiración profunda, una apnea y un golpe seco de tos. Es una técnica de alto flujo.



# CONCLUSIONES

La fisioterapia respiratoria ayuda a disminuir el trabajo respiratorio, mitigando la sensación de disnea. Además reduce las complicaciones tras una cirugía de pulmón, mejorando la capacidad pulmonar y eliminando las secreciones generadas por la inmovilización en un primer momento.

# BIBLIOGRAFÍA

- González Doniz L, Fernández Cervantes R, Souto Camba S, López García A. Abordaje fisioterápico en la cirugía por cáncer de pulmón. *Fisioterapia*. 2006; 28(5): 253-69.
- Balañá Corberó A, Del Corral Núñez-Flores T, Gimeno-Santos E, Herrero Cortina B, López Fernández D, Méndez Caba J, et al. Manual SEPAR de Procedimientos. Barcelona: Respira; 2013.
- Tung-Chou L, Ming-Chung Y, Ailun Heather T, Henry Hsin-Chung L. Prehabilitation and rehabilitation for surgically treated lung cancer patients. *J Cancer Res Pract*. 2017; 4(3): 89-94.

# BIBLIOGRAFÍA

- Granger C. Physiotherapy management of lung cancer. J physiother. 2016; 62(2):60-67.



# **TEMA 131. NEUROMIELITIS ÓPTICA (NMO).**

**NATALIA VEGA REGUERAS**

**AINHOA VEGA REGUERAS**

**SARA RODRÍGUEZ CARBAJO**

**DIEGO CERRO TORRE**

# ÍNDICE

- **¿QUÉ ES LA NEUROMIELITIS ÓPTICA?**
- **SÍNTOMAS**
- **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**
- **TRATAMIENTO**

# ¿QUÉ ES LA NEUROMIELITIS ÓPTICA?

La neuromielitis óptica (NMO) o también llamada enfermedad de Devic es una enfermedad autoinmune y desmielinizante del sistema nervioso central (SNC) que afecta predominantemente a la médula espinal y a los nervios ópticos.

La causa de la enfermedad de Devic es desconocida. De forma ocasional, es diagnosticada erróneamente como esclerosis múltiple o como un tipo de esclerosis múltiple.

La neuromielitis óptica es una enfermedad rara, que afecta entre 0.052 a 0.44 por cada 100.000 personas en todo el mundo. Es más frecuente en mujeres, la edad de inicio está entorno a los 39 años pero también puede afectar a niños y ancianos.

# SÍNTOMAS

Se caracteriza por brotes de neuritis óptica y mielitis.

Los síntomas de la inflamación del nervio óptico, denominada neuritis óptica, incluyen:

- Pérdida temporal de la vista unilateral o bilateral, con riesgo de pérdida permanente de la visión.
- Dolor ocular.
- Disminución de la agudeza visual y de la visión cromática.
- Presencia de manchas opacas o difusas.



Los síntomas de la mielitis incluyen:

- Debilidad en extremidades que pueden derivar en parálisis.
- Parestesias, entumecimiento, hormigueo, alteraciones de la sensibilidad a la temperatura y sensación de ardor o frío.
- Disfunción en el control vesical, disuria e incontinencia urinaria.
- Incontinencia fecal o estreñimiento.

# PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Análisis sanguíneo: Para detectar la presencia del anticuerpo IgG-NMO (autoanticuerpo contra la acuaporina-4).
- Punción lumbar: Extraen para analizar una muestra de líquido cefalorraquídeo. Para el diagnóstico, los resultados indicarán niveles elevados de glóbulos blancos y la presencia de proteínas y específicas vinculadas a NMO.
- Resonancia magnética: Para detectar lesiones a nivel cerebral, medular o en el nervio óptico.
- Potenciales evocados.
- Examen neurológico.

# TRATAMIENTO

Actualmente no existe cura para esta enfermedad, pero si hay diversos tratamientos con los que controlar los síntomas y manejar y prevenir futuros brotes.

- Corticoides: Intravenosos u orales.
- Plasmaféresis: Para eliminar de la sangre los anticuerpos.
- Medicación inmunosupresora: azatioprina, micofenolato mofetilo o rituximab.

Fisioterapia y rehabilitación.

# BIBLIOGRAFÍA

- Medicalnewstoday.com [actualizado 23 Feb 2018; citado 17 sep 2019]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/170302.php>
- Mayoclinic.org [actualizado 3 May 2019; citado 17 sep 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/neuromyelitis-optica/diagnosis-treatment/drc-20375655>
- Fundaciongaem.org [actualizado 17 Sep 2019; citado 17 sep 2019]. Disponible en: <https://fundaciongaem.org/afectados/>
- Pache F, Wildemann B, Paul F, Jarius S. Neuromyelitis optica. Fortshritte der Neurologie Psychiatrie(NY). 2017;85(2):100-1 4.



# **TEMA 132. CASO CLÍNICO CÁNCER DE PULMÓN.**

**MARIA VICTORIA COUTO CALVO**

**MONICA CORRALES PINTO**

**ANGELA GARCIA RODRIGUEZ**

**ELENA DIAZ-CUETO MARTINEZ**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCION**
- **DESCRIPCION DEL CASO**
- **ANTECEDENTES PERSONALES**
- **EXPLORACION Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**
- **DIAGNOSTICO**
- **CONCLUSIONES**

# INTRODUCCION

El cáncer de pulmón pasó de ser en 2015 el cuarto tumor más diagnosticado en mujeres para pasar a ser el tercero en incidencia en 2019, probablemente relacionado este dato por el aumento del consumo de tabaco entre estas, mientras que la tasa de incidencia en varones continúa reduciéndose. Otro dato importante es que entre los varones el cáncer de pulmón es el responsable de la mayoría de los fallecimientos, aunque la mortalidad del cáncer en España ha experimentado un descenso debido a las actividades preventivas, diagnóstico precoz, avances terapéuticos y en el caso de los varones, la disminución del consumo de tabaco.



# DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 70 años que acude al servicio de neumología derivado por su médico de atención primaria por pérdida de peso acusada, hemoptisis, dolor en costado, para realizar estudios diagnósticos.

# ANTECEDENTES PERSONALES

No alergias medicamentosas conocidas, trabajó como mecánico en taller de camiones, vive con su mujer y no tiene hijos. Fumador de 10-20 cigarrillos/día, pero hasta hace un año fumaba 30 cigarrillos/día, no bebedor habitual.

IQ previas: Hemorroidectomía, pleuritis en adolescencia. No refiere otros antecedentes de interés.

EPOC.

# EXPLORACION Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Consciente, orientado, colaborador, eupnéico en reposo, caquéctico, con pérdida ponderal acusada (aproximadamente 10-15 kg. durante el último año), signos de desnutrición calórico-proteica, dolor en costado derecho y expectoración hemoptoica de escasa cuantía.

No adenopatías supraclaviculares ni cervicales.

FC: 140 latidos/minuto. TA: 120/60. SP Oxígeno aire ambiente: 97%. Peso: 50 kg. Talla: 162 cm. (IMC 19,1).

Refiere mala tolerancia a sólidos, pero no a líquidos.

Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación.

Extremidades superiores acropaquias. No bultmoas en pared torácica.

Rx tórax: Hallazgo de masa pulmonar en LSD, por lo que se decide completar estudios.

Espirometría: FVC 3210 (84%), FEV1 2010 (74%), FEV1/FVC 63%.

TAC abdómino-torácico: Se aprecia masa tumoral que mide 12x7x10 cm. que alcanza pleura mediastínica y el hilio, rodea la arteria pulmonar principal y a los bronquios del segmento anterior del lóbulo superior y el origen de los bronquios del lóbulo medio. La masa tiene amplio contacto con la pleura parietal. No se observa afectación de la pared torácica y no se aprecian adenopatías patológicas en cadenas mediastínicas ni hiliares, aunque si aparece una adenopatía de 5 mm. en axila derecha.

# DIAGNOSTICO

Neoplasia pulmonar en progresión. Se decide ingreso en planta de neumología para completar estudios (broncoscopia, EBUS, PAAF, etc...) y determinar el tipo de células y plan de actuación.

Dado su estado físico de pautan analgésicos y estimulantes del apetito.

Se realiza broncoscopia y se ve un engrosamiento de pliegues y mucosas con estenosis a nivel de bronquio segmentario en lóbulo superior derecho, sugestivo de infiltración. Se realiza biopsia y cepillado bronquial.

EBUS: Sólo se localiza pequeña adenopatía paratraqueal derecha (4,5x2 mm.).

El paciente se niega a realizar PAAF.

# CONCLUSIONES

El cáncer de pulmón está estrechamente relacionado con el consumo de tabaco, aproximadamente el 80-90% de las personas que lo padecen son o han sido fumadores. Otras causas son la contaminación atmosférica, los factores ocupacionales (alquitrán, arsénico, hollín, etc...) y genéticos.

Las primeras fases de la enfermedad suelen ser asintomáticas por lo que en la mayoría de los casos, cuando aparecen síntomas (anorexia, hemoptisis, disfagia, tos persistente, etc...), la enfermedad suele estar en fases avanzadas, lo que hace que la detección precoz sea muy difícil.

Es por ello que adquiere mayor importancia la prevención, centrándose sobre todo en disminuir o eliminar el consumo de tabaco, así como la exposición pasiva a los humos generados por dicho consumo. Existe una estrecha relación entre el número de cigarrillos consumidos y los años de consumo con el desarrollo de la enfermedad.

# BIBLIOGRAFÍA

- **Página** **WEB:** Asociación Española contra el cáncer. Disponible en: <http://www.aecc.es/>
- **Página** **WEB:** Grupo Español de cáncer de pulmón (noviembre de 2017). Disponible en: <http://www.gecp.org/>
- **Página** **WEB** : Las cifras del cáncer en España 2019. Informe SEOM (sociedad española de oncología médica). Disponible en: <http://www.seom.org/>





# **TEMA 133. FACTORES DE RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.**

**MIRIAM DE LA RIVALARIO**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- FACTORES EXTERNOS MECÁNICOS
- FACTORES FISIOPÁTOLÓGICOS
- FACTORES DERIVADOS DEL TRATAMIENTO
- FACTORES DERIVADOS POR EL PROPIO PERSONAL SANITARIO O CUIDADOR

# INTRODUCCIÓN

Existen diversos factores considerados de alto riesgo para la aparición de úlceras por presión, prácticamente todos estos factores van a tener un asociado común, << **la inmovilidad**>>, convirtiéndose por lo tanto esta situación, en el factor más determinante y primordial en la aparición de las úlceras por presión.

Para un mejor estudio de estos factores, así como evaluación y análisis de su prevención, tratamiento y cuidados, se han clasificado en distintos grupos

# FACTORES EXTERNOS MECÁNICOS

Dentro de este grupo podemos incluir todas a aquellas superficies que de una manera u otra van a estar en contacto con la piel del individuo, así podemos citar: colchones duros, ropa de cama o personal con arrugas o pliegues, asientos con relieves o excesivamente duros, calzado inadecuado, férulas de inmovilización, objetos para elevación de miembros, etc...

# FACTORES FISIOPATOLÓGICOS

Son los factores derivados como consecuencia de diferentes problemas de salud:

- Alteración de la eliminación: incontinencia urinaria o fecal.
- Alteración del estado de conciencia: coma, confusión, estupor.
- Alteraciones neurológicas: Demencias, Alzheimer, ACV.
- Deficiencias motoras: Parálisis, Paraplejias, Paresias.
- Deficiencias nutricionales: Malnutrición, Desnutrición, Deshidratación, Delgadez, Obesidad.
- Edades extremas, Lesiones cutáneas, Trastornos endocrinos, Trastornos en el transporte de oxígeno, Trastornos inmunológicos y Trastornos vasculares.

# FACTORES DERIVADOS DEL TRATAMIENTO

En este grupo incluimos aquellas situaciones ocasionadas por la terapia médica o métodos de diagnóstico como puede ser:

- Inmovilidad impuesta por situaciones terapéuticas, como puede ser inmovilización en caso de fracturas, pacientes sedados con ventilación mecánica, etc.
- Medidas terapéuticas (escayolas, sondajes).
- Tratamientos con fármacos: Sedantes, Hipnóticos, Corticoides.

# **FACTORES DERIVADOS POR EL PROPIO PERSONAL SANITARIO O CUIDADOR**

- Falta de conocimientos con respecto a la prevención, cuidados, etc..
- Higiene del paciente encamado escasa o inadecuada.
- Ausencia o déficit de cambios posturales.
- Falta de recursos materiales.
- Fijación inadecuada o nula de sondas o drenajes.
- Escasa o nula protección de férulas, escayolas, etc....



# BIBLIOGRAFÍA

\*Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Pamela L. Swearingen. 3ª Edición. Ediciones Harcourt.1998.

\*Enfermería Medico-Quirúrgica. Masson S.A. 1998.

\*Principios de Medicina Interna vol. I y II.  
Harrison, edición 12ª.

<http://www.epuap.org/>

<http://www.epuap.org/glprevention.html>



# **TEMA 134. ATENCIÓN HOSPITALARIA: PACIENTE ONCOLOGICO.**

**GEMA MARÍA BERNALALONSO**

# ÍNDICE

**DEFINICIÓN**

**TRATAMIENTO**

**PLANIFICACION DE CUIDADOS**

**CUIDADOS DEL PACIENTE QUE RECIBE QUIMIO-  
RADIOTERAPIA**

**CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍAAL**

**PACIENTE ONCOLOGICO**

**BIBLIOGRAFÍA**

# INTRODUCCIÓN

El cáncer es la segunda causa de muerte en España. El término cáncer engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo. Las células normales se dividen y mueren durante un período de tiempo programado. La célula cancerosa o tumoral pierde la capacidad para morir y se divide casi sin límite. Tal multiplicación en el número de células llega a formar una masa denominada “tumores” o “neoplasias”, que en su expansión pueden destruir y sustituir a los tejidos normales. Las manifestaciones derivadas de la presencia del tumor pueden ser muy variadas, desde un bulto de rápido crecimiento, tos o ronquera persistentes o sangrado digestivo.

La gran mayoría de estos signos o síntomas son comunes con otras enfermedades. El diagnóstico diferencial comenzará por la anamnesis y la exploración física. Luego investigaciones analíticas y algunas pruebas de imagen como radiografía o escáner. Para un certero diagnóstico es imprescindible la confirmación histológica, que lleva a cabo el patólogo analizando el tumor a través del microscopio.

### **Tipos de cancer:**

□ carcinoma: se originan a partir de células epiteliales. Son células que tapizan la superficie de órganos glándulas o estructuras corporales.

□ Sarcomas: se forman a partir del tejido conectivo o conjuntivo, del que derivan los músculos, los huesos, los cartílagos o el tejido graso.

□ Leucemias: se desarrollan a partir del tejido linfático.

# TRATAMIENTO

Las opciones de tratamiento oncológico incluyen :

-cirugía. Es extirpar el cáncer

-quimioterapia: se utilizan medicamentos para destruir las células cancerosas

-radioterapia: utiliza rayos de energía de alta potencia para destruir las células cancerosas.

-Trasplante de médula ósea

-inmunoterapia: (terapia biológica) , usa el sistema inmunitario del organismo para combatir el cáncer

-tratamiento hormonal: Eliminar esas hormonas que potencian el cáncer

-crioablación: destruye las células cancerosas con frío.

-ablación por radiofrecuencia: utiliza energía eléctrica para transmitir calor a las células cancerosas y destruirlas

-ensayos clínicos: tratar con nuevos métodos investigados.

# PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

-**Valoración** : el auxiliar de enfermería como parte del equipo interdisciplinar va a valorar que tipo de necesidades va a tener el paciente : higiene, alimentación, eliminación, descanso, comunicación, seguridad y dolor.

-**Alimentación** en el paciente oncológico: los procesos cancerosos llevan consigo anorexia, mala digestión, mala absorción, y además pueden existir problemas de masticación o de deglución. Cada caso se estudiara de manera individual. Otro problema que puede surgir es la falta de apetito. Y en otros casos necesitará nutrición enteral , parenteral, sonda nasogástrica o nutribombas..

-**Dolor** del paciente oncológico: : El dolor depende de factores como la localización del tumor, del estado evolutivo de la enfermedad ( aumenta en intensidad y frecuencia a medida que la enfermedad progresa),



Hay otros factores que disminuyen el umbral del dolor como , insomnio, cansancio, ansiedad, miedo, tristeza, depresión o aislamiento.

Dentro de la **farmacología** tenemos :

En el primer escalón: analgésicos no opioides, de eficacia limitada pero no causan dependencia, tenemos el ácido acetil salicílico, paracetamol, pirazolonas y ketorolaco

En el segundo escalón : analgésicos opioides débiles: combaten el dolor moderado y de carácter continuo o crónico. Tenemos aquí la codeína, tramadol, dextropropoxifeno.

En el tercer escalón están los analgésicos opioides potentes para el dolor moderado-severo, agudo y crónico, de origen neoplásico como morfina , metadona, fentanilo

# CUIDADOS DEL PACIENTE QUE RECIBE QUIMIO-RADIOTERAPIA

Si los efectos adversos de la quimio-radioterapia son : irritación o enrojecimiento de la piel, sensación de fatiga, náuseas, diarreas, irritación de las mucosas, alteración del gusto, cansancio, pérdida de apetito , los cuidados especiales durante la terapia serán:

- asegurarse de un buen descanso

- alimentación adecuada

- evitar la ropa apretada , áspera o sintética sobre el área del abordaje terapéutico

- cuidarse la piel

- dejar la zona irradiada al aire, pero no tomar el sol

- higiene cuidadosa , jabón sin alcohol, no frotar, y secar bien

- no aplicar calor ni frío al área bajo abordaje terapéutico, podría lastimar la piel.

# CUIDADOS DEL AUX. ENF. AL PACIENTE ONCOLOGICO

Funciones asistenciales: satisfacer las necesidades de nutrición, vigilar la deglución y la ingesta.

Identificar las necesidades individuales.

Satisfacer las necesidades psicológicas del paciente y familia, facilitar el dialogo entre paciente-familia.

Informarles adecuadamente al respecto de la enfermedad y medidas a seguir. Informar de los riesgos y efectos secundarios., también de las normas de la unidad.

fomentar la seguridad y autoestima del paciente y también fomentar la estimulación de sus capacidades.

Conseguir que la familia entienda y acepte los cambios.

Mantener el secreto profesional

No emitir juicios de valor que puedan afectar al paciente

Realizar actividades de ordenación, limpieza y conservación encaminadas a la atención indirecta del paciente.

# BIBLIOGRAFÍA

Páginas WEB.

Guías para pacientes-SEOR [actualizado 2014] Disponible en:  
<https://www.seor.es/enlaces/guias>

Cuidados del paciente oncológico > Pfizer.es [actualizado en  
18 septiembre 2007} Disponible en :  
<https://www.pfizer.es/publicaciones>

Tratamiento oncológico- Mayo Clinic [actualizado 5 abril 2019]  
Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/about>

¿Qué es el dolor oncológico?-Dolor.com . Disponible en :  
<https://www.dolor.com/dolor-oncologico>

Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo  
del paciente. [actualizado julio 2013] Disponible en :  
<https://www.elsevier.es/es-revista>

Paciente oncológico- Medwave [actualizado 1 noviembre 201 ]  
Disponible en: <https://www.medwave.cl/reuniones>



# **TEMA 135. POLICITEMIA EN UN RECIÉN NACIDO.**

**MARÍA LANA FERNÁNDEZ  
JULIA ÁLVAREZ PEREIRA**

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. CASO CLÍNICO
4. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
5. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
6. BIBLIOGRAFÍA

# 1. INTRODUCCIÓN

La policitemia, también llamada poliglobulia o eritrocitosis, es una concentración anormalmente alta de eritrocitos (en los recién nacidos con hematocrito  $>65\%$ ) que produce viscosidad de la sangre y puede enlentecer la circulación sanguínea y llegar a producir trombosis. El diagnóstico se hace mediante la determinación del hematocrito. Este trastorno puede ser producido por un parto tardío, diabetes materna, transfusiones entre gemelos o por un nivel bajo de oxígeno en sangre fetal.



## **2. OBJETIVOS**

A continuación, vamos a presentar el caso de un recién nacido que sufrió policitemia en su estancia en el hospital tras el nacimiento.

### **3. CASO CLÍNICO**

Recién nacido en parto eutócico a las 40+4 semanas, peso de nacimiento 2.665 gramos, Apgar 9/9/10. Buena actividad espontánea y reactividad, buen color e hidratación. Reflejos propios de recién nacido.

A los 2 días de vida se observa tinte icterico, progresivo, y debido a esto se le realizan una serie de pruebas.

# 4. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Bioquímica sérica:
  - Bilirrubina total 15.6 mg/dl
  - Bilirrubina directa 0.4 mg/dl
- Hemograma:
  - Hemoglobina 26.40 g/dl
  - Hematocrito 77.90%
  - Plaquetas 150.000/mcl
  - Leucocitos 9.600/mcl

## **5. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

Debido a la ictericia que presenta se precisó fototerapia durante 36 horas (control de bilirrubina previa al alta 10.7 mg/dl).

Se aprecia poliglobulia basándose en el hematocrito determinado en la analítica (77.90%) por lo que se inicia sueroterapia intravenosa que se mantuvo hasta el alta, con dieta absoluta las primeras 24 horas. (Se aprecia mejoría progresiva y control previo al alta de hematocrito 63.1%)

Salvo en la analítica inicial, en los controles posteriores se aprecia trombopenia (aprox. 100.000 plaquetas)

Tras la mejoría se le da el alta con un peso de 2.795 gramos y como alimentación, lactancia materna a demanda.

# 6. BIBLIOGRAFÍA

Páginas WEB:

- familydoctor.org/condicion/policitemia-vera incluido en <https://medlineplus.gov>
- <https://www.merckmanuals.com/>



# **TEMA 136. FUNCIONES DEL CELADOR Y TCAE EN ARTROSCOPIA DE HOMBRO.**

**MONTSERRAT DIAZ MARTINEZ**

**ANABEL DIAZ MARTINEZ**

**JESICA MARA LOPEZ POLA**

**ARANZAZU RODRIGUEZ POLA**

# ÍNDICE

**INTRODUCCION.**

- **OBJETIVOS.**
- **METODOLOGIA.**
- **RESULTADOS.**
- **CONCLUSIÓN.**
- **BIBLIOGRAFIA.**



# INTRODUCCION

La artroscopia de hombro es una intervención quirúrgica mínimamente invasiva, ya que con una pequeña incisión, se introduce una cámara en la articulación, para poder ver y reparar los tejidos, tendones o músculos afectados. Cada vez se está empleando más esta técnica por sus ventajas, ya que ofrece los mismos e incluso mejores resultados que una intervención tradicional.

# OBJETIVOS

Determinar los cuidados y movimientos que el tcae y celador conjuntamente puedan llevar a cabo, y garantizar la mejor asistencia y posteriores cuidados del paciente.

# METODOLOGIA

Se realiza una revisión bibliográfica, sobre métodos de traslado y adecuación del quirófano Para la intervención mencionada.

# RESULTADOS

Se prepara el quirófano según el protocolo de cirugía y enfermería, que por norma general es:

- La mesa quirúrgica.
- La mesa de instrumentación.
- La mesa auxiliar.
- Lámparas quirúrgicas.
- Aparato y carro de anestesia.
- Sistemas de aspiración.
- Bisturí eléctrico.
- Pantalla de rayos X.

El celador traslada al paciente con sus informes hasta el antequirófano; el celador de quirófanos, lleva al paciente al quirófano donde el tcae y el celador conjuntamente, proceden a acomodarlo y posicionarlo de cubito lateral, y ayudaran a sujetar las extremidades para la desinfección de la zona a tratar, procederán a la colocación de unas almohadas entre las articulaciones para una posición cómoda del paciente y acercaran cuando sean requeridos la aparatología que les será facilitada.

Una vez finalizada la intervención y siempre que el facultativo así lo indique, se le trasladará a la unidad de Reanimación, hasta que elimine la anestesia.

A su vez el celador acompañará a los familiares del paciente, a la sala donde el cirujano le informará de la intervención.

# CONCLUSION

Es muy importante una buena formación y técnica de movilización del paciente en quirófano, para no ocasionar lesiones, ni movimientos que pudieran entorpecer la recuperación del paciente.

# BIBLIOGRAFÍA

- **Páginas WEB :**
- - <https://celadoresonline.blogspot.com/tema14>
- - [www.auxiliar-enfermeria.com/celador funciones](http://www.auxiliar-enfermeria.com/celador_funciones)
  
- **Bases de datos:**
- H.O.A, Protocolo de Cirugía del Hospital de Arriondas.
  
- **Cursos:**
- Curso específico de actuación de celadores, realizado en Formación EGS.com. Universidad de Nebrija.





# **TEMA 137. TÉCNICA DE APLICACIÓN DE LA ANESTESIA TRONCULAR.**

**JAIR MARTÍNEZ DÍAZ**

**MARIA ESTHER PELÁEZ SÁNCHEZ**

**SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVO
- MÉTODO
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN

# INTRODUCCIÓN

Una de las formas más empleadas de anestesia en cirugía menor es la local por infiltración. Nos centraremos en la anestesia troncular. ¿En qué consiste? En la infiltración de anestesia próxima al paso de un nervio. Sobre todo para intervenciones de mano y pie. La técnica utilizada para el bloqueo digital se llama técnica de oberst modificada. Se inicia infiltrando por la zona dorsal proximal del dedo un pequeño habón dérmico de anestésico local, en la cara interna o externa, con dirección palmo-plantar. Será suficiente con infiltrar 2 cc de anestésico.

A continuación, retirando la aguja sin sacarla de la piel, levantamos el dedo a infiltrar colocándolo en hiperextensión y nos metemos con la aguja entre el tendón extensor del dedo y el periostio de la falange proximal introduciendo unos 0,2 cc de anestésico. La instauración del bloqueo es más lenta que por infiltración intravascular. Suele tardar unos 10 minutos.

# OBJETIVO

- Determinar la correcta técnica para el bloqueo digital

# MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática que se efectuó en diferentes fuentes de información como bases. Para ello se utilizaron descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH). Se consultaron también libros de cirugía menor para enfermería basados en evidencia científica.

Se utilizaron palabras clave como: bloqueo digital, anestésico, infiltración, técnica de oberst modificada, heridas, anestesia troncular.

# RESULTADOS

Es posible evaluar la pérdida de sensibilidad presionando con los dedos o con una pinza hasta asegurarse de que está insensibilizada. Antes de comenzar la sutura hay que decirle al paciente que comunique cualquier molestia. Los extremos de la incisión son más dolorosos en los que se puede infiltrar una cantidad extra de anestésico. Se seguirá el mismo procedimiento si la incisión es dolorosa o molesta.

# CONCLUSIONES

- Es necesario tener un mínimo de conocimiento sobre la anatomía del sistema nervioso periférico. Con esta técnica se conseguirá una adecuada insensibilización de la zona.



# BIBLIOGRAFÍA

- Romero AR, Fernández JM, Fernández I, Vázquez JC. Manual de Cirugía Menor en Atención Primaria. Madrid: Ergon; 2008
- Oltra E, González C, Mendiolagoitia L, Sánchez P. Suturas y cirugía menor para profesionales de enfermería. 2ªed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2007
- Ruiz J, Martín MC, García-Penche R, editores. Procedimientos y técnicas de enfermería. 2ªed. Corr.,rev. Barcelona: Rol; 2008



# **TEMA 138. PREVALENCIA DE LAS ULCERAS DE EXTREMIDADES INFERIORES EN PACIENTE EN HEMODIÁLISIS.**

**ROCÍO JUNCO BLANCO**

# ÍNDICE

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

# INTRODUCCIÓN

Las úlceras en extremidades inferiores, constituyen junto con las úlceras por presión, las heridas crónicas con mayor frecuencia en todos los niveles asistenciales.

Sus motivos de aparición son múltiples, pero el 95% de ellas son de etiología vascular o neuropática.

Los pacientes en hemodiálisis, además de patología vascular, tienen factores de riesgo asociados como son la uremia y la diabetes.

Realizar un enfoque multidisciplinar de los pacientes en hemodiálisis y minimizar la aparición de estas lesiones es tan sencillo como realizar una valoración vascular y neurológica de la extremidades inferiores, incluyendo la palpación de pulsos, para poder identificar la presencia de isquemia; la valoración de la presión arterial tomada con doppler a nivel maleolar y el cálculo del Índice tobillo-brazo.

Su alta prevalencia aumenta el gasto sanitario, disminuye la calidad de vida y aumenta la mortalidad .

# OBJETIVO

Analizar la incidencia, evolución y los factores de riesgo de las úlceras de extremidades inferiores en los pacientes en hemodiálisis .

# METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos publicados recientemente en bases de datos reconocidas (Medline, Pubmed, Scielo) usando como descriptores específicos: Úlceras de extremidades inferiores, prevalencia, hemodialisis, amputación.



# RESULTADOS

La presencia de factores de riesgo de ulceración en extremidades inferiores en pacientes en hemodiálisis es elevado. Viéndose afectados los pacientes diabéticos en mayor porcentaje , aunque los pacientes en hemodiálisis no diabéticos padecen sintomatología silente (alteraciones sensibilidad, ausencia y/o debilidad de pulsos, alteraciones de ITB...)que podría derivar en una ulcera en extremidades inferiores.

La presencia de factores de riesgo de ulceración en el pie, en pacientes diabéticos, es elevado. De igual manera encontramos que la población no diabética en HD, también se ve afectada por la presencia de estos mismos factores, lo que nos orienta hacia una prevención estándar en las unidades de tratamiento.

Se observa una elevada prevalencia de sintomatología silente (alteraciones sensibilidad, ausencia y/o debilidad de pulsos, alteraciones de ITB...) en pacientes en HD que podría derivar en una úlcera de pie.

De la población total en hemodiálisis, (80 pacientes), El 37,5% (30 pacientes) tenían diagnóstico de nefropatía diabética.

El 40% eran mujeres y el 60% hombres.

La edad promedio fue de 60 años.

El 98% eran diabéticos mellitus tipo II, el 93% eran hipertensos, el 73% tenían otras complicaciones como retinopatía, cardiopatía, el 83% estaban anticoagulados, el 50% tenían mal control de la glucemia, el 30% habían sido fumadores, el 20% eran obesos.

El 76,67% padecieron úlceras en los pies durante el estudio, el 23,33% tenían alto riesgo de padecerlas.

# CONCLUSIÓN

Existe una incidencia elevada de úlceras en el paciente renal, así como de amputaciones.

La uremia y la diabetes son los factores de riesgo más prevalentes.

Es necesaria una prevención primaria, realizando una valoración vascular, neurológica y de alteraciones podológicas para identificar factores de riesgo y establecer protocolos para atajar la aparición de úlceras en extremidades inferiores.

# BIBLIOGRAFÍA

M. Fernandez, E. Morales, E. Gutierrez, N. Polanco, E. Hernandez, E. Merida, *et al.* **Calciphylaxis: Beyond CKD-MBD** *Nefrologia*, 37 (2017), pp. 501-507

Verdú J, Marine-lo J, Armans E, Carreño P, March J, Martin Vet al. Documento de Consenso CONUEI. Barcelona: Edika Med, S.L. 2009.



**TEMA 139. CONOCIMIENTOS Y  
ACTITUDES DEL PERSONAL  
SANITARIO SOBRE LA PROTECCIÓN  
DE DATOS EN EL ÁMBITO  
HOSPITALARIO.**

**INMACULADA CARCELÉN RODENAS**

**REMEDIOS CABAÑERO LUJÁN**

**MARIO PARREÑO JAREÑO**

**MYRIAN CARCELÉN RODENAS**

**MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA**

# ÍNDICE

**1. INTRODUCCIÓN**

**2. OBJETIVOS**

**3. METODOLOGÍA**

**4. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA**

**5. BIBLIOGRAFÍA**

# 1.INTRODUCCIÓN

En el ámbito de los profesionales sanitarios surgen varios aspectos fundamentales en la dinámica laboral siendo la protección de datos uno de los mas influyentes.

Entre otros supuestos, una de lo problemas establecidos entre profesionales es el desconocimiento en referente a determinadas áreas relativas a la protección de datos.

Debemos de destacar que la vulnerabilidad de los datos de carácter personal en el ambiente hospitalario no solo supone la ilegalidad según los aspectos jurídicos establecidos en nuestro marco legislativo, sino, también una fragilidad desde el punto de vista ético asociado a una perdida de intimidad de los pacientes a los que los profesionales prestamos nuestros cuidados.



# 2. OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos del personal sanitario sobre protección de datos de carácter personal en el ámbito hospitalario.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar que aspectos en relación a la protección de datos de carácter personal son menos conocidos por el personal sanitario.
- Establecer que aspectos en relación a la protección de datos de carácter personal son mas conocidos por el personal sanitario.

# 3. METODOLOGÍA

**TIPO DE ESTUDIO:** Estudio descriptivo y transversal en el que se empleará para la recogida de datos, un cuestionario con desarrollo propio previamente validado mediante una realización de un pilotaje.

**ÁMBITO:** Servicios de Hospitalización, salas de radiodiagnóstico, unidad de rehabilitación, laboratorios unidades de críticos así como resto de unidades de carácter especial.

**POBLACIÓN:** Personal de sanitario en situación laboral activa ( Graduados de Enfermería, TCAE, fisioterapeutas, Técnicos de laboratorio etc..)

**CRITERIOS DE INCLUSION:** Personal sanitario en situación laboral activa cuya experiencia profesional en el servicio sea igual o superior a un mes.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Personal sanitario en situación de incapacidad temporal, excedencia voluntaria u otro tipo de permiso por el que se ausente del puesto de trabajo y profesionales que no deseen formar parte del estudio.

**CONSIDERACIONES ÉTICAS:** La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada. El estudio se realizará bajo los principios de la Ley 14/2007 de investigación biomédica y Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los investigadores participantes en este estudio nos responsabilizamos de mantener la confidencialidad y anonimato de las informaciones recogidas, garantizando que la utilización de estos datos no tendrá otros fines distintos que el de la propia investigación.

Dado que la encuesta es anónima y no se recogerá ningún dato que permita identificar a los participantes, se incluirá en la carta de presentación la información sobre que la cumplimentación del cuestionario supone el consentimiento para participar en el estudio.

Se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación de la Gerencia de Atención Integrada y del Comité de Ética de Investigación de Área.

# ANÁLISIS ESTADÍSTICO I

Los datos recogidos en los distintos formularios se trasladarán a una hoja de cálculo creada en el soporte informático Microsoft Excell y posteriormente se utilizará el paquete estadístico Statitistical Package for Social Sciencie (SPSS) versión 19 para Windows. El análisis de los resultados se realizará mediante un estudio descriptivo de las variables utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas. Se calcularán los Intervalos de Confianza (IC) al 95%. Se comprobará la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas utilizando test de Kolmogorov-Smirnov.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO II

Se realizará también un análisis bivalente, en el que se procederá a comparar las variables entre grupos mediante t de Student, ANOVA, Chi-cuadrado y otros test no paramétricos, en función de la naturaleza de las variables. Se calcularán Odds-ratio como medida de tamaño del efecto. El nivel de significación se establecerá, como es habitual, para valores de  $p < 0,05$ .

# 4. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLINICA

Con los resultados obtenidos en este estudio se podrá incrementar la formación sobre protección de datos de carácter personal para los profesionales.

Todo ello permitirá que se mantenga siempre de una manera íntegra uno de los conceptos mas importantes para todos nosotros, un término que suscita fragilidad, es decir, nuestra intimidad.

# 5. BIBLIOGRAFÍA

1. <https://www.boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=55&modo=1&nota=0>
2. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/1/14/41/con>
3. [http://sescam.castillalamancha.es/files/documentos/legislacion/20131020/documentacion\\_sanitaria.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/files/documentos/legislacion/20131020/documentacion_sanitaria.pdf)
4. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1))





# **TEMA 140. CONTENCIÓN PACIENTE HOSPITALIZADO.**

**BELEN ROZADA FUENTE**

# ÍNDICE

- **1.- DEFINICION. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.**
- **2.- PREVENCION DE COMPLICACIONES.**
- **3.- TIPOS DE CONTENCION.**

# 1.- DEFINICION. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DEFINICION: Uso de procedimientos preventivos, verbales, farmacológicos y/o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos del paciente, controlar su actividad física y protegerlo de lesiones.

INDICACIONES:

- Control de la agitación y alteraciones de la conducta que supongan daño para el paciente, terceras personas o elementos del entorno.
- Instauración y aseguramiento de medidas para evitar alteraciones en el tratamiento como sondajes, oxigenoterapia, uso de vía parenteral...
- Riesgo de autolesiones, caídas y suicidio.
- Como parte de un programa de modificación de conducta.
- Cuando lo solicite el propio paciente y haya una justificación clínica.

## CONTRAINDICACIONES:

- Ausencia de una adecuada valoración de la situación por parte del personal sanitario.
- Imposibilidad de prestar supervisión de la contención y cuidados complementarios.
- Como sustitución de tratamientos previos.

## OTRAS CONSIDERACIONES:

No debe aplicarse en caso de:

- Déficit de formación en los profesionales.
- Como castigo o como método para controlar una transgresión o conducta molesta.
- Por comodidad del equipo asistencial o conveniencia de los demás pacientes.
- Asistencia defensiva frente a reclamaciones o demandas judiciales.

## 2.- PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES

El paciente con contenciones está en una situación muy vulnerable en las que se deben prevenir las complicaciones asociadas a la inmovilidad.

- Vigilar las zonas de contacto con la cama, medidas de prevención de úlceras por presión. Ser especialmente cuidadosos para evitar el contacto con superficies calientes por el riesgo de quemaduras.
- Prevenir riesgo de enfermedad tromboembólica.
- Prevenir lesiones al forzar la inmovilización como fracturas, luxaciones...
- Oxigenación adecuada, evitar broncoaspiraciones.
- Prevenir la asfixia y lesiones isquémicas.
- Vigilar la aparición de complicaciones como incontinencia, estreñimiento, reducción del apetito, deshidratación...

### **3.- TIPOS DE CONTENCIÓN.**

**CONTENCIÓN VERBAL:** Tiene como finalidad controlar la situación disminuyendo la ansiedad, hostilidad y agresividad. Escuchar atentamente, dejando que el paciente se exprese. Es necesario mantener una actitud firme utilizando un tono de voz calmado y de bajo volumen.

**CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA:** Medidas farmacológicas adoptadas ante estados confusionales o alteraciones conductuales que supongan un peligro para el paciente o su entorno. Su uso queda indicado en el momento que el abordaje verbal no sea suficiente o eficaz frente a la conducta del paciente. Tranquilizarle lo antes posible para evitar que se lesione a sí mismo o a los que le rodean, para lo que debe emplearse la dosis mínima eficaz que suponga el menor riesgo para el paciente.

- Benzodiacepinas: Especialmente indicadas en cuadros de agitación con componente ansioso. Contraindicadas en algunos cuadros de delirio, las mas usadas son el orfidal y el diacepam.
- Antipsicóticos: indicados en agitaciones psicóticas y en general ante la presencia de delirios, alucinaciones, confusión marcada y dificultades respiratorias. Los mas típicos son el haloperidol y la quetiapina.
- Antipsicóticos asociados a benzodiacepinas: Útil en algunos pacientes. Menos efectos secundarios que las dosis altas de cualquiera de los dos grupos por separado.



**CONTENCION MECANICA:** Limitación intencionada y en beneficio del paciente (es parte de un tratamiento) de la libertad de sus movimientos, que puede afectar a una parte del cuerpo, a su totalidad, o al normal acceso a cualquier parte del mismo, con cualquier método físico aplicado sobre su cuerpo o adyacente a el, del que no puede liberarse con facilidad.

- **Contención mecánica parcial:** En la que únicamente se limita la movilidad bien del tronco, bien de una extremidad. Se utiliza para evitar caídas, arrancamiento de vías u obstrucciones posturales que dificultan el paso de la medicación.
- **Contención mecánica total:** Aquella en la que se emplean sistemas de inmovilización globales que impiden la mayoría de los movimientos del paciente.

La contención mecánica será siempre el último recurso y se iniciará cuando hayan fracasado las medidas preventivas anteriormente descritas. Toda contención mecánica requiere la prescripción médica como una orden no farmacológica, que deberá constar en la hoja de prescripción activa del paciente. En caso de urgencia la decisión de iniciar la contención la tomará la enfermera responsable que comunicará esta medida al médico en el plazo más breve posible.

Se informará a la familia cuando se produzca la situación que indique el uso de contención mecánica, dejando en todo caso constancia en la historia clínica.

# BIBLIOGRAFÍA

- Gallego Riestra S. Gutiérrez Rodríguez J. Fernández Guzmán MF. Aspectos legales del uso de medios de contención mecánica en los diferentes ámbitos asistenciales y sanitarios. DS volumen 23, nº1 Enero-Junio 2013.
- Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Madrid, Junio 2016.
- Corral Cano J. Contenciones físicas: reflexiones sobre su vigencia, Cantabria 2014.
- Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina: protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, Julio 2017.



# **TEMA 141. QUÉ TRABAJO DESEMPEÑA EL CELADOR.**

**SANDRA RUIZ ESPEJO**

# ÍNDICE

- **PUERTA PRINCIPAL**
- **ÁREA DE ASISTENCIA**
- **PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN**
- **CELADOR EN QUIRÓFANO**
- **CELADOR EN U.V.I**
- **CELADOR EN REAHABILITACIÓN**
- **CELADOR EN NECROPSIA**
- **CELADOR EN AMBULANCIA**
- **CELADOR EN AMBULATORIO**
- **CELADOR VIGILANTE**
- **CELADOR DE LAVANDERIA**
- **CELADOR ALMACENERO**
- **CELADOR EN DESTINOS ADMINISTRATIVAS**
- **CELADOR ENCARGADO DE TURNO**

# PUERTA PRINCIPAL

- Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
- Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.
- Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como exterior del edificio, del que cuidarán estén cerradas las puertas de servicios complementarios.
- Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.
- Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.

- Vigilarán el acceso y estancias de los familiares y visitantes, según las normas del Centro, cuidando que no se introduzcan en el Hospital más que aquellos objetos y paquetes autorizados.
- No dejarán nunca abandonada la vigilancia de la puerta de entrada.
- En caso de conflicto con los visitantes o intrusos, requerirán la presencia del personal de Seguridad.
- En casos excepcionales podrán ser requeridos para cualquier otra actividad contemplada en su Estatuto.
- Se abstendrán de hacer comentarios a los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia del enfermo.



- Se abstendrán de hacer comentarios a los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia del enfermo.

- También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas

# ÁREA DE ASISTENCIA DE URGENCIAS

## FUNCIÓN DE PUERTA DE ENTRADA

- Recepción del paciente
- Recepción y ayuda a los pacientes que vengan en vehículos particulares y ambulancias.
- Recepción y ayuda a pacientes ambulantes.
- Transporte de pacientes en sillas de ruedas, camillas, etc.
- Aviso al personal sanitario cuando sea preciso.

## CONTROL DEL PERSONAL

- Vigilarán las entradas al Área de Urgencias, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.
- Información general, no sanitaria, no administrativa.
- Mantenimiento de las normas de convivencia general (no fumar, buen uso de las instalaciones, etc.)

AYUDA DEL PERSONAL SANITARIO EN LAS MEDIDAS QUE LE SEAN INDICADAS, POR EL SUPERIOSES.

## FUNCIÓN DE APOYO INTERNO

- Transporte y control interno de pacientes y familiares.
- Ayuda al personal sanitario en general.
- Auxilio en aquellas labores propias del Celador en las Áreas de Yesos y Quirófanos de Cirugía Mayor, así como las que le sean ordenadas por Médicos, Supervisoras o Enfermeras/os.
- Transporte y control de documentos, correspondencia u objetos.
- Tramitarán y conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales.

# FUNCIÓN DE APOYO EXTERNO

- Traslado de pacientes a Radiología.
- Traslado de documentos, correspondencia y objetos a los Laboratorios y/u otros Servicios o Unidades del Hospital.
- Traslado de los pacientes a las Unidades de Hospitalización (ingresos), y Unidades Especiales (Reanimación, Quirófanos, U.C.I.).

# PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN

- Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera.
- Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
- Realizarán, excepcionalmente, aquellas labores de limpieza que se les encomiende en orden a su situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar

- Cuidarán, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de persianas, cortinas y útiles de servicio en general.
- Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.
- Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.

- Vigilarán el acceso y estancia de familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando no introduzcan en la Institución más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.
- Así mismo tendrán a su cargo que los visitantes que no tengan acceso especial despejen las habitaciones y las plantas a la hora establecida.



# CELADOR DE QUIRÓFANOS

Aparte de las misiones comunes con el Celador de Planta, la función del Celador de Quirófanos es la de introducir y sacar a los enfermos para intervenciones quirúrgicas, colocándolos y retirándolos de la mesa de operaciones con la ayuda del personal Auxiliar Sanitario.

En caso de llegar al Hospital un enfermo grave por accidente que precise de inmediato intervención quirúrgica y su estado de limpieza no sea adecuado, ayudará al lavado y preparación del mismo, procurando, al igual que con los enfermos cardíacos el moverlos lo menos posible.

Para entrar el Celador de Quirófanos, deberá llevar un uniforme aséptico, con mascarilla y gorro y durante la intervención permanecerá en el antequirófano por su precisaran sus servicios.

# CELADOR EN LA U.V.I

Los celadores destinados en esta Unidad, por las características de los enfermos encamados, deben estar muy bien preparados en el movimiento de los mismos, ya que su movilidad no puede hacerse bruscamente. Por otra parte, dado el estado de los pacientes, deben permanecer los Celadores debidamente uniformados con batas asépticas cada vez que entren o salgan.

En cuanto al movimiento de los enfermos y su adiestramiento, el Celador debe conocer someramente algunas posiciones tales como "decúbito supino", de espaldas, "decúbito prono", boca abajo, "decúbito lateral", de costado.

# **CELADOR EN REHABILITACIÓN**

Hace el trabajo de planta ayudando al movimiento de los enfermos en los ejercicios de rehabilitación, ayudando a los Fisioterapeutas. Se requiere para este puesto condiciones físicas suficientes dado el esfuerzo a realizar.

# **CELADOR DE NECROPSIAS**

Trasladará los cadáveres al mortuorio y en caso de precisar autopsia, colocará el cuerpo en la mesa donde hayan de practicársela. Ayudará en la misma en todo aquello que no requiera hacer uso de instrumental sobre el cadáver y lo aseará, cuidando el aspecto externo del difunto colocándolo en el mortuorio de tal forma que parezca dormido, siendo de su competencia la limpieza de la mesa, sala e instrumental empleado.

Tendrá también a su cargo la limpieza, cuidado y alimentación de los animales experimentales que se utilicen en los laboratorios.

Aparte de estas misiones específicas, tendrá las generales de todo Celador, tales como traslados de documentos, materiales, vigilancia, etc

# **CELADOR DE AMBULANCIA**

En el Servicio de Urgencia y en las Ambulancias, debe ir un Celador cuya misión será bajar en camilla o silla a los enfermos desde el piso a la Ambulancia. Durante el transporte debe ir junto al enfermo en el asiento que existe en toda ambulancia y avisar al personal Técnico Titulado de cualquier anomalía que observe en el paciente.

# CELADOR DE AMBULATORIO

Las funciones de los Celadores en Ambulatorios son similares a las que desarrollan los Celadores de Puertas en un Hospital. Cuidan del orden en todas las dependencias, vigilan el comportamiento de enfermos y familiares, velan por conseguir silencio, informan al público sobre lugar, día y horario de consultas, tienen a su cargo el traslado de enfermos que no puedan valerse por sí solos, ayudan al personal sanitario en las pequeñas intervenciones quirúrgicas, trasladan documentación, objetos y materiales, etc.

# CELADOR VIGILANTE

Como su nombre indica, tiene por misión la vigilancia nocturna interior y exterior del edificio, cuidando de que queden bien cerradas las puertas de servicios complementarios, cuida de los aparcamientos, se encarga de las luces, tanto interiores como exteriores y da parte por escrito a sus Superiores de cualquier anomalía que observe.

# CELADOR DE LAVANDERÍA

Carga, descarga y pesa la ropa procedente de los Centros, clasifica la misma para su lavado en las "calandras" o bombos, llena los "conectores" de ropa limpia y ayuda a la carga en los camiones para su transporte.



# CELADOR ALMACENERO

Es el destinado en los Almacenes para carga, descarga, colocación y entrega de los productos o materiales que le sean solicitados mediante vale autorizado por la superioridad. Cuidará del orden en el almacén y dará cuenta diariamente de las entradas y salidas que se produzcan.

# **CELADOR EN DEPENDENCIAS ADMINISTRATIVAS**

Su función consiste primordialmente en el traslado de documentación y correspondencia de unas Unidades a otras con la mayor diligencia, siendo también de su competencia las salidas al exterior de la Institución con dicha finalidad.

# CELADOR ENCARGADO DE TURNO

Ayudar y sustituir al Jefe de Personal Subalterno en su labor, en cada turno de trabajo existe un Celador encargado de turno designado por el Director a propuesta del Administrador a quien competen las mismas funciones que a dicho Jefe de Personal por delegación del mismo.

Como puesto de mando intermedio, le deben respeto y obediencia el resto de los Celadores.

# BIBLIOGRAFÍA

## Página WEB

- <https://www.amirsalud.com/funciones-del-celador/>
- <http://celadoresonline.blogspot.com/p/el-celador-funciones-generales.html>



# **TEMA 142. RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA.**

**CARMEN MAQUEDA VILLAREJO**

**FELIPE MERINO IGLESIAS**

**ALICIA CIDONCHA LOZANO**

**BEATRIZ GARCÍA GARCÍA**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO**
- **INDICACIONES**
- **VENTAJAS**
- **INCONVENIENTES**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFIA**

# INTRODUCCIÓN

La radioterapia intraoperatoria (RIO) es una técnica en la que se administra una única dosis alta de radiación directamente sobre el lecho tumoral, residuos microscópicos o el tumor durante el acto quirúrgico.

Esta técnica es de alta precisión y su objetivo es mejorar el control local de la enfermedad y disminuir la toxicidad, evitando la irradiación innecesaria de los tejidos sanos cercanos.

Permite realizar una demarcación visual y palpable del tumor y así poder excluir las estructuras adyacentes del campo de tratamiento.



# APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Dependiendo de equipo de radiación utilizado, existen varias posibilidades de aplicación.

- Irradiación transportando al paciente: Si el acelerador se encuentra en el búnquer o en la sala blindada de radioterapia, tras la cirugía el paciente será transportado a la unidad de radioterapia o a la sala donde se encuentre el acelerador. Para ello es necesario utilizar un movilizador que nos permita transportar al paciente de manera segura.

Se debe preparar el entorno, el búnquer, el aplicador que se utiliza para irradiarle la zona. A continuación se coloca al paciente correctamente, se ejecuta la RIO, se retira el aplicador y el paciente es transportado de nuevo a quirófano.

Durante este procedimiento se suspende la terapia ambulatoria que afecte al entorno.

- Irradiación sin transporte del paciente: el acelerador es portátil y el tratamiento se realiza en el quirófano destinado a ello.

El acelerador se traslada hasta la mesa de operaciones para la ejecución de la RIO.

Dichos aceleradores se caracterizan por tener movimientos articulados que facilitan la alineación, el acoplamiento del aplicador y proporciona las posiciones y ángulos de bisel necesarios para la administración del tratamiento.

Estos dispositivos utilizan haces de electrones y la energía del tratamiento será variable según la patología del paciente.

# INDICACIONES

La Radioterapia Intraoperatoria está indicado para el tratamiento de diferentes tumores como puede ser el cáncer gástrico, de páncreas, de recto, sarcomas de partes blandas, retroperitoneales y de extremidades.

En los últimos años, el tratamiento más aplicado con RIO es el cáncer de mama ya que es el que mejor pronóstico tiene, sobre todo si se encuentra en un estado precoz.

En una sola cirugía se puede extirpar el tumor, irradiar y reconstruir la mama.

# VENTAJAS

Entre las ventajas de la Radioterapia Intraoperatoria está:

- Permite la administración de una única dosis bajo inspección visual, directa y palpable del tumor.
- Maximiza el efecto biológico.
- Presenta gran homogeneidad en la distribución de la dosis.
- Excluye del campo de irradiación los tejidos sin afectación tumoral y estructuras sensibles.
- Requiere menos tiempo de tratamiento por paciente frente a la radioterapia convencional.

# INCONVENIENTES

Entre los inconvenientes se incluyen:

- El estado final de los márgenes de resección y los ganglios linfáticos no están en el momento de administrar el tratamiento.
- No permite una imagen de verificación del volumen blanco o la dosis de los órganos de riesgo.
- Incapacidad de acceso de los aplicadores en algunas localizaciones por el diámetro de las esferas.
- Riego de toxicidad tardía como puede ser la fibrosis.
- Requiere un equipo especializado con nivel de conocimientos, una gran organización y el desarrollo de un protocolo detallado.

# CONCLUSIONES

La aplicación de la radioterapia intraoperatoria en pacientes con tumores no supone un aumento de la morbilidad y mortalidad preoperatoria, por ello podemos decir que es un procedimiento seguro del tratamiento del cáncer resecable.

# BIBLIOGRAFÍA

- Hamilton SR, Aaltonen LA, Eds. Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System. Lyon: IARC Press; 2000
- Cancer [Sede Web]: American Cancer Society; 2012. Detección, diagnóstico y clasificación. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002290-pdf.pdf>
- Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). La situación del cáncer en España, 1975-2006. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2009. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos>
- Protocolos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón 2019.





# **TEMA 143. RADIOTERAPIA: RADIOCIRUGÍA EN TUMORES Y MALFORMACIONES CEREBRALES.**

**JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ**

# ÍNDICE

- CONCEPTO DE RADIOCIRUGÍA.
- USOS DE LA RADIOCIRUGÍA.
- RADIOCIRUGÍA EN METÁSTASIS CEREBRALES.
- PROCEDIMIENTO.
- BIBLIOGRAFÍA.

# CONCEPTO DE RADIOCIRUGÍA

La radiocirugía con bisturí de rayos gamma es un tipo de radioterapia usada para tratar tumores, malformaciones vasculares y otras anomalías en el cerebro.

La radiocirugía con bisturí de rayos gamma, al igual que otras formas de radiocirugía estereotáctica (RCE), no es una cirugía en el sentido tradicional, ya que no hay incisión.

La precisión de la radiocirugía estereotáctica del cerebro permite que solo se transmita una radiación mínima a los tejidos sanos que rodean el objetivo.

La radiocirugía con bisturí de rayos gamma suele ser una terapia de una sola vez, que se completa en un solo día.

# USOS DE LA RADIOCIRUGÍA

La radiocirugía se utiliza más comúnmente para tratar las siguientes enfermedades:

1. Tumor cerebral: tanto benignos como malignos.
2. Malformación arteriovenosa: son ovillos anormales de arterias y venas en el cerebro.
3. Neuralgia del trigémino: trastorno de uno de los nervios trigéminos o de ambos. Provoca dolor facial que se siente como una descarga.
4. Neurinoma del acústico: tumor no canceroso que se desarrolla en el nervio del equilibrio y audición desde el oído interno hasta el cerebro.
5. Tumores hipofisarios: en la base del cerebro (hipófisis).

# **RADIOCIRUGÍA EN METÁSTASIS CEREBRALES.**

La aparición de metástasis cerebrales en un paciente con cáncer, incluso intervenido con éxito, llega asociada a un pronóstico con una supervivencia de pocas semanas y, en muchas ocasiones, daño cerebral que causa invalidez y mala calidad de vida.

Tradicionalmente, se ha tratado a la mayoría de estos pacientes con radioterapia sobre toda la cabeza mediante 10 a 20 sesiones. Se conseguía con ello una mejor calidad de vida, pero por un tiempo inferior al año, en muchos de los pacientes que vivían más de 6 meses se observaba un deterioro intelectual que afectaba sus relaciones sociales (peor calidad de vida).

# **RADIOCIRUGÍA EN METÁSTASIS CEREBRALES.**

En los últimos años, la radiocirugía ha conseguido poner en entredicho los peores augurios que tradicionalmente se han asociado a las metástasis cerebrales. Además, puede controlar las metástasis cerebrales en una sesión ambulatoria y conseguir el control total y la máxima calidad de vida, además no interfiere en la aplicación de otros tratamientos oncológicos.

# PROCEDIMIENTO.

La radiocirugía suele efectuarse con el paciente despierto y, en general, no dura más de treinta o cuarenta minutos, tras el proceso de localización y simulación. Se realiza siempre una resonancia magnética con contraste, utilizando un sistema de estereotaxia cerebral.

Después, informáticamente se tratan esas imágenes y se simula el depósito de las radiaciones hacia la lesión en cuestión, evitando que atraviesen órganos sensibles o de “riesgo”, tales como los ojos, las vías ópticas o el llamado tronco cerebral.

# BIBLIOGRAFÍA

## Libros:

1. Rizo Potau, D., Nájera López, A. and Arenas Prat, M. (2016). *Conocimientos básicos de oncología radioterápica para la enseñanza pre-grado*. [Cuenca]: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
2. Varela Lema, L., Maceira Rozas, M. and Ferreiro Cadahía, I.(2013). *Radiocirugía estereotáxica con aceleradores lineales para la neuralgia del trigémino*. Santiago de Compostela: Avalia-t.

- **Página**

**WEB:**

<https://www.nisainforma.es/la-radiocirugia-duplica-la-esperanza-de-vida-en-casos-de-metastasis-cerebral>





# **TEMA 144. SINDROME DE BEHÇET DEBUT CON AFECTACIÓN NEUROLÓGICA.**

**XABIER AMEZTOY ECHENIQUE**

**SABELA PARDO DÍAZ**

**LEYRE REMÍREZ SIMÓN**

# ÍNDICE

- RESUMEN (3)
- ABSTRACT (4)
- CASO CLÍNICO (5)
- DISCUSIÓN (8)
- TABLA (11)
- BIBLIOGRAFÍA (13)

# RESUMEN

Síndrome de Behçet. Debut con afectación neurológica.

El síndrome de Behçet es una enfermedad de etiopatogenia desconocida que se caracteriza por aftas orales recurrentes asociadas a manifestaciones sistémicas diversas como aftas genitales, afectación ocular o alteraciones neurológicas. El curso clínico se desarrolla en exacerbaciones y remisiones y el diagnóstico es clínico. El pronóstico depende de que exista compromiso de órganos vitales

Palabras clave: Síndrome de Behçet, aftas orales, afectación neurológica

# ABSTRACT

Behçet syndrome. Debut with neurological involvement.

Behçet's syndrome is a disease of unknown etiopathogenesis characterized by recurrent oral aphthae associated with various systemic manifestations such as genital aphthae, ocular disease or neurological disorders. The clinical course develops in exacerbations and remissions and the diagnosis is clinical. The prognosis depends on the commitment of vital organs

Key words: Behçet syndrome, oral aphthae, neurological involvement

# CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 33 años, trabaja en una ludoteca y como camarera en días puntuales; fumadora 10 cig/día. Acude a consulta por odinofagia de 2 días de evolución que asocia fiebre de hasta 38.5° sin cuadro catarral asociado. Presenta amígdalas pultáceas con exudado y adenopatías cervicales bilaterales,

- Sin antecedentes personales de interés – la paciente refiere episodio de alteración visual bilateral en 2014 que no aparece registrado en h<sup>a</sup> clínica
- Tratamiento activo: levonorgestrel/etinilestradiol 0.1/0.02

- Se inicia tratamiento con amoxicilina 1gr/24hs por sospecha de amigdalitis estreptocócica.
- A las 48 horas, empeoramiento clínico con aumento de la fiebre hasta los 40° y aparición de úlceras orales y genitales. Se suspende antibioterapia y se solicita analítica con serologías y batería reumática, planteando diagnóstico diferencial entre Síndrome de Behçet y mononucleosis infecciosa.
- A las 24hs y antes de poder realizar la analítica; hay una nueva progresión del cuadro con alteración de la visión del ojo derecho asociado a cuadro de meningismo, por lo que se deriva a la paciente a urgencias ante la sospecha de complicación neurológica de mononucleosis/neuroBehçet vs meningitis.

- La paciente ingresa para estudio:
  - RMN craneal: normal
  - Serologías y PCR de posibles microorganismos implicados: negativo
  - Cultivos: orina, sangre y LCR negativos.
  - Potenciales evocados normales
  - Autoanticuerpos negativos.
  - HLAB 51 positivo
- A la vista de los resultados y según criterios clínicos; se diagnostica de Síndrome de Behçet y dada la actividad inflamatoria y la clínica, se inicia tratamiento con azatioprina. En este caso, el síndrome de Behçet debutó con úlceras orales y genitales asociadas alteración neurológica y oftalmológica.



# DISCUSIÓN

El síndrome de Behçet es una enfermedad de etiopatogenia desconocida que se caracteriza por úlceras orales recurrentes acompañadas de clínica sistémica.

Se admite que la mayoría de las manifestaciones clínicas se deben a una vasculitis multisistémica en la que se afectan tanto arterias como venas de todos los calibres.

- Epidemiología: Esta enfermedad es más común en la zona de la antigua Ruta de la Seda – desde el Mediterráneo hasta Oriente lejano - en adultos jóvenes de entre 20 y 40 años. Tiene una prevalencia similar en mujeres y hombres aunque es más agresiva en varones.

- Clínica:

- La manifestación más precoz suelen ser las aftas dolorosas en mucosas – oral y genital. Son el primer criterio diagnóstico y aparecen prácticamente en todos los casos. Las lesiones urogenitales son las más específicas en este síndrome.
- Dentro de la afectación ocular; la uveítis es la forma más frecuente. Suele ser recidivante y bilateral, pudiendo afectar a la cámara anterior, posterior o a ambas. Se caracteriza por visión borrosa, dolor ocular, fotofobia y lagrimeo.
- La afectación neurológica se puede clasificar entre parenquimatosa y no parenquimatosa; incluyendo en este último el síndrome meníngeo agudo tal y como presentó nuestra paciente

- Diagnóstico:

- El diagnóstico es clínico ya que no hay pruebas específicas ni datos de laboratorio patognomónicos. Los hallazgos analíticos son inespecíficos y reflejan la inflamación sistémica: leucocitosis, aumento de la VSG y de la PCR.
- Se diagnostica en un contexto de úlceras orales recurrentes acompañadas de manifestaciones sistémicas y apoyados en los criterios diagnósticos del International Study Group (ISG) de 1990.
- La positividad para el antígeno de histocompatibilidad HLA B51 aparece hasta x3-4 más que en la población general; aunque no determina pronóstico ni respuesta terapéutica

# Criterios diagnósticos Sd Behçet\*

Úlceras orales recurrentes
Úlceras genitales recurrentes
Lesiones oculares (uveítis anterior o posterior o presencia de células en el vítreo )
Lesiones cutáneas (eritema nodoso, pseudofoliculitis, lesiones papulopustulosas...)
Prueba de patergia positiva.

\* La presencia de úlceras orales y dos de los otros criterios establecen el diagnóstico.

- Tratamiento

- El tratamiento va a depender de las manifestaciones clínicas, por lo que debe ser individualizado. En ocasiones no se precisa tratamiento, pero cuando se recurre a él, se basa en fármacos dirigidos a controlar la inflamación sistémica: corticoides y/o inmunosupresores.
- Los pacientes con alteraciones oculares, en SNC o en grandes vasos suelen recibir tratamiento con altas dosis de corticoides e inmunosupresores de manera agresiva y temprana – sobretodo en uveitis posterior.
- La colchicina es útil en el manejo de las aftas y de otras lesiones cutáneas como el eritema nodoso y en la afectación articular.

# BIBLIOGRAFÍA

- 1– Up to Date, actualizado el 13 nov 2018  
<https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-behçet-syndrome>
- 2- Fisterra, guías clínicas para profesionales  
<https://www.fisterra.com/guias-clinicas/sindrome-behçet>
- 3- Yurkadul S, Hamuryudan V, Yazici H. Behçet syndrome. Curr Opin Rheumatol 2004; 16:38
- 4- Baixauli A, Calvo J, Tamarit JJ, Campos C, García S, Herrera A. Enfermedad de Behçet: estudio retrospectivo. An Med Interna. 2001;18(8):405-10. PubMed



# **TEMA 145. SONDAJE VESICAL.**

**CRISTINA RODRIGUEZ ABAD**



# ÍNDICE

- DEFINICION**
- TIPOS**
- TECNICA**
- CONSIDERACIONES IMPORTANTES**
- BIBLIOGRAFIA**

# DEFINICION

Es una técnica que consiste en la introducción de una sonda a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior.

# TIPOS

## SONDAJE PERMANENTE:

- Control diuresis.
- Cicatrización de vías urinarias tras cirugía.
- Proporción de una vía de drenaje o lavado continuo de la vejiga.
- Control de la incontinencia urinaria.

# TIPOS

## SONDAJE TEMPORAL:

- Vaciado de vejiga en caso de retención de orina.
- Obtención de una muestra estéril.
- Determinación de la cantidad de orina residual tras una micción.
- Administración de medicación intravesical.

# TECNICA

## EN LA MUJER:

- Higiene genital. Posición ginecológica. Desinfección con povidona yodada.
- Colocación de guantes estériles y campo estéril.
- Pida que le abran el envoltorio externo de la sonda y sáquela del envoltorio interno.
- Pide que le impregnen gasas con lubricante urológico y lubrique la sonda.
- Introduzca la sonda por el meato unos 20 cm y cuando observe la presencia de orina introduzca unos 5 cm más.
- Insufle el globo con SSF y conecte el colector y coloque la bolsa por debajo del nivel de la vejiga.

# TECNICA

## EN EL HOMBRE:

- Higiene genital. Retire el prepucio y limpie glande y surco balano prepucial. Desinfección con povidona yodada.
- Colocación de guantes estériles y campo estéril.
- Pida que le abran el envoltorio externo de la sonda y sáquela del envoltorio interno.
- Pide que le impregnen gasas con lubricante urológico y lubrique la sonda.
- Sujete el pene en 90° retirando el prepucio. Introduzca la sonda por el meato unos 20 cm hasta alcanzar la vejiga y comprobar que fluya la orina, momento en el que introducirá la sonda 5 cm más.

- Introduzca la sonda totalmente e insufla el globo con suero salino. Después conecte la bolsa y traccione suavemente la sonda hasta encontrar la resistencia del globo.
- Deje la piel del prepucio recubriendo el glande para evitar parafimosis.

# CONSIDERACIONES IMPORTANTES

- Sólo se debe realizar esta técnica cuando sea estrictamente necesario y por orden médica, no debiéndose prolongar su duración más tiempo del preciso.
- No se debe emplear la fuerza durante la técnica, con el fin de evitar lacerar la uretra.
- Inflar el balón con los milímetros de suero salino que recomienda el fabricante. Esta maniobra no debe molestar al paciente.
- Cambio de sonda en el sondaje permanente: Las sondas de látex deberán cambiarse cada 30-40 días y las de silicona cada 90 días máximo.



# BIBLIOGRAFÍA

- Perry A, Potter P. Guía clínica de enfermería. Técnicas y procedimientos básicos. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace p. 283-303.
- Gómez Reina V; Zapata S. Pedro Marco A. “La incontinencia del anciano en el hogar”. N° 76 año 201 (14-20)
- Onil-Weise BS, Van der Broek PJ. Normas para el uso de sondas vesicales para el drenaje vesical prolongado. En: Biblioteca Cochrane Plus, 2006, numero I.
- García Domingo C Rabanaque Mall G. Cateterismo vesical y mantenimiento de sonda vesical sociedad valenciana de medicina familiar y comunitaria.



# **TEMA 146. SUCCIÓN NO NUTRITIVA.**

**CLARA GIL TORRAS  
LYDIA SANCHEZ FERNANDEZ  
RICARD CONDE TORRES**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- DEFINICIÓN.
- CUÁNDO UTILIZAR LA SUCCIÓN NO NUTRITIVA
- BENEFICIOS DE LA SUCCIÓN NO NUTRITIVA
- BIBLIOGRAFÍA.

# INTRODUCCIÓN

- La succión es un reflejo innato en los bebés recién nacidos.
- Este reflejo se utiliza habitualmente en los neonatos para ofrecerles calma, mejorar el confort y disminuir el dolor.
- Habitualmente se aprovecha este reflejo en procedimientos dolorosos, con el objetivo de aliviar la duración e intensidad del dolor agudo, de manera que se le ofrece al bebé un chupete, una tetina o el pecho vacío de su madre.

# DEFINICIÓN

- Es la succión que realiza un bebé recién nacido sin extraer líquido. También es llamada succión seca.
- Puede desempeñarse con el pecho vacío de la madre, con una tetina o un chupete.

# DEFINICIÓN

- Este tipo de succión es menos compleja ya que la deglución de líquidos es mínima, únicamente saliva, por lo que se disminuye la necesidad de coordinar la succión con la respiración.
- Este tipo de succión madura antes que la succión nutritiva y son unas dos succiones por segundo.

# CUÁNDO UTILIZAR LA SUCCIÓN NO NUTRITIVA

- En situaciones de estrés cuando el medio no es favorable para el neonato, como puede ser cuando está ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos, donde el ruido de los monitores, la iluminación y la falta de estímulos gratificantes incrementan su estrés.



# CUÁNDO UTILIZAR LA SUCCIÓN NO NUTRITIVA

- En procedimientos dolorosos, cuando se le realizan técnicas como analíticas, canalizaciones de vías periféricas u otros procedimientos.

# BENEFICIOS DE LA SUCCIÓN NO NUTRITIVA.

- Aliviar el estrés y el dolor.
- Promover la ganancia de peso en prematuros e incrementar la maduración y el crecimiento gastrointestinal.
- Disminuir el tiempo de transición si el neonato necesita una sonda orogástrica a la alimentación oral completa.
- Mejora el estado conductual del bebé.
- Mejora la saturación de oxígeno

# BIBLIOGRAFÍA

•Aguilar Cordero MJ, Baena García L, Sánchez López AM, Mur Villar M, Fernández Castillo R, García García. Procedimientos no farmacológicos para disminuir el dolor de los neonatos; revisión sistemática.[Internet] 2015 [Consultado el 19 de septiembre del 2019] 32(6):2496-2507 Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3092/309243321018/>

•Lemus Varela ML, Sola Augusto G S, Baquero H, Borbonet D, Dávila Aliaga C, etc. Consenso sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico del dolor y el estrés en el recién nacido. Rev. Panam. Salud Publica [Internet]. 2014 [Consultado el 18 de septiembre del 2019] 36( 5 ): 348-354. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-4989201400100010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-4989201400100010&script=sci_arttext&tlng=pt)

# BIBLIOGRAFÍA

- Ruiz Fernández E. Cuidados centrados en el Neurodesarrollo del recién nacido prematuro hospitalizado. [Internet] 2016[Consultado el 19 de septiembre del 2019] Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/177>



# **TEMA 147. PACIENTE CON TRANSPLANTE RENAL**

**MÓNICA GONZÁLEZ GONZÁLEZ**

# ÍNDICE

- 1.INTRODUCCION
- 2.CUIDADOS POSTOPERATORIOS
- 3.COMPLICACIONES
- 4.ALTA AL PACIENTE TRASPLANTADO

Los riñones son los órganos principales del sistema urinario, filtran la sangre y producen la orina como un desecho que debe ser excretado.

El trasplante de riñón o trasplante renal es la cirugía para colocar un riñón sano en un paciente con enfermedad renal avanzada. El riñón trasplantado asume la función deficiente de los riñones y el paciente no necesitará tratamiento con diálisis.



El riñón donado puede ser:  
-De donante fallecido o vivo.

El donante vivo tiene que ser evaluado médica y psicológicamente no tener ninguna enfermedad importante ni tampoco renal.

Durante el transplante el cirujano coloca el riñón nuevo en la parte inferior del abdomen y conecta la arteria y la vena del mismo a la de su riñón.

A veces se necesitan días incluso semanas para empezar a funcionar.

Para que el transplante sea exitoso es muy importante que los tejidos del nuevo riñón sean muy similares a los del riñón del paciente, esto ayuda a impedir que el sistema de defensa natural del cuerpo rechace el transplante.

Antes de poder encontrar un riñón adecuado es necesario realizar a los pacientes algunas pruebas, los resultados serán revisados con los resultados del riñón disponible para trasplantar.

El periodo inmediato es crítico el paciente debe ser vigilado constantemente hasta que los principales efectos de la anestesia hayan desaparecido y el estado del paciente sea estable.

El paciente debe de estar aislado en la medida de lo posible por el alto riesgo de infección debido al tratamiento inmunosupresor.

Durante este periodo debe respetarse la asepsia estrictamente.

Aunque el transplante de riñón es un tratamiento exitoso para una enfermedad renal en etapa terminal, las complicaciones pueden surgir.

Conocer los síntomas comunes y obtener un tratamiento a tiempo mejorará los resultados.

Cuando el paciente se encuentra totalmente recuperado se le dará el alta y podrá irse a su casa con una planificación de cuidados que le dará su cirujano que le ayudará a incorporarse a su vida diaria en las mejores condiciones posibles ,este periodo puede durar 6 meses y durante este tiempo se realizarán análisis de sangre y radiografías.

# BIBLIOGRAFÍA

1.Revista para el Técnico en Cuidados de  
Enfermería Nosocomio N\*83/2018  
Bloque SEPARATA  
Autores: Maria J CC, María I PH  
Hospital Virgen de la Salud TOLEDO



# **TEMA 148. CÁNCER DE CÉRVIX UTERINO.**

**MARÍA OTERO ALONSO**

# ÍNDICE

- **Introducción**
- **¿Qué es el útero?**
- **Proceso de formación del cáncer de cervix**
- **Síntomas**
- **Tratamiento, prevención y factores de riesgo**



# INTRODUCCIÓN

**El cáncer de útero** ha ido creciendo en los últimos años, una enfermedad con una alta mortalidad y morbilidad. Es uno de los procesos más difíciles a los que se enfrenta la medicina por su naturaleza compleja y diversa.

# ¿ QUÉ ES EL ÚTERO?

Es un órgano situado en la pelvis, entre el recto y la vejiga. Está compuesto por dos partes

- La zona inferior, situada en el interior de la vagina llamado **cérvix o cuello del útero**.
- La parte superior se denomina **cuerpo del útero**. Éste está formado por dos capas, endometrio y miometrio ( realiza las contracciones durante el parto).

La mucosa que recubre el cuello del útero se denomina ectocérvix y la que recubre el canal cervical es llamado endocérvix.

# PROCESO DE FORMACIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX

La gran mayoría de los cánceres del cuello del útero son **carcinomas** de células escamosas. El organismo contiene órganos y éstos a su vez contienen células, dividiéndose de forma regular para reemplazar a las envejecidas o muertas y así mantener el correcto funcionamiento de los distintos órganos. Es un proceso regulado por mecanismos que indican a la célula cuando tienen que dividirse y cuando mantenerse estable.

Cuando una célula inicia una división incontrolada dará lugar a un tumor o nódulo. Si éstas células, además, invaden tejidos y órganos y proliferan en otras partes del organismo, se denomina **tumor maligno** (cáncer).

**El tumor** puede crecer de varias maneras:

- Crecimiento local
- Diseminación linfática
- Diseminación hematológica

# SÍNTOMAS

Se detecta realizando una serie de pruebas:

- Prueba de ADN para VPH
- Papamicolaou

Cuando el tumor está más avanzado, habría que tener en cuenta dos síntomas

- La hemorragia vaginal anormal
- El dolor o molestias al tener relaciones sexuales

# TRATAMIENTO, PREVENCIÓN Y FACTORES DE RIESGO

- Como tratamiento se puede optar por la cirugía, la radiación, la quimioterapia o la combinación de las tres.
- Prevención:
  - Vacunarse contra el VPH entre los 13 y 26 años
  - Revisiones ginecológicas y realizar citologías entre los 25 y 30 años cada 3 años
  - El uso de preservativos
  - Dieta equilibrada con control de sobrepeso
  - No fumar
- Factores de riesgo:
  - La promiscuidad y no usar protección aumenta considerablemente el peligro de contraer ésta enfermedad.

# BIBLIOGRAFÍA

- Páginas webs: <http://elsevier.es> , <http://e.oncologia.org>
- Artículos de revistas: artículo de revisión <http://cielo.sld.cu> , artículo Lucas Minig especialista en ginecología.
- Enciclopedia médica: Medlineplus.





# **TEMA 149. TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.**

**DAVID RODRÍGUEZ ALONSO**

**LLARA LAVILLA SOLÍS**

**CRISTINA ORDIALES VEGA**

**SHEILA PÉREZ RODRÍGUEZ**

**JENNYFER CORBEIRA PRESNO**

# ÍNDICE

- **INDICACIONES**
- **CLASIFICACIÓN**
- **TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA**
- **TRASPLANTE DE SANGRE PERIFÉRICA**
- **TRASPLANTE DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL**
- **CRIOPRESERVACIÓN**
- **INFUSIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**

# INDICACIONES

El trasplante de progenitores hematopoyéticos es un procedimiento usado para rehabilitar el tejido hematopoyético de un paciente en el que se encuentra alterado debido a diversas causas:

- Procesos hematológicos:  
mielomas, linfomas, leucemias agudas
- Tumores sólidos quimioterapiables:  
infantiles/ neuroblastoma; Adultos/Tumores germinales
- Tumores sólidos de alto riesgo de recaída

# INDICACIONES

## Requisitos del tratamiento:

- Presencia de sensibilidad tumoral a la quimioterapia citorreductora inicial
- Existencia de un tratamiento intensivo eficaz, cuya toxicidad limitada sea principalmente medular
- Planificación del procedimiento a seguir en una fase temprana de la enfermedad, puesto que hay una menor carga tumoral y no se ha producido resistencia ante la quimioterapia
- Obtención de una muestra adecuada de células progenitoras con la menor contaminación posible de células tumorales

# CLASIFICACIÓN

Según la fuente de obtención:

**MÉDULA ÓSEA:**

directamente de la médula ósea

**SANGRE PERIFÉRICA:**

obtenidos de sangre venosa tras haber estimulado el paso de los progenitores hematopoyéticos de la médula a la sangre

**CORDÓN UMBILICAL:**

muy rica en progenitores hematopoyéticos y obtenida en el momento del parto

# CLASIFICACIÓN

Según el donante:

SINGÉNICO:

hermanos gemelos de idéntico genotipo

AUTÓLOGO:

del propio paciente

ALOGÉNICO:

de donante familiar haploidéntico o de donante no  
emparentado

# TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

Las células madre que se usan en los trasplantes provienen del centro líquido de los huesos llamado médula.

El donante recibe anestesia general o local.

Se insertan unas agujas en la piel en el área sobre el hueso pélvico o, en raros casos, el esternón hasta llegar a la médula ósea para extraerla del hueso.

Este procedimiento no representa problemas importantes para el donante, ya que se extrae una pequeña cantidad, si no que el riesgo más serio relacionado con donar médula ósea se debe al uso de anestesia durante el procedimiento.

# TRASPLANTE DE SANGRE PERIFÉRICA

Las células madre de sangre periférica que se usan en los trasplantes provienen del torrente sanguíneo.

Un procedimiento llamado aféresis se realiza para obtener las células madre de sangre periférica para el trasplante.

Durante cuatro o cinco días antes de la aféresis, se puede administrar al donante un fármaco para aumentar el número de células madre que entran en el torrente sanguíneo.

Durante la aféresis, se extrae la sangre por una vena principal del brazo o por un catéter venoso central. La sangre pasa por una máquina que separa las células madre. La aféresis lleva habitualmente de 3 a 4 horas.

Las células madre se congelan entonces hasta que se administren al receptor.



# TRASPLANTE DE SANGRE PERIFÉRICA

En situación de normalidad la sangre periférica contiene un porcentaje menor a 0,1 de células CD34. Con la movilización se incrementa la presencia de unidades formadoras en la circulación.

Durante los cuatro días previos a la extracción, se pauta la dosis de factor necesaria según las características del donante.

El medicamento que se administra para estimular que la médula deposite un mayor número de células madre en el torrente sanguíneo puede causar efectos secundarios, los cuales desaparecen a los pocos días de la administración de la última dosis.

# TRASPLANTE DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL

Las células madre también se pueden obtener de la sangre del cordón umbilical.

Después de haber nacido el bebé y de haber cortado el cordón umbilical, se recoge la sangre del cordón umbilical y de la placenta. Este proceso representa muy pocos riesgos para la salud de la madre o del bebé.

Una vez que la madre da su consentimiento, la sangre del cordón umbilical se procesa y se congela para almacenarse en un banco de sangre .

# CRIOPRESERVACIÓN

Debe de realizarse en las 24 horas posteriores a la extracción. Durante este tiempo el producto estará correctamente identificado y almacenado a una temperatura de 4°C.

El procedimiento se realiza en una cámara de criopreservación con descenso térmico programado.

Durante el mismo garantizaremos la viabilidad celular añadiendo según protocolo el conservante y el nutriente que las células necesitan en las proporciones adecuadas.

Se mantendrá en nitrógeno líquido hasta que se produzca la infusión y se llevará a cabo un test de viabilidad celular.

# INFUSIÓN

Una vez acondicionado el paciente, se solicitará a la unidad de medicina transfusional que el producto sea descongelado para infundirlo.

La descongelación se realiza en baño María estéril, de forma rápida para garantizar la viabilidad de las células.

Durante la infusión se controlarán las constantes vitales del paciente así como cualquier modificación que se pudiera producir en el mismo.

# INFUSIÓN

Las células madre una vez que penetran en el torrente circulatorio, se dirigen a la médula ósea, produciendo en ella nuevos componentes sanguíneos.

Se realizan analíticas sanguíneas frecuentemente para ir supervisando el proceso.

El prendimiento de las células tardará varias semanas una vez producido el trasplante.

El pronóstico de los trasplantes depende del tipo así como la fase de la enfermedad previa al trasplante.

# BIBLIOGRAFÍA

- Domínguez PM, Romero-Ramirez H, Rodríguez AJC. Células Madre Hematopoyéticas: origen, diferenciación y función. Rev Med UV 2015; 15 (1).
- Mikkola HK, Orkin SH. The journey of developing hematopoietic stem cells. Development. 2006;133(19):3733-44.
- Zamudio GL, Marmolejo GM, Arias MM. Aplicación del cuidado enfermero en medicina transfusional. Rev Mex Med Transfus 201 ; 4 (2): 48-52.
- Villasís-Keever A, Mosqueda JL. Infecciones en trasplante de médula ósea. Rev. invest. clín. 2005 ; 57( 2 ): 381-386.

# BIBLIOGRAFÍA

- Medina-Macías M. Aféresis terapéutica. Recambio plasmático terapéutico. Citaféresis. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2005;43(1):47-52.
- Ballen KB. New trends in umbilical cord blood transplantation. Blood 2005; 105: 3786-3792.
- Sikes M, Nicolik B. Treatment of sever autoimmune disease by stem cell transplantation. Nature 2005; 435: 620-627.





# **TEMA 150. PERFUSIÓN CONTINUA DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA.**

**NEREA OTEO GARCIA**

**NURIA OSCARIZ PIEDRAFITA**

**MARIA CARRILLO DE ALBORNOZ LEZAUN**

**MAITE RODRIGUEZ ANTÚNEZ**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **METODOLOGÍA**
- **DESARROLLO**
- **CONCLUSIÓN**

# INTRODUCCIÓN

Una vía subcutánea es un acceso parenteral en el que los fármacos se administran a través de un catéter colocado en la hipodermis o tejido celular subcutáneo, penetrando desde ahí al torrente sanguíneo a través de los capilares.

La medicación por vía subcutánea puede ser administrada de dos maneras distintas:

- Intermittente o en bolos: siendo 2-3 ml la cantidad máxima a administrar por dosis.
- En perfusión continua mediante el uso de bombas de infusión: Mecánicas, electrónicas o elastoméricas.

La administración en perfusión de uno o varios fármacos a ritmo continuo, consigue valores plasmáticos de medicación estables, mejor control de los síntomas y cumplimiento terapéutico correcto.

Los sistemas de infusión elastoméricos son dispositivos de perfusión pequeños, ligeros, que funcionan sin pilas ni corriente eléctrica y de un solo uso, que permiten administrar uno o varios fármacos, compatibles, simultáneamente, convirtiéndose en un dispositivo eficaz tanto para el control del dolor en cuidados paliativos, como administración de tratamientos quimioterápicos o terapias anti-infecciosas.

Sus amplias posibilidades de uso tanto a nivel hospitalario como domiciliario, lo convierten en un elemento que el personal de enfermería debe conocer y manejar adecuadamente.

# METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Pubmed y Cochrane, de la evidencia disponible y realización de una lectura crítica de aquellos artículos que reúnen las características de búsqueda seleccionadas, utilizando las palabras clave “vía subcutánea”, “infusor elastomérico”, “indicaciones” “uso” y sus sinónimos en inglés “subcutaneous routes”, “infusor elastomeric/elastomeric pump”, “indication”, “use”, estableciendo 5 años como límite en los resultados por año de publicación. Además de instrucciones de manejo de los dispositivos.

# DESARROLLO

Existen **tres tipos** de bombas elastoméricas:

- Modelos de infusión lenta con elemento capilar en la línea de infusión: indicadas para analgésicos, citostáticos e inmunosupresores.
- Modelos de infusión rápida: para perfusión de antibióticos, antivirales.
- Modelos con Sistema PCA (control de analgesia por paciente): Indicadas en analgesia postquirúrgica o tratamiento paliativo del dolor.

**El mecanismo de acción** de todos ellos es similar:

Recipiente de plástico duro en cuyo interior se encuentra el depósito elastomérico, con forma de globo, en el que se introduce la medicación que se va a administrar, produciéndose el llenado del globo.

El globo distendido ejerce una presión positiva que vence la resistencia provocada por el catéter y la presión sanguínea de las venas o capilares del paciente.

El flujo viene dado por la combinación de la acción del regulador de flujo y la presión positiva ejercida por la membrana elastomérica.

## **Preparación de la perfusión:**

Tras la indicación médica del fármaco/s a administrar, prepararemos la cantidad de fármaco/s necesaria para el tiempo establecido de perfusión.

La preparación de la solución debe realizarse con técnica aséptica y siguiendo las instrucciones propias del fármaco.

Una vez preparada la solución a infundir es necesario completar el volumen restante con suero fisiológico al 0,9%, hasta alcanzar la capacidad total del infusor. Existen varios tamaños y velocidad de flujo, por lo que es imprescindible elegir el modelo adecuado al volumen que vamos a infundir y la duración, detallado en el exterior del sistema.



Una vez lo tenemos preparado en la jeringa con cono Luer- Lock, es preciso asegurarse que no quedan burbujas dentro. Cerrar el clamp del sistema, retirar el tapón del dispositivo e introducir la solución, sin utilizar aguja, por riesgo de pinchar la membrana elastómera, de manera continua, sin brusquedad, visualizando que el elastómero se hincha de manera uniforme. Una vez hemos introducido toda la solución, retirar la jeringa, cerrar el tapón y abrir el clamp para purgar el sistema. Identificar fecha de preparación y contenido.

Conectar el sistema al catéter de vía subcutánea y fijar a la piel el restrictor de flujo, evitando acodamientos del catéter.

La velocidad de infusión está prefijada para cada bomba elastomérica, pero es preciso conocer que existen factores que pueden afectarle:

- Un llenado del elastómero inferior al 80% de su capacidad provoca una disminución del flujo.
- La temperatura ideal es entre 30-32°C, temperaturas superiores aumentan el flujo y temperaturas inferiores lo disminuyen.
- El infusor elastomérico y la conexión a la vía subcutánea deben estar a la misma altura para que la velocidad sea la programada, si el infusor se encuentra por encima (la velocidad) será superior y si se encuentra por debajo será inferior.

# CONCLUSIÓN

Los dispositivos elastoméricos son dispositivos de fácil manejo, sin alarmas y que permiten la movilidad del paciente.

Aunque en Atención domiciliaria el uso de la vía subcutánea de manera continua con infusores elastoméricos es cada vez mayor, a nivel hospitalario se tiende al uso de bombas electrónicas por vía endovenosa o a la administración de fármacos por vía subcutánea pero de manera intermitente.

El adecuado conocimiento tanto de las características físicas y mecánicas, como la adecuada aplicación de los infusores elastoméricos, mejoran la atención al paciente.

# BIBLIOGRAFÍA

- Alegre Martín R.M, Quilez Salas N. Utilización de la vía subcutánea mediante perfusión continua. Revista Atalaya Médica. 2018;13:5-11.
- Oliver G. Optimising patient safety when using elastomeric pumps to administer outpatient parenteral antibiotic therapy. Br J Nurs. 2016 Oct 27;25(19):S22-S27.
- Rodilla Calvelo F. Infusores elastoméricos en quimioterapia. [Internet] Consejo General de Colegios Farmacéuticos; 2013 [acceso 6 mayo 2019]. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2013/9/25/60426>



# **TEMA 151. VÍA SUBCUTANEA EN CUIDADOS PALIATIVOS.**

**OLATZ NAIARA ESLAVAABAURREA**

**LEYRE MARTINEZ GOÑI**

**LUCIA LABORRA FAGOAGA**

**MARIA IBARROLA ELIZAGARAY**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- INDICACIONES.
- VENTAJAS Y LIMITACIONES
- TÉCNICA Y MATERIAL.
- CUIDADOS Y MANEJO.
- FARMACOS ADMINISTRADOS POR VÍA SUBCUTANEA.
- CONCLUSIONES.
- BIBLIOGRAFÍA.

# INTRODUCCIÓN

- El en manejo del paciente terminal la vía subcutánea constituye una herramienta muy útil en el ámbito hospitalario y especialmente, en el cuidado del paciente en hospitalización a domicilio y en atención primaria.
- Los paciente terminales son aquellos que sufren una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin respuesta el tratamiento, con abundante sintomatología acompañante y con pronostico de vida limitado. En este contexto el objetivo de los cuidados van encaminados no a curar sino a cuidar y propiciar el mayor confort posible al paciente, acompañando al paciente en su final desde una perspectiva holística ofreciendo una atención integral.



- Muchos de los pacientes terminales deciden ser atendidos en sus domicilios por equipos multidisciplinares, es en este ámbito donde la vía subcutánea juega un papel determinante.
- La vía más indicada en este tipo de paciente es la vía oral, sin embargo, esta en muchas ocasiones se pierde o es insuficiente para el manejo del paciente y es entonces, cuando, la vía subcutánea se convierte en la vía más apropiada para el control de los numerosos y recurrentes síntomas que acompañan al paciente .
- La vía subcutánea es de fácil manejo y pocas complicaciones y puede ser manejada por los familiares tras unas correctas indicaciones, esto entre otros aspectos la convierte en una herramienta clave.

# INDICACIONES

- Disfagia o dificultad para la deglución.
- Obstrucción intestinal.
- Difícil manejo de los síntomas por vía oral.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Náuseas y vómitos incoercibles.
- Fístulas traqueo-esofágicas.
- Debilidad extrema.

# VENTAJAS

- Es una técnica segura, poco agresiva y de acceso fácil.
- Es de manejo sencillo, la familia puede participar en el cuidado del paciente en su domicilio.
- No precisa hospitalización.
- Puede durar 7 días o más
- Permite realizar tratamientos en bolus o en perfusión continua .
- Proporciona autonomía para el paciente
- La punción es menos dolorosa que la vía endovenosa o intramuscular.
- Menos complicaciones que otras vías (infecciones, hematomas, etc)
- Útil en pacientes no colaboradores.
- Es normalmente bien aceptada por pacientes y familiares.

# INCONVENIENTES

- Son posibles las desconexiones accidentales.
- No recomendada en caso de lesiones en dermis e hipodermis.
- No es útil en caso de shock o problemas de perfusión periférica.
- La capacidad de absorción puede estar disminuida.
- Contraindicada en: coagulopatías graves, infección cutánea y edema generalizado o anasarca.

## MATERIAL

- Palomilla.
- Guantes
- Gasas estériles y antiséptico.
- Tapón.
- Apósito transparente.
- Jeringa y suero fisiológico o bomba elastómera o bomba de perfusión.
- Jeringa.
- Suero fisiológico.

# TÉCNICA

- Pedir consentimiento y explicar la técnica al paciente.
- Lavado de manos y colocación de guantes.
- Elección del lugar de punción, muslo, zona deltoidea, zona escapular, abdomen o pecho.
- Desinfección del lugar de punción.
- Purgar la palomilla.
- Coger pellizco con la mano no dominante e introducir la aguja a 45° con el bisel hacia arriba.
- Fijar la palomilla con sutura adhesiva y apósito transparente.

## CUIDADOS Y MANEJO

- Registrar la fecha de colocación, vigilar diariamente en lugar de punción. La duración aproximada es de 7 días.
- En caso de dolor, hemorragia, infección o eritema cambiar por otra y rotar el lugar de punción.
- Administrar la medicación sin exceder los 2 ml, lavar después la vía con 0.5 ml de suero fisiológico.
- La velocidad máxima de goteo es de 80ml/h, se recomienda 40/60 ml/h.

# FÁRMACOS DISPONIBLES POR VÍA SUBCÚTANEA

- MORFINA.
- HIOSCINA.
- HALOPERIDOL.
- MIDAZOLAN.
- METICLOPRAMIDA.
- BUPRENORFINA.
- KETOROLACO.
- ONDASETRN .
- BROMURO DE ESCAPOLAMINA.
- DEXAMETASONA.
- DICLOFENACO.



- LEVOMEPRMACINA
- METADONA.
- TRAMADOL.
- CLONACEPAN.
- ONDASETRÓN.
- RANITIDINA.
- OMEPRAZOL.
- FUROSEMIDA.
- CEFTRIAXONA.
- CALCITONINA.
- OCTEOTRIDA.
- FENTANILO.
- NO DISPONIBLES :DIAZEPAN, CLORPROMAZINA Y

# CONCLUSIONES

- El uso de esta vía es cada vez más frecuente en el manejo del paciente terminal.
- Es una opción adecuada cuando otras vías no son posibles.
- Los infusores son muy útiles para el control de síntomas, sobre todo aquellos más refractarios.
- Permite mantener adecuados niveles farmacológicos.
- Permite a la familia participar en el cuidado del paciente, permitiendo que se sientan útiles y con capacidad para aliviar el sufrimiento y mejorar la sintomatología.
- Se pueden utilizar una gran variedad de fármacos por esta vía, permitiendo que haciendo uso de esta vía se puedan resolver, paliar y tratar la gran mayoría de los síntomas que sufren los pacientes en cuidados paliativos.

## BIBLIOGRAFÍA

- <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/utilizacion-via-subcutanea-cuidados-paliativos/>
- Jiménez AM, Royuela L, Aramburu I, Losa G, Montejo I. La vía subcutánea; alternativa eficaz en atención Primaria. XIII Jornadas de Residentes de la SVMFiC. fml. 201 ;15 Supl 3:33p.
- Ruíz Márquez MP, Cuervo Pinna MA, Sánchez Correas MA, Sánchez Posada R, Varillas López MP, Hernández García P et al, en representación del Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud - FundeSalud). Guía Clínica. Uso y recomendaciones de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos. Diciembre 2010.

- Hernández Pérez B., López López C., García Rodríguez M. A.. Subcutaneous route: Usefulness in symptom control of terminally ill patients. Medfam [Internet]. 2002 Feb [citado 2019 Sep 17] ; 12( 2 ): 44-54. Disponible [en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682002000200003&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000200003&Ing=es).
- Santos David, Della Valle Adriana, Barlocco Beatriz, Pereyra Jeannette, Bonilla Delia. Sedación paliativa: experiencia en una unidad de cuidados paliativos de Montevideo. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2009 June [cited 2019 Sep 17] ; 25( 2 ): 78-83. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902009000200002&Ing=en](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902009000200002&Ing=en).

- 5. Azulay Tapiero A, Hortelano Martínez E, Visconti Gijón JV. Tratamiento paliativo del paciente neoplásico en estado agónico mediante infusión subcutánea de fármacos. *Medicina Paliativa* 1998; 5: 131-5.
- 6. Fernández González, R. ; Amo Alfonso, M. Utilidad de la vía subcutánea en atención domiciliaria como estrategia de atención integral al paciente terminal . EAP Aldebarán. Madrid Localización: FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria, ISSN 1 34-2072, Vol. 5, N°. 9, 1998, págs. 614-620
- Santos David, Della Valle Adriana, Barlocco Beatriz, Pereyra Jeannette, Bonilla Delia. Sedación paliativa: experiencia en una unidad de cuidados paliativos de Montevideo. *Rev. Méd. Urug.* [Internet]. 2009 June [cited 2019 Sep 17] ; 25( 2 ): 78-83. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902009000200002&lng=en](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902009000200002&lng=en).



**TEMA 152. ATENCIÓN ENFERMERA  
EN PROCESOS DERMATOLÓGICOS  
BENIGNOS CON CIRUGÍA MENOR  
AMBULATORIA.**

**SANDRA CARO CALDERÓN  
VIRGINIA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ**

# ÍNDICE

1 Introducción

2 Justificación

3 Objetivos

1. Objetivo general

2. Objetivo específico

4 Metodología



## 5 Desarrollo

1. Definición

2. Ámbito de aplicación

5.3 Criterios generales de inclusión y exclusión.

Detección de factores de riesgo

4. Patologías benignas más frecuentes incluidas en el programa de Cirugía Menor Ambulatoria

5. Casos clínicos. Tratamiento y técnicas de resección

6. Plan de Cuidados estandarizado

## 6 Conclusiones

## 7 Anexos

## 8 Bibliografía

# RESUMEN

La cirugía menor constituye uno de los programas de intervención más novedosos de los que en la actualidad conforman la oferta asistencial de la Atención Primaria.

Con este trabajo pretendemos describir la importancia de la Cirugía Menor Ambulatoria en el tratamiento de las patologías dermatológicas benignas más frecuentes que requieren un tratamiento quirúrgico, así mismo, detallamos las técnicas y procedimientos que se utilizan para su abordaje y la propuesta de un Plan de Cuidados estandarizado que nos permita una Atención de Enfermería integral, con un enfoque de fomento de la salud, prevención, diagnóstico precoz y atención a la enfermedad, favoreciendo la rehabilitación y la reinserción, así como la participación de la comunidad, prestando un servicio accesible y manteniendo la igualdad y la equidad.

# **PALABRAS CLAVE**

- Atención de Enfermería.
- Cirugía Menor Ambulatoria.
- Lesión dermatológica.
- Plan de Cuidado.

# 1- INTRODUCCIÓN

La Cirugía Menor Ambulatoria incluye aquellos procedimientos que tienen como característica común la aplicación de procedimientos quirúrgicos y otras intervenciones sencillas de corta duración, que se realizan habitualmente en tejidos superficiales o de fácil acceso que, precisando en general de anestesia local, tienen poco riesgo y complicaciones postquirúrgicas escasas (1).

Se encuentra incluida en España como prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de Atención Primaria desde 1995 (RD 63/1995 sobre ordenación de prestaciones) apareciendo definida en la cartera de servicios de Atención Primaria desde el año 2003. Esta práctica se encuentra regulada por el RD 1277-2003 de 10 de octubre) por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Las numerosas publicaciones sobre las experiencias de la implementación de los programas de Cirugía Menor Ambulatoria junto con las experiencias publicadas en España en los últimos años avalan su implantación en Atención Primaria, demuestran que se reduce el número de casos que se derivan a las distintas especialidades quirúrgicas y por tanto las listas de espera, en consecuencia, aumenta la satisfacción de los pacientes y la relación personal de Enfermería-paciente, ello origina un aumento de la calidad asistencial. Por otra parte, el análisis realizado por distintas administraciones de la relación coste-eficiencia determinan su rentabilidad (2).

Cabe destacar que la Cirugía Menor Ambulatoria de baja complejidad, con Atención Primaria como proveedor, resuelve de forma efectiva una serie de procesos que, de otra manera, incrementaría el coste (complejidad del tercer nivel).

Actualmente, la Cirugía Menor Ambulatoria en España está adquiriendo un avance muy importante con su incorporación a la Atención Primaria de los sistemas públicos de salud (3).

## 2- JUSTIFICACIÓN

Los factores que me han motivado a realizar este TFG han sido varios, el primero, la grata experiencia durante la realización de parte de mis prácticas asistenciales en la Unidad de Cirugía Menor Ambulatoria de UGC Ribera del Muelle, Puerto Real, (Cádiz), en segundo, conocer los beneficios de la Cirugía Menor Ambulatoria, y por último comprobar que los procesos que se realizan en dichas Unidades son realizados por los Enfermeros como actividades independientes.

# 3- OBJETIVOS

## 3.1 Objetivo general.

El principal objetivo de este trabajo es realizar un Plan de Cuidados estandarizado dirigido a pacientes con lesiones dermatológicas benignas sometidos a una intervención quirúrgica incluida en el Programa de Cirugía Menor Ambulatoria.



## 3.2 Objetivos específicos.

- Identificar las patologías dermatológicas más frecuentes susceptibles de incluirse en el programa de Cirugía Menor Ambulatoria
- Analizar los problemas más frecuentes que presentan los pacientes que van a ser sometidos a Cirugía Menor Ambulatoria por problemas dermatológicos durante los tres periodos quirúrgicos.
- Describir la técnica quirúrgica realizada a un grupo de pacientes atendidos en el Centro de Salud “Ribera del Muelle” de Puerto Real, Cádiz.
- Determinar la satisfacción de un grupo de pacientes atendidos en dicho Centro de Salud mediante la realización de una encuesta (anexo 8.1).

# 4- METODOLOGÍA

4.1- Hemos realizado una búsqueda bibliográfica de tipo narrativo, para ello se ha realizado una revisión bibliográfica profunda en diferentes bases de datos que ha incluido tanto artículos originales como editoriales, etc.

En primer lugar, se realizó una búsqueda general en la base de datos PubMed/MedLine y la base de datos IME, centrando la búsqueda y publicaciones en lengua castellana e inglés, utilizando como palabras clave: Atención de Enfermería, Cirugía Menor Ambulatoria, Lesión dermatológica y Plan de Cuidados.

En una segunda búsqueda bibliográfica nos centramos en los trabajos que incluyen contenidos específicos sobre Atención de Enfermería ante lesiones dermatológicas benignas intervenidas en Atención Primaria con Cirugía Menor Ambulatoria.

En una tercera y última fase, la búsqueda bibliográfica se centró en revistas de mayor índice de impacto, en Google Académico y en el Boletín Oficial del Estado, buscando de forma detallada y centrándonos en las especialidades clínicas de dermatología, como especialidades médicas que incluyen con más frecuencia artículos que tienen como objetivo el tratamiento de lesiones dermatológicas benignas. Seleccionamos 82 artículos que tienen relación con el tema de nuestro TFG, de los cuáles se consiguieron 46, utilizándose 1 como fuente bibliográfica directa para su realización.

4.2- Para la realización del Plan de Cuidados se utilizó el modelo de Virginia

Henderson, basado en las necesidades humanas, que van a determinar el grado de independencia/dependencia del individuo y Taxonomía Diagnóstica NANDA-NOC-NIC, junto con la experiencia de los enfermeros pertenecientes a la Unidad de Cirugía Menor Ambulatoria de UGC Ribera del Muelle y UGC La Laguna.

4.3- Para los casos clínicos, hemos seleccionado pacientes con diferentes patologías dermatológicas que requieren distintas técnicas quirúrgicas para su abordaje. Durante todo el proceso hemos realizado las fotografías que presentamos en este trabajo.

# 5- DESARROLLO

## CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA

### 5.1 Definición

La Cirugía Menor Ambulatoria comprende aquellas actividades asistenciales y de apoyo, encaminadas a dar respuesta a una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local o sin ella, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas (4).

Los pacientes que son sometidos a este tipo de cirugía necesitan, entre otras, de intervenciones básicas, encaminadas a garantizar la independencia del paciente en la realización de autocuidados y/o derivados de las respuestas humanas del paciente ante la cirugía realizada, en un entorno adecuado de información, seguridad, confidencialidad y confort (5).

El grupo de trabajo de expertos, mediante técnica de consenso, sustentándose en manuales editados sobre la práctica de la Cirugía Menor Ambulatoria, determina realizar una clasificación de esta en base al tipo de procedimiento a realizar, y la formación de profesionales deben de poseer para su realización; de manera que se determina que (5):

-Se considera que la Cirugía Menor considera que la Cirugía Menor Ambulatoria es aquella que da respuesta a patologías que requieran de los siguientes procedimientos codificados en la CI9 MC: 86.3; 86.04; 86.05; 86.22; 86.25. 86.01; 86.2; 86.1 ; 86.23; 86.24; 86.27.

-Podrá ser realizada en todos los Centros de Salud que disponga de una sala donde se encuentre accesible un equipo de Reanimación Cardio-Pulmonar Avanzado y que deberá de cumplir las características definidas para tal fin.

-Los enfermeros/as han de haber superado un curso acreditado sobre las intervenciones específicas así como un periodo de tutelaje práctico de al menos 210 horas.

-Formación requerida para hacer uso o indicación de medicamentos y/o productos y accesorios contemplada en la implantación de la primera fase del Decreto 307/2009.

## 5.2 Ámbito de aplicación (5)

Toda la población diagnosticada de un proceso que requiera de un procedimiento de Cirugía Menor Ambulatoria detallado en la cartera de servicios (anexo 8.2), debe ser atendida en el ámbito de Atención Primaria.

En caso de que el paciente cumpla alguno de los criterios que se detallan a continuación, el ámbito de aplicación de esta Práctica Avanzada Enfermera será el Centro Hospitalario.

Criterios para la realización de Cirugía Menor Ambulatoria en Atención Hospitalaria:

>Localización de la lesión: en zonas de riesgo anatómico funcional y estético o localizaciones con riesgo de daño vascular o nervioso.



>Tiempo de duración de la cirugía: procedimientos cuya realización requiera un tiempo superior a 1 hora.

>Intervenciones que impidan el retorno del paciente a su domicilio tras la cirugía.

>Domicilio en isócrona de una hora como máximo, con respecto a un centro sanitario.

>Pacientes con tratamiento anticoagulante, sin preparación previa.

> Alergia a anestésicos locales.

> Deterioro cognitivo que impida la correcta interpretación o comprensión por parte del paciente de la información que se le facilita, e impida la firma del consentimiento informado.

## 5.3 Criterios generales de inclusión y exclusión. Detección de factores de riesgo (6)

Siempre será el médico de Atención Primaria quien evalúe en primer lugar la indicación o contraindicación de la intervención, seguido posteriormente por el profesional que la llevará a cabo. En un primer momento deberá tenerse en cuenta el perfil ordinario del paciente susceptible de Cirugía Menor Ambulatoria:

-Paciente orgánicamente estable, con autonomía suficiente o soporte familiar, y con capacidad de comprensión adecuada.

-El tipo de lesión está incluido dentro del listado limitado de procedimientos ordinarios afrontables mediante técnicas propias de Cirugía Menor Ambulatoria en Atención Primaria.

-El procedimiento continuará siempre que se haya realizado la firma del documento que acredita que se le ha informado cumplidamente y ha entendido todo de forma clara (ya sea el propio paciente o el responsable legal de éste), y que acepta el procedimiento explicado (Consentimiento Informado (Anexo 8.3)).

En cuánto a los criterios generales de exclusión, deberán ser comprobados y evaluados siempre antes de establecer la indicación:

-Alergia a los anestésicos locales habituales, alteraciones de la coagulación (hepatopatías, coagulopatías). Tratamiento con anticoagulación oral (contraindicación relativa). El tratamiento antiagregante (ácido acetilsalicílico [AAS], clopidogrel) es también una contraindicación relativa (existen protocolos ampliamente admitidos para, en caso necesario, adoptar la decisión más adecuada).

-Antecedentes patológicos con diferentes riesgos sobre la intervención (diabetes mellitus, complicaciones vasculares, cardiopatías, vasculopatías, enfermedades respiratorias, patología psiquiátrica grave, trastornos inmunitarios, etc.).

-Lesiones con sospecha de malignidad (exclusión implícita en las actividades de Cirugía Menor Ambulatoria) o con alto riesgo por su localización anatómica o por su extensión. Trastornos conocidos de la cicatrización.

-Rechazo del paciente o falta de firma del Consentimiento Informado.

-Cualquier otra causa que el sentido común indique (pacientes terminales).

Pueden darse determinadas situaciones en las que no esté tan clara la elección de una de las dos decisiones polares expuestas (incluir al paciente en el servicio o excluirlo de éste), por presentarse factores relativos de contraindicación que, dependiendo de las características del procedimiento, podrían cambiar la decisión de utilizar una determinada técnica, retrasarla en el tiempo o introducir cualquier otra modificación aconsejada (portadores de marcapasos, interacciones farmacológicas, embarazo, etc.).



La detección de factores de riesgo se llevará a cabo durante la consulta prequirúrgica, la anamnesis correcta y completa será fundamental. Por este motivo debemos consultar la historia clínica del paciente, y comprobar la presencia o la ausencia de determinados factores de riesgo.

Debemos dirigir nuestra atención hacia aquellos aspectos con mayor trascendencia a la hora de intervenir, como son los antecedentes de sensibilizaciones o intolerancias farmacológicas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades crónicas con posibilidad de descompensación (HTA, Diabetes Mellitus, hipertiroidismo, enfermedades psíquicas, etc.), infecciones crónicas, alteraciones hematológicas, u otras con algún interés para la intervención quirúrgica. Sin olvidarnos de interesarnos por la posibilidad de sufrir alteraciones de la cicatrización o mantener hábitos nocivos, o encontrarse bajo un régimen terapéutico farmacológico con antiagregantes y anticoagulantes o cualquier otro que pueda añadir riesgos.

Asimismo, no debemos olvidar preguntar en la mujer si existe posibilidad de embarazo o lactancia, y finalmente, para el éxito de los cuidados posteriores, sobre todo en las intervenciones de Cirugía Menor Ambulatoria en pacientes muy mayores o con algún deterioro psíquico, la existencia de apoyo familiar.



## 5.4 Patologías benignas más frecuentes incluidas en el programa de Cirugía Menor Ambulatoria (7)

A continuación, estudiaremos cada una de ellas definiendo concepto, etiopatogenia, clasificación y tratamiento.

### 5.4.1 Forúnculos/panadizos

Forúnculo.

-Concepto: infecciones que afectan a grupos de folículos pilosos y tejido cutáneo adyacente.



-Etiopatogenia: generalmente causados por la bacteria *Staphylococcus aureus*, pero pueden ser provocados por otras bacterias y hongos que se encuentran en la superficie de la piel. El daño al folículo piloso permite que la infección penetre más profundamente dentro del folículo y en el tejido por debajo de éste.

Son más comunes en la cara, el cuello, la axila, las nalgas y los muslos.

-Tratamiento: generalmente necesitan abrirse y drenar con el fin de que sanen.

## Panadizo.

-Concepto: inflamación aguda de un dedo de la mano o del pie (menos frecuente). El panadizo puede afectar todas las partes blandas del dedo, sin importar la extensión ni la profundidad.

-Etiopatogenia: aparecen en general cuando la piel está muy húmeda o cuando se muerden demasiado las uñas. El panadizo es una forma de absceso (pus acumulado debajo la uña), provocado generalmente por una bacteria del tipo estafilococo (normalmente estafilococo dorado) o estreptococo. Determinadas condiciones, como un medio húmedo, pueden favorecer el desarrollo de esta bacteria;

las vías de entrada de estas bacterias en el dedo pueden ser una picadura, una astilla, una herida, etc.

-Tratamiento: varía en función del estadio del panadizo, clasificado de 1 a 3.

Tratamiento del estadio 1: estadio poco avanzado, se realiza un tratamiento por vía tópica en forma de antisépticos. El objetivo reside en evitar pasar al segundo estadio.

El paciente puede utilizar un baño Dakin (desinfectante muy eficaz a base de un derivado clorado que se prepara en farmacias). A continuación se puede emplear una pomada o un ungüento a base de sulfobituminato de amonio y envolverlo con un apósito, renovando todos los días.

Tratamiento del estadio 2: además de continuar con el tratamiento por vía tópica mencionada en el estadio 1, en el segundo estadio de los panadizos es posible utilizar antiinflamatorios para el dolor y la fiebre. En todo caso, se debe practicar (en general) una pequeña intervención quirúrgica para quitar el pus, más tratamiento antibiótico, y el panadizo desaparece al cabo de unos días.

Tratamiento del estadio 3: estadio avanzado y potencialmente grave, donde el facultativo propone el tratamiento apropiado, una intervención quirúrgica y la toma de antibióticos por vía oral.

## 5.4.2 Uña encarnada

-Concepto: alteración del crecimiento de la uña con uno de los dos bordes laterales hundidos profundamente en los tejidos contiguos, con inflamación y en ocasiones supuración de los mismos. Es una afección muy dolorosa.

-Etiopatogenia: ocurre cuando se ejerce presión adicional sobre el dedo del pie. Con mucha frecuencia, esta presión es causada por zapatos demasiado apretados o demasiado anchos. Las uñas del pie que no se arreglan adecuadamente también pueden encarnarse.

-Tratamiento: cuando la uña encarnada no sana o sigue reapareciendo, se procederá a la extirpación de parte de ésta o a su totalidad; se inyecta anestésico en el dedo del pie, se corta a lo largo del borde de la uña donde la piel está creciendo; luego se retira esta porción de la uña -esto se denomina avulsión ungueal parcial-. Pasarán de 2 a 4 meses para que la uña vuelva a crecer. Algunas veces, se empleará un químico, corriente eléctrica u otra incisión quirúrgica pequeña para destruir o extirpar el área desde la cual puede crecer una nueva uña.

### 5.4.3 Verruga

-Concepto: pequeños crecimientos en la piel, generalmente indoloros, causados por un virus, llamado virus del papiloma humano (VPH). La mayoría de las veces son inofensivas, pero otras pueden doler o causar picazón (particularmente en los pies).

-Etiopatogenia: al ser causadas por un virus las verrugas se pueden diseminar de una parte del cuerpo a otra. También se pueden propagar de una persona a otra, pero esto es infrecuente.

-Clasificación: Verrugas comunes -a menudo aparecen en las manos, pero pueden aparecer en cualquier otra parte. Las verrugas planas generalmente se encuentran en la cara y la frente; son comunes en niños, menos comunes en adolescentes y raras en los adultos-.

Verrugas genitales (condiloma) -usualmente se encuentran en los órganos genitales, en el área púbica y en el área entre los muslos, pero pueden aparecer también dentro de la vagina y el canal anal-.

Verrugas plantares -se encuentran en las plantas de los pies y pueden ser muy dolorosas. Muchas de ellas en los pies pueden causar dificultad para caminar o correr-.

Verrugas subungueales y periungueales -aparecen por debajo o alrededor de las uñas de las manos o los pies-.

Tratamiento:

- Medicamentos como podofilina o ácido salicílico.
- Una solución para ampollas.
- Congelar la verruga (crioterapia) para eliminarla.
- Cauterizar la verruga (electrocauterización) para eliminarla.
- Tratamiento láser para verrugas difíciles de eliminar.
- Inmunoterapia, en la cual se aplica una inyección de una sustancia que causa una reacción alérgica y ayuda a que la verruga desaparezca.

\* Las verrugas genitales se tratan de una manera diferente a la mayoría de las otras verrugas.



## 5.4.4 Lipoma

-Concepto: neoplasia benigna con diferenciación adiposa madura.

-Etiopatogenia: neoplasia benigna de tejido adiposo.

-Clasificación: Lipoma -tumor benigno adiposo-.

Angiolipoma -tumor benigno adiposo con componente vascular-.

Lipomatosis -depósitos difusos de grasa madura sin configuración tumoral-.

Hibernoma -tumor benigno de grasa parda-.

-Tratamiento: los lipomas no suelen requerir tratamiento salvo por motivos estéticos. Los angiolipomas dolorosos pueden ser extirpados si son únicos, mientras que en pacientes con angiolipomas múltiples el dolor asociado puede responder a la administración de atenolol (50 mg/día). El tratamiento de los pacientes con lipomatosis es difícil. Puede realizarse exéresis de las lesiones más sintomáticas o incluso liposucción.

## 5.4.5 Cuerpo extraño piel y subcutáneo

-Concepto: cuerpo que accidentalmente penetra en nuestro organismo a través de los orificios naturales o después de lesiones de distinta naturaleza.

-Etiopatogenia: estos cuerpos extraños suelen ser objetos punzantes que se quedan clavados en la piel, como pequeñas astillas o espinas. El síntoma más claro de cuerpo extraño en la piel es el dolor punzante al tacto, se nota que hay algo que pincha al presionar la zona; dependiendo del tamaño del cuerpo y de la profundidad, puede existir enrojecimiento local y sangrado.

-Tratamiento: lo primero será disponer de un lugar adecuado con una iluminación correcta que permita visualizar la lesión lo más claramente posible y, a continuación, comenzar con las pautas: Limpiar la zona afectada con agua tibia y jabón, evitando presionar.

Localizar el cuerpo y observar en qué dirección se ha introducido; con la ayuda de unas pinzas finas, atraparlo lo más cerca posible de la piel y extraerlo en el mismo ángulo en el que se introdujo. Una vez extraído, presionar alrededor de la herida por si quedan restos, dejar que sangre un poco. Lavar de nuevo la zona y colocar apósito si precisa.

Lo principal es que el cuerpo extraño no se introduzca en la piel más profundamente de lo que ya está: No presionar la zona con demasiada fuerza. No intentar sacarlo con los dedos o las uñas. Al atrapar el cuerpo con las pinzas no apretar demasiado, de lo contrario se podría romper, dificultando más la extracción.

## 5.4.7 Fibroma

-Concepto: lesión exofítica pedunculada o filiforme constituida por acúmulo pseudotumoral de estroma.

-Etiopatogenia: no son verdaderas neoplasias. Probablemente se trata de hiperplasias localizadas de tejido dérmico que, cuando son más grandes o péndulas, con el tiempo se cargan de adipocitos.

-Clasificación: Acrocordón -lesión única o, a menudo, múltiple en forma de pequeña elongación filiforme blanda al tacto. Superficie color piel normal o algo pigmentadas. Predominan en la región del cuello y áreas de fricción como las zonas axilares. Cuando son múltiples su número suele incrementarse con la edad-.

Fibroma blando -lesión nodular exofítica, de consistencia blanda. Las lesiones de gran tamaño son pendulares o pediculadas-.

-Tratamiento: son lesiones benignas que no requieren tratamiento salvo para la solución del problema estético o porque se produzcan cambios secundarios a roce o necrosis isquémica por estrangulación del pedículo.

Los acrocordones pueden seccionarse en la base con coagulación de la microherida. Los fibromas blandos también pueden ser extirpados o diseccionados por la base con el bisturí eléctrico.

#### 5.4.8 Papiloma

-Concepto: lesiones pequeñas hiperqueratósicas y circunscritas (suele aparecer un anillo córneo blanquecino a su alrededor), de carácter benigno, que aparece en la planta de los pies y puede afectar a cualquier edad,

aunque el rango máximo de incidencia está en torno a los 12-16 años -la población con más riesgo de infección por el papiloma plantar son los adolescentes, jóvenes, e individuos con mucho estrés o con las defensas bajas-.

Etiopatogenia: ocasionado por el virus de papiloma humano (VPH), de la familia de los papovavirus.

Clasificación: se denomina papiloma porque al raspar la lesión con el bisturí, se observan unos puntos de color marrón negruzco sangrantes denominados papilas. Esto nos ayuda a diferenciarlo de las durezas o clavo plantar, que no presentan papilas. Además los papilomas no presentan dermatoglifos.

Otro dato que lo diferencia de una dureza es el dolor al pellizco, que suele ser más intenso que a la presión con el dedo.

Existen más de 100 genotipos diferentes del virus de papiloma humano, pero los que ocasionan las verrugas plantares o papilomas, son los genotipos 1, 2, y 4.

Los papilomas o verrugas plantares, pueden aparecer de forma aislada o múltiple, en forma de mosaico; el periodo de incubación puede ir desde 2 hasta 20 meses. En el pie suelen aparecer entre los 6 y 18 meses posteriores a la infección.

-Tratamiento: existen diversas alternativas que el profesional valorará en función del paciente y del tipo de lesión. Algunos de los tratamientos empleados en el papiloma o verruga plantar son:

Tratamiento químico: ácido nítrico, ácido salicílico, ácido tricloroacético, ácido monocloroacético, nitrato de plata, cantaridina, podofilino, etc...

Crioterapia: nitrógeno líquido.

Bleomicina: antibiótico citostático que se utiliza inyectado intralesional. Se trata de un tratamiento más caro, y es mucho más agresivo por lo que está contraindicado en niños, mujeres embarazadas o en edad fértil, pacientes con problemas circulatorios, cardíacos, renales o hepáticos.

Cirugía: el tratamiento quirúrgico en la planta del pie se utiliza como último recurso por la gran incidencia de queloides, estando contraindicado en zonas de presión.

#### 5.4.10 Quiste sebáceo

-Concepto: saco cerrado bajo la piel lleno de material con apariencia caseosa o aceitosa.



-Etiopatogenia: con frecuencia se originan a partir de la inflamación de los folículos pilosos o también por un trauma cutáneo. Se forma un saco de células dentro del cuál se secreta una proteína llamada queratina.

Por lo general se encuentran en la cara, el cuello y el tronco; usualmente, son protuberancias que se mueven libremente debajo de la piel, crecen lentamente y no causan dolor. Sin embargo, en ocasiones un quiste puede inflamarse y/o infectarse y presentar sensibilidad.

-Tratamiento: no son peligrosos y tienden a ser ignorados. Puede ser drenado o llevarse a cabo una cirugía para extirparlo.

## 5.4.1 Nevus

-Concepto: displasia en la piel o sus anejos. Se trata de malformaciones planas, nodulares, de color marrón claro que en ocasiones pueden desarrollarse con vellos. Las pecas y léntigos se consideran nevus de tipo pigmentario y otros nevus pueden desarrollar malignidad.

-Etiopatogenia: el nevus congénito suele formarse durante la gestación y los bebés los presentan desde el nacimiento o durante su primer año de vida. Estos nevus aparecen por problemas surgidos durante el embarazo o por herencia genética. Tienen diferentes tamaños y pueden presentar un abombamiento. Son de diferentes colores, incluso un nevus puede tener diferentes tonalidades. Algo que caracteriza a este tipo de lunar son los bordes bien marcados.

El nevus adquirido no suele ser maligno y su presencia es bastante usual en la piel. La forma suele ser redonda y simétrica, son planos o con un leve abultamiento, pueden presentar vello en su interior y aparecen a consecuencia de tejido adiposo.

Se pueden clasificar en tres tipos:

-Los que aparecen con mayor frecuencia son de un tamaño pequeño con un diámetro de 1,5 cm.

-Los medianos, tienen un diámetro de unos 1,5/20cm, siendo estos menos habituales.

-Los gigantes, son los más inusuales, con un diámetro de 20 cm. Estos suelen estar cubiertos de vello y pueden extenderse abarcando todo el tronco o una extremidad. Estos nevus gigantes pueden convertirse en melanomas de tipo maligno, con un alto riesgo de desarrollar un cáncer de piel.

-Tratamiento: tras ser examinado por un médico especializado o dermatólogo, éste le remitirá a la realización de una biopsia con el fin de averiguar si existe la presencia de células de tipo canceroso en el nevus.

Una detección temprana puede reducir el desarrollo de cáncer de piel al paciente, a través un control exhaustivo para comprobar si el tamaño o color del nevus cambia, con el fin de poder reducir cualquier tipo de riesgo. Si el nevus es profundo es recomendable su extirpación con el fin de evitar su malignización. Por lo tanto el médico realizará exámenes frecuentes con el fin de detectar cualquier anomalía.

En el caso de nevus gigantes el tratamiento se basa en reparar la piel a través injertos, la intervención es más complicada porque la zona afectada más extensa.

# 5.5 Casos clínicos. Tratamiento y técnicas de resección.

## DERMATOFIBROMA

Preparación material necesario:

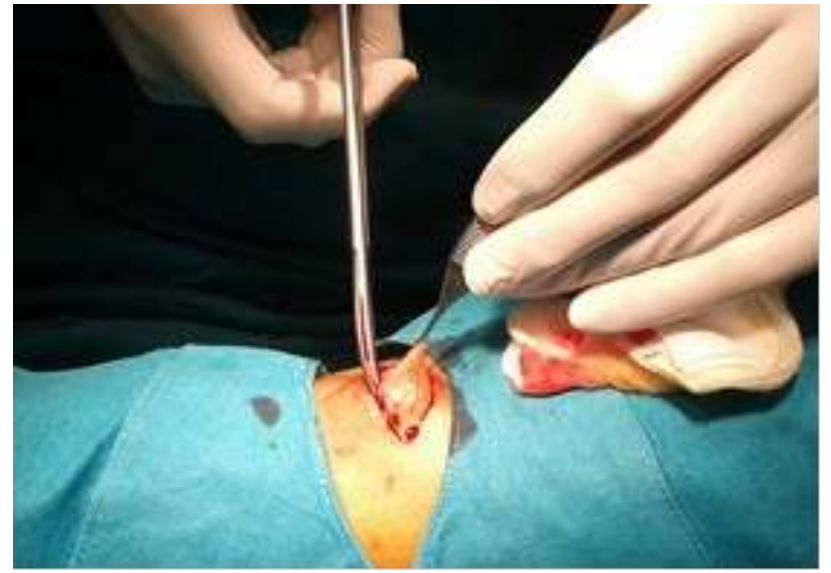
- Cigüeña con paño estéril
- Jeringa cargada de anestésico local (Mepivacaína 2%) con aguja subcutánea
- Material quirúrgico
- Paño de ojo estéril para cubrir al paciente
- Material fungible (gasas estériles, guantes estériles...)



Mujer de 45 años  
que presenta  
tumoración  
amarronada de  
1,5 cm en 1/3  
distal de pierna  
derecha de varios  
años de  
evolución.



Inyección de 5 ml de anestésico local

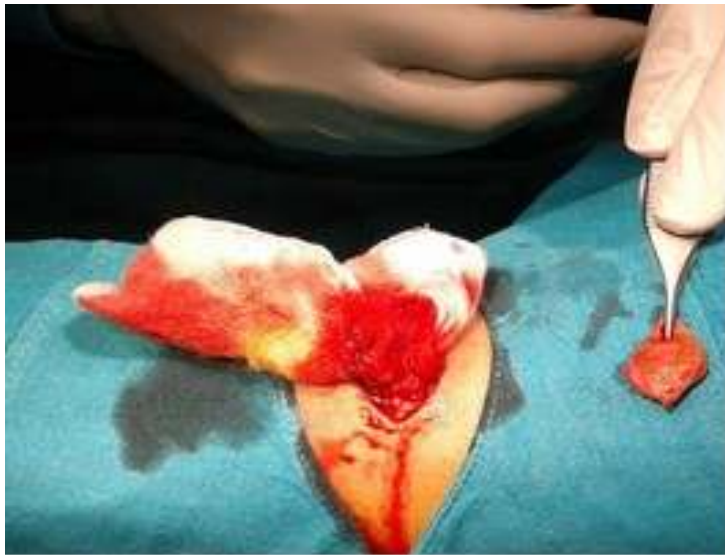


Incisión en ojal de la lesión con bisturí frío, con la ayuda de tijera Metzembraum y pinza Adson con dientes





Extirpación y retirada de Dermatofibroma; envío del mismo a Anatomía Patológica para su posterior y correspondiente análisis



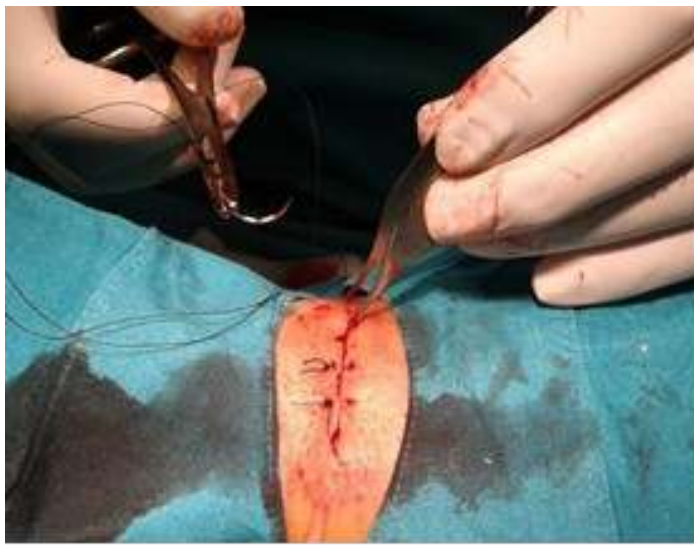
Dermatofibroma extirpado



Resultado tras extirpación  
de Dermatofibroma



Sutura subcutánea por planos  
para aproximar los bordes;  
utilizamos polifilamento  
reabsorbible trenzado  
(*Monosyn*)



Sutura puntos colchoneros siguiendo las líneas de Langer (anexo 8.4) ; utilizamos polifilamento trenzado no reabsorbible (seda 3/0)



Resultado final tras intervención quirúrgica. La paciente acudirá de nuevo al Centro de Salud en 10 días aproximadamente para la retirada de puntos.

# LESIÓN QUÍSTICA



Mujer de 55 años de edad que presenta lesión quística a nivel esternal.

Mismo procedimiento de extirpación que la lesión vista anteriormente (dermatofibroma).

Imágenes fuente propia.

# QUISTE SEBACEO



Mujer de 44 años que presenta tumoración superficial en región axilar derecha.

Mismo procedimiento de extirpación que la lesión vista anteriormente (dermatofibroma).

Imágenes fuente propia.

# QUERATOSIS



Mujer de 62 años de edad que presenta queratosis múltiple en la espalda a nivel de la región dorsal





Tratamiento con crioterapia -  
nitrógeno líquido-, sesiones de  
3 repeticiones cada 15 días  
hasta su completa desaparición



Resultado final tras acabar  
tratamiento con nitrógeno líquido

Imágenes fuente propia.

# QUERATOSIS SEBORREICA



Varón de 57 años de edad que presenta queratosis seborreica en maleolo interno de pie derecho.

Tratamiento con crioterapia o bisturí eléctrico.

Si la lesión es muy extensa se deriva a dermatología.

Imágenes fuente propia.

# ABSCESO O QUISTE ABSCESIFICADO



Varón de 52 años de edad que presenta absceso o quiste abscesificado en tercio proximal de muslo derecho.

Utilizar siempre anestesia sin vasoconstricción y drenaje del contenido purulento.

Aplicar gasa de borde y curas diarias.

Imágenes fuente propia.

# 5.6 PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

## 5.6.1 Definición

Un Plan de Cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad (8).

En este Plan de Cuidados estandarizado consideraremos los siguientes elementos:

-Situación de salud: describiremos la fisiopatología, epidemiología, manifestaciones clínicas, procedimientos diagnósticos, tratamiento y complicaciones de dicha situación de salud.

-Valoración estandarizada de Necesidades: descripción de las manifestaciones presentes en cada una de las necesidades alteradas. La estructura contempla su articulación en las catorce necesidades reconocidas por Henderson (9):

1. Respiración.
2. Alimentación-hidratación.
3. Eliminación.
4. Movilización.
5. Reposo-sueño.
6. Vestirse.
7. Termorregulación.
8. Higiene-piel.
9. Seguridad.
10. Comunicación.
11. Creencias-valores.
12. Trabajar-realizarse.
13. Ocio.
14. Aprender.

-Diagnósticos NANDA: selección de los diagnósticos más frecuentes dentro de nuestro ámbito.

-Problemas de autonomía: reconocemos la existencia de problemas de autonomía cuando una persona independiente, que haría todo lo que puede hacer, tiene problemas para satisfacer alguna / as de las catorce necesidades.

-Problemas de colaboración: problemas sobre los que las enfermeras deben actuar, pero en los que necesitan la colaboración de otros profesionales.

-Objetivo: expresará los criterios de resultado observables en la persona tras la aplicación del cuidado, estando relacionados con la modificación, mejoría o desaparición de signos y síntomas en un período determinado.

-Actividades: las dirigidas a eliminar, controlar o reducir la causa o modificar sus efectos, y las dirigidas a la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.

-Evaluación.

## 5.6.2 Plan de Cuidados estandarizado (8,9)

### 1ª ETAPA: PREOPERATORIO

En esta primera etapa haremos una recogida de datos obtenidos de la historia clínica del paciente.

-Datos personales: (nombre, apellidos, fecha de nacimiento...)

-Antecedentes patológicos: (alergias conocidas, hábitos tóxicos, medicación habitual, intervenciones quirúrgicas previas...)

-Enfermedad actual

Se realiza breve historia enfermera del paciente (anexo 8.5) junto con la valoración según las necesidades de Virginia Henderson.



# Valoración estandarizada de necesidades alteradas

Movilización	Dificultad para la realización de ciertos movimientos según la localización o región anatómica afectada por la lesión.
Higiene/piel	Lesión dermatológica benigna que requiere resección.
Seguridad	Preocupación, ansiedad, estrés, dolor.
Comunicación	Demanda de información.

De los datos recopilados en la valoración y el juicio clínico obtenido, se derivan varios diagnósticos de Enfermería posibles y de riesgo, así como algunas complicaciones potenciales.

Los diagnósticos enfermeros dependen en gran medida de la valoración y la técnica quirúrgica prevista. Los más frecuentes son “Ansiedad” y “Temor”, relacionados con la percepción de amenaza en el estado de salud. En cuanto a los diagnósticos enfermeros de riesgo, se proponen como posibles, el “Riesgo de infección”, “La curación de la herida” y “Dolor agudo”.

Se elabora el Plan de Cuidados estandarizado en función de estos diagnósticos.

Diagnóstico NANDA		
Etiqueta diagnóstica	Relacionando con	Manifestado por
00148-TEMOR	Procedimiento Quirúrgico	Disminución de la capacidad para solucionar problemas

Objetivos NOC	Intervenciones, actividades NIC
<p data-bbox="202 307 869 364">1404-Control del miedo</p> <p data-bbox="92 414 950 578">Busca información para reducir el miedo</p> <p data-bbox="92 621 950 785">Utiliza estrategias de superación efectivas</p> <p data-bbox="92 828 950 992">Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo</p>	<p data-bbox="1110 307 1700 364">5240-Asesoramiento</p> <hr data-bbox="1149 464 1642 478"/> <p data-bbox="1168 521 1651 685">5610-Enseñanza prequirúrgica</p> <hr data-bbox="1149 806 1642 821"/> <p data-bbox="1091 849 1709 906">4920- Escucha activa</p>

## Diagnóstico NANDA

Etiqueta diagnóstica	Relacionando con	Manifestado por
00146-ANSIEDAD	Situación de estrés, cambio en el estado de salud.	Nerviosismo, inquietud, agitación, desconcierto.

Objetivos NOC	Intervenciones, actividades NIC
<p>1402-Control de la ansiedad</p> <p>Elimina precursores de la ansiedad</p> <p>Disminuye los estímulos ambientales cuando esta ansioso</p> <p>Controla la respuesta de ansiedad</p> <p>Refiere disminución de estrés</p>	<p>7310-Cuidados de enfermería al ingreso</p> <hr/> <p>5820-Disminución de la ansiedad</p>

En esta primera etapa, el preoperatorio, no se identifican Problemas de Colaboración ni Problemas de Autonomía.

## 2ª ETAPA: INTRAOPERATORIO

En esta segunda etapa, se recibe al paciente identificándose, comprobando su identidad, comprobando que tiene el Consentimiento Informado debidamente cumplimentado y firmado.

Se procede a la colocación adecuada del paciente para el desarrollo de la técnica anestésica y posteriormente la técnica quirúrgica.

Se registran todos los datos.

Valoración estandarizada de necesidades alteradas

Seguridad	Riesgo durante el proceso quirúrgico; dolor.
Comunicación	Demanda de información.



## Diagnóstico NANDA

Etiqueta diagnóstica	Relacionando con	Manifestado por
00004-RIESGO DE INFECCIÓN	Procedimiento invasivo	Signos de celso local y/o fiebre

Objetivos NOC	Intervenciones, actividades NIC
<p>1902- Control del riesgo</p> <p>Reconoce el riesgo</p> <p>Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas</p> <p>Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionados</p> <p>Utiliza medidas preventivas</p> <p>Utiliza medidas de alivio</p>	<p>6540- Control de infecciones</p> <p>Asegurar una técnica adecuada</p> <hr/> <p>6550- Protección contra las infecciones</p> <p>Observar signos y síntomas de infección sistemática y localizada</p>

Problemas de Colaboración: cuidado de la herida, administración del tratamiento (analgesia), vigilancia y control.

No se identifican Problemas de Autonomía.

### 3ª ETAPA: POST-OPERATORIO

En esta tercera y última etapa, se prepara la documentación para el paciente con el procedimiento quirúrgico realizado y se le entrega una hoja de cuidados (anexo 8.6).

# Valoración estandarizada de necesidades alteradas

Seguridad	Riesgo de infección postquirúrgico; dolor.
Comunicación	Demanda de información.

## Diagnóstico NANDA

Etiqueta diagnóstica	Relacionando con	Manifestado por
00132- DOLOR AGUDO	Agente lesivo	Procedimiento invasivo

Objetivos NOC	Intervenciones, actividades NIC
<p data-bbox="170 505 823 562">1605- Control del dolor</p> <p data-bbox="65 615 923 776">Refiere los síntomas al profesional sanitario</p> <p data-bbox="65 825 923 982">Reconoce los síntomas del dolor</p>	<p data-bbox="1070 297 1727 354">1400- Manejo del dolor</p> <p data-bbox="950 394 1808 554">Animar al paciente a vigilar su propio dolor</p> <p data-bbox="950 611 1843 768">Evaluar la eficacia de las medidas de alivio de dolor</p> <hr data-bbox="1023 891 1719 893"/> <p data-bbox="1051 925 1742 1090">2210- Administración de analgésicos</p> <p data-bbox="950 1148 1591 1205">Cuando sea necesario</p>

Objetivos NOC	Intervenciones, actividades NIC
<p data-bbox="131 311 917 364"><b>1 02- Curación de la herida</b></p> <p data-bbox="112 415 724 468">Formación de cicatriz</p> <p data-bbox="112 519 942 678">Disminución del tamaño de la herida</p>	<p data-bbox="1035 311 1767 364">3590- Vigilancia de la piel</p> <hr data-bbox="1039 454 1773 459"/> <p data-bbox="1079 519 1723 678">3660- Cuidados de las heridas</p>

# EVALUACIÓN

La ansiedad que el paciente presentaba, aunque moderada, se ve reducida gracias a la actuación realizada prestando atención al paciente, permaneciendo con él, promoviendo su seguridad, preguntándole y escuchándole activamente, informándole acerca de los procedimientos que se le van a practicar.

El riesgo de infección se controla en todo momento al efectuar los diferentes procedimientos con las normas de asepsia adecuadas.



Con el dolor, se ha podido comprobar que, si el paciente es muy nervioso, además de las técnicas de analgesia también es muy importante permanecer con él, ya que influye mucho el aspecto psicológico.

Al finalizar nuestra valoración evaluaremos si el estado del paciente es bueno, que indica que se encuentra bien, que está tranquilo y no refiere dolor, que el estado de la piel es correcto y que la herida quirúrgica no presenta ninguna incidencia.

Podremos decir entonces que la evaluación es totalmente positiva.

## 6- CONCLUSIONES

Dada la importancia que requiere la Atención de Enfermería en este ámbito, dicho Plan de Cuidados abarcará desde la recepción del paciente hasta el alta definitiva tras la Intervención Quirúrgica, realizando una valoración inicial del paciente y dando respuesta a los problemas que se planteen en el preoperatorio, el intraoperatorio y el post-operatorio lo que redundará en su crecimiento, extensión y mejora progresiva.

La Cirugía Menor Ambulatoria es una herramienta ineludible para alcanzar la calidad asistencial. Una exhaustiva revisión bibliográfica sobre Cirugía Menor Ambulatoria en España con Atención Primaria como proveedor nos permite corroborar que su coste-eficiencia y su rentabilidad han sido demostradas en numerosos

trabajos y reconocidas por las diferentes administraciones; también, este reconocimiento ha venido de los propios pacientes, quienes la valoran por su accesibilidad e inmediatez y por la comodidad de sus resultados.

El Plan de Cuidados nos permitirá registrar nuestras actividades y asegurar una continuidad en los cuidados a la vez que unificamos criterios y demostramos las funciones de enfermería en el Área Quirúrgica consolidando nuestra identidad profesional.

En nuestra mano está la posibilidad de evolución de los cuidados así como el futuro de la enfermería quirúrgica; hay que demostrar esta evolución en la práctica asistencial, que se haga patente en los equipos interdisciplinarios y que los usuarios y la sociedad lo perciban.



2. Las explicaciones que le dio su médico sobre lo que le iban a hacer, ¿le han parecido?

Muy pocas

Bastantes

Pocas

Muchas

N S / N C

3. La limpieza e higiene de la sala, ¿le ha parecido?

Muy mala

Mala

Buena

Muy buena

N S / N C

4. ¿Cómo piensa usted que le han atendido en relación con este problema en su Centro de Salud?

Muy mal

Mal

Bien

Muy bien

N S / N C

5. En caso de presentar un problema similar al que ha tenido, ¿qué haría?

Le da igual donde se lo haga

Elegiría nuevamente el Centro de Salud

Preferiría acudir a un especialista ambulatorio

N S / N C

Esta encuesta de satisfacción, totalmente voluntaria y anónima, fue entregada a un total de 50 pacientes al finalizar la intervención, que debían traer cumplimentada al Centro de Salud el día de su revisión, en el caso de querer colaborar.

Los resultados han sido muy satisfactorios:

-45 encuestas fueron entregadas al Centro de Salud debidamente cumplimentadas.

-El 80 % de usuarios considera que el tiempo que pasó desde que fue la primera vez al médico con el problema, hasta que se lo han resuelto, ha sido poco.

-El 76 % de usuarios considera que las explicaciones recibidas fueron bastantes.

-El 90 % de usuarios considera que la limpieza e higiene de la sala era la correcta.

-El 88 % de usuarios considera que lo atendieron muy bien en su Centro de Salud.

-El 90 % de usuarios volverían al Centro de Salud para una futura intervención quirúrgica de cirugía menor, si precisa.

## 7.2 Cartera de Servicios

La Cirugía Menor Ambulatoria comprende los procedimientos codificados en la CIE-9- MC:

86.01 Aspiración de piel o tejido subcutáneo.

2.Escisión piel y tejido subcutáneo local

3.Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo. Destrucción de piel por cauterización, criocirugía, electroterapia con bisturí eléctrico.

86.04. Incisión con drenaje de piel y tejido subcutáneo.

86.05 Incisión con extracción de cuerpo extraño de piel y tejido subcutáneo.

86.1 Biopsia de piel y tejido subcutáneo.

86.22. Desbridamiento escisional de herida, incisión o quemadura. Extracción mediante incisión de escara, necrosis y/o tejido desvitalizado.



23.Extracción de uña, lecho de uña o pliegue de uña.

24.Quimiocirugía de piel. Pelado químico de piel con nitrógeno líquido.

25. Abrasión dérmica.

86.27. Desbridamiento de uña, base de uña o pliegue de uña.

Que den respuesta a los diagnósticos morfológicos codificados en la CIE-9- MC:

682.9 Abscesos.

681.00 Absceso dedo mano.

681.10 Absceso dedo pie.

680.9 Forúnculos.

681.02 Panadizo dedo mano.

681.1 Panadizo dedo pie.

703.0 Uñas encarnadas.

078.10 Verrugas virales o papilomas.

078.12 Papiloma o verruga plantar.

214.1 Lipomas.

879.9 Herida abierta de localización no especificada sin mención de complicación.

884.0 Herida no especificada de miembro superior sin mención de complicación.

894.0 Herida no especificada de miembro inferior sin mención de complicación.

729.6 Cuerpo extraño residual en tejido blando.

215.9 Neoplasia benigna de tejido conjuntivo y otro tejido blando: Fibroma.

706.2 Quiste epidérmico o epidermoide.

216.9 Nevus.

702.0 Queratosis actínica.

702.19 Queratosis seborreica.  
701.1 Hiperqueratosis NEOM.  
702.8 Cuerno cutáneo.  
078.0 Molusco contagioso.  
228.01 Angioma puntiforme: punto rubí.

Quedan excluidas todas aquellas  
lesiones malignas o con presunción  
de malignidad.

## 7.3 Formulario de Información y Consentimiento Informado Escrito

Se entiende por Consentimiento Informado la conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa la obtención de la información adecuada con tiempo suficiente, claramente comprensible para él, ante una intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo y en general siempre que se lleven a cabo procedimientos que conlleven riesgos relevantes para la salud. El consentimiento debe ser específico para cada intervención diagnóstica o terapéutica que conlleve riesgo relevante para la salud del paciente y deberá recabarse por el médico responsable de las mismas. En cualquier momento, la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento. (10)

Antes de la realización de una prueba médica o de una intervención, o de seguir cualquier otro tratamiento, los pacientes tienen derecho a estar debidamente informados sobre los siguientes aspectos:

¿En qué consiste el tratamiento?

¿Para qué sirve?

¿Cómo se realiza?

¿Qué efectos puede producir?

¿Cuáles son sus beneficios?

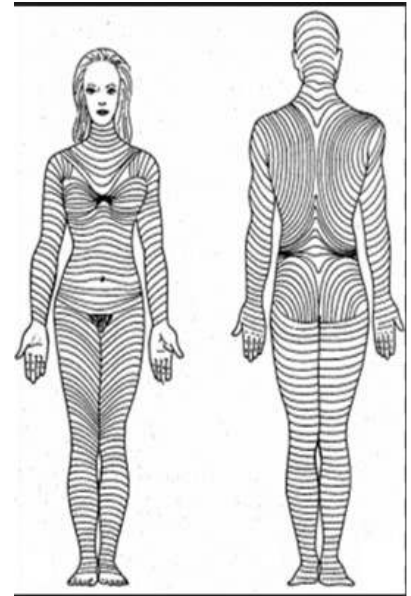
¿Qué riesgos tiene?

¿Existen otras alternativas disponibles?

## 7.4 Líneas de Langer

Se denominan líneas de Langer a las líneas que se forman en las zonas donde la piel tiene menos elasticidad; normalmente se sitúan en las zonas con arrugas, perpendiculares a la contracción del músculo donde se encuentran.

Cuando se produce una incisión en la piel, se realiza en la misma dirección que estas líneas, ya que si se realizan en esa zona su cicatrización es más rápida y deja menos cicatriz. Son muy utilizadas a la hora de realizar operaciones quirúrgicas, tatuajes, piercings o similares. (1 )



## 7.5 Breve historia enfermera (ejemplo de un caso clínico)

Paciente mujer de 45 años que acude a la Unidad de Cirugía Menor Ambulatoria de forma programada el día 20 de Marzo de 2014 a las 10 horas de la mañana, para ser intervenido de tumoración amarronada de 1,5 cm en 1/3 distal de pierna derecha (dermatofibroma) de varios años de evolución.

Se realiza resección de la lesión con bisturí frío y se procede a sutura subcutánea por planos para aproximar los bordes y sutura puntos colchoneros.

El dermatofibroma extirpado se envía a Anatomía Patológica para su correspondiente análisis.

La paciente acudirá de nuevo al Centro de Salud el próximo 30 de marzo a las 12 horas de la mañana para la retirada de puntos.

## 7.6 Hoja de cuidados

Una vez termina la Intervención Quirúrgica se explica al paciente los cuidados y tratamiento que debe realizar, se resuelve cualquier duda que plantee y se le cita en los próximos 15 días para revisión; a cada paciente se entrega la siguiente hoja de cuidados:





**DISTRITO SANITARIO BAHÍA DE CÁDIZ - LA JANDA**

**CUIDADOS TRAS LA CIRUGÍA MENOR**

---

Estimado paciente:

- Recordamos que tome algún analgésico para el dolor, al menos durante las primeras 48 horas. Salvo mejor criterio y si no hay alergias o contraindicaciones previas, puede tomar tras la intervención **PARACETAMOL 1gr. cada 8 horas.**
- Si la intervención se finalizó con algún tipo de apósito cubriendo la herida quirúrgica, no lo manipule, ni lo moje hasta que no sea revisado en la primera cura, salvo otra indicación.
- Es muy importante el reposo relativo de la zona intervenida. Evite los movimientos que puedan traccionar de la herida, para evitar complicaciones y favorecer un óptimo resultado estético.
- La retirada de la sutura (en caso de haberla) depende de la zona intervenida y de la evolución de la herida quirúrgica, por lo que en las sucesivas revisiones se le indicará el momento más adecuado para la retirada de la misma.
- Evite la exposición al sol de la cicatriz resultante durante al menos, los seis meses siguientes, bien cubriéndola o protegiéndola con un factor de alta protección (pantalla total, factor 50).
- Deberá pasar por la sala de curas de su enfermero/a de referencia el día en el que se le asigne la cita para revisión de la herida quirúrgica.

Para cualquier otra duda o cuestión que se plantee, puede consultarnos en el siguiente teléfono: 956 81 88 47.

Los profesionales que trabajan en el Programa de Cirugía Menor de este centro ponen el máximo interés en atenderles y satisfacer sus necesidades, pero si cree que hay algo que podría mejorarse, le agradecemos nos lo haga saber.

# 8- BIBLIOGRAFÍA

1. Beneyto Castelló Francisco. Cirugía Menor en AP. C.S. Manises. Revisión Terapéutica. Vol. 23: 57-62; 1 -12; 59-86.
2. Gloria Julia Nazco Casariego. Protocolo de Cirugía Menor en Atención Primaria. 2007. Pág. 9.
3. Antonio R. Romero Márquez. Manual práctico de Cirugía Menor en Atención Primaria. Editorial Club Universitario. Alicante. 2ª edición, 2012.
4. Oferta de servicios de atención primaria 2007. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
5. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Desarrollo de nuevas competencias de enfermería en Cirugía menor. Páginas 10-12.

6.J. Jurado R. Gil. Médico de familia. Centro de Salud Medina-Rural. Medina del Campo (Valladolid). Responsable de Enfermería del Servicio de Cirugía Menor. Centro de Salud de Medicina Rural. Medina del Campo (Valladolid). Revista de Atención Primaria “Siete Días Médicos”. Publicación enero 2012.

7.Enrique Herrera Ceballos, Abelardo Moreno Carazo, Luis Requena Caballero, José Luis Rodríguez Peralto. Dermatología: correlación clínico-patológica. Editorial: Área Científica Menarini. Año 2007. Págs. 239-435.

8.NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid. Elsevier España SA.

9.Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. EL pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Ed. Barcelona: Masson, 2005.

10. BOE -Real Decreto 93/2004- CAPÍTULO I- Disposiciones Generales, Artículo 7.

1 . Lorenzo Pérez García, Maite López Villaescusa y Santiago Pérez Redondo. Revista “Más Dermatología”. Alfa y Omega en...Dermatología quirúrgica. Mayo de 2012; número17: 26-27.



# **TEMA 153. CUIDADOS BASADOS EN EL DOLOR A FINAL DE LA VIDA.**

**CARLOS MANUEL NIEVES RODRIGUEZ.  
JOSE ANTONIO MINGORANCE RUBIÑO**

# ÍNDICE

***INTRODUCCIÓN.***

***OBJETIVOS.***

***MATERIAL Y MÉTODOS.***

***RESULTADOS.***

***DISCUSIÓN.***

***CONCLUSIONES.***

***REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.***

# INTRODUCCIÓN.

- La asociación internacional para el estudio del dolor (IASP) lo define como: “Una desagradable experiencia sensorial y emocional, que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión”
- El dolor depende de multitud de factores y se caracteriza por un umbral individual. Puede verse afectado por diferentes dimensiones. A la suma de todas estas dimensiones le llamaremos Dolor Total.
- Dimensión afectiva (ansiedad, depresión, confusión)
- Dimensión cognitiva (interpretación del dolor, estrategias de afrontamiento).



- Dimensión socio-cultural (apoyo familiar, religión, espiritual, conflictos de renta...)
- Aunque no todos los pacientes con cáncer tienen dolor, éste es uno de los síntomas más referidos por el paciente cuando éste acude a consulta. Se estima que el 60-80% de los enfermos con cáncer avanzado padece un dolor de moderado a severo.
- El presente trabajo trata de una revisión de la literatura sobre seguridad del paciente en la actualidad, centrándose en el ámbito de críticos y especialmente examinando los cuidados e intervenciones de enfermería para una práctica asistencial más segura.

- *El dolor asociado a cáncer es con frecuencia inadecuadamente tratado.*
- El dolor por cáncer se puede aliviar en un 90% de los casos, sin embargo aún hoy cerca del 25% de los pacientes que presentan este síntoma no están adecuadamente controlados. El 81% de los pacientes con dolor refiere dos o más dolores distintos.
- Algunas de las causas que condicionan esta situación son:
  - 1. falta de formación en los profesionales de la salud,
  - 2. falta de servicios de cuidados paliativos,
  - 3. problemas legales y dificultades burocráticas para obtener analgésicos potentes como la morfina.

# OBJETIVOS.

- Analizar la importancia del dolor en los cuidados paliativos en la práctica profesional de enfermería.
- Realizar una reflexión teórica, describiendo su concepto, analizando su impacto en servicios de cirugía y críticos.
- Definir estrategias prioritarias más importantes para la implantación de cuidados de enfermería de calidad.
- Resaltar en el tratamiento del dolor paliativo un plan terapéutico que consiga controlar el dolor dentro de parámetros aceptables por el enfermo.

# MATERIAL Y MÉTODOS.

- La metodología se trata de una revisión bibliográfica, se ha realizado mediante la búsqueda de diversas fuentes documentales, publicaciones y/o artículos relacionados con la enfermería de practica avanzada y los cuidados de enfermería en servicios de cirugia y críticos.
- Se realizó una búsqueda online, en los buscadores Google académico, y en las bases de datos EBSCO, Redalyc, Pubmed, Cochraney la guía práctica avanzada en enfermería .El acotamiento fue de los últimos 10 años.

- Los criterios de inclusión son artículos y/o documentos de revisiones bibliográficas y manuales de práctica clínica avanzada que informen sobre los aspectos necesarios para la recogida en base al objetivo planteado.
- Los criterios de exclusión son no cumplir los criterios de inclusión y disponer de información escasamente desarrollada.

## PALABRAS CLAVE

- Cuidados de enfermería. Intervenciones. Cuidados paliativos. Críticos.dolor.

# RESULTADOS.

- Reglas ABCDE en el manejo del dolor
- A. Averiguar regularmente la situación del dolor y medirlo sistemáticamente, con instrumentos sencillos.
- B. Basarse en la información que el paciente aporta sobre el dolor y lo que lo alivia.
- C. Capacitar a los pacientes y familias para que puedan controlar las situaciones, evaluando.
- D. Distribuir las intervenciones de forma coordinada.
- E. Escoger la opción más adecuada a las necesidades del paciente.

- Valoración del dolor
- La evaluación de la intensidad del dolor se puede realizar mediante una escala validada. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA), escalas numéricas o escalas verbales de clasificación de dolor.

- *Escala Analógica Visual*

- La escala analógica visual (EVA) consiste en una línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones “no dolor” y “máximo dolor imaginable” que corresponden a las puntuaciones de 0 y 10 respectivamente; el paciente marcará aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece.
- La EVA ha demostrado sensibilidad asociada al estado general, en no cáncer, ambulatoriamente o en ingresados, en estrés psicológico, en medidas globales de calidad de vida, etc.



- *Escala numérica verbal*
- La escala numérica verbal consiste en interrogar al paciente acerca de su dolor diciéndole que si 0 es “no dolor” y 10 el “máximo dolor imaginable”, nos dé un número con el que relacione su intensidad.
- En la escala de graduación numérica, el paciente debe optar por un número entre el 0 y el 10 que refleje la intensidad de su dolor; todos los números aparecen encasillados, de manera que lo que deberá hacer es marcar con una “X” la casilla que contiene el número elegido.

- *Escala expresión facial.*
- En la escala de expresión facial, muy usada en la edad pediátrica, se representan una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría, modificándose sucesivamente hacía la tristeza hasta llegar al llanto. A cada una de las caras se les asigna un número del 0 al 5 correspondiendo el 0=no dolor y 5=máximo dolor imaginable.

- *Escalas multidimensionales*
- También se aconseja el uso de escalas multidimensionales. La más conocida, el cuestionario de McGill, consiste en presentar al paciente una serie de términos o palabras agrupadas que describen las dos dimensiones que integran la experiencia dolorosa (sensorial y emocional); pero además incluye una tercera dimensión que es la evaluativa.

# DISCUSIÓN

- Las intervenciones de enfermería en los cuidados paliativos van dirigidas a:
- Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
- Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
- No se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo.
- Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.

- Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
- Mejoran la calidad de vida del paciente.
- Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como la quimioterapia, radioterapia, etc.).
- Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

# CONCLUSIONES.

- Principios generales del uso de analgésicos
- 1. Cuando el enfermo dice que le duele, es que le duele. No estamos para juzgar al enfermo si no para aliviarle. Jamás usaremos un placebo.
- 2. Su uso debe ser simple. Los tres analgésicos de base son paracetamol o AINES, morfina y codeína. Puede ser útil combinar analgésicos periféricos con opiáceos. Nunca mezclaremos dos opiáceos.
- 3. Las dosis deben regularse de forma individual y administrarse a horas fijas aunque no haya dolor.
- 4. Con el uso de opiáceos generalmente son necesarios fármacos adyuvantes, como laxantes y antieméticos.

- 5. No todos los dolores son aliviados con analgésicos, como es el caso de algunos dolores neuropáticos.
- 6. El dolor requiere un control multimodal, es decir, los analgésicos deben ser administrarse en un contexto integral de atención al enfermo, teniendo en cuenta también los aspectos psicológicos. Los fármacos psicótropos no deben usarse por rutina.
- 7. Valoraremos el alivio obtenido y los efectos secundarios.
- 8. La potencia del analgésico la determinará la intensidad del dolor y nunca la supervivencia prevista. No hay ningún motivo para retrasar el comienzo con los analgésicos potentes. La morfina no tiene efecto techo, puede aumentarse la dosis según sea preciso.

- 9. Siempre que sea posible, usaremos la vía oral. Algunos estudios refieren que el 90% de los dolores pueden controlarse con analgesia oral.
- 10. El insomnio debe tratarse de forma enérgica y tener en cuenta que el dolor puede ser más intenso por las noches al asociarse con cierto grado de ansiedad.



# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1. Busquets M. La gestión del cuidado en Enfermería. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Nº 12. Barcelona, 2015.
- 2. Colliere MF. Invisible Care and Invisible Women as Health Care-Providers. International Journal of Nursing Studies, 1986; 23(2): 95-1 2.
- 3. Alberdi Castell RM, Cuxart Ainaud N. Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. Presencia 2015 jul-dic;1(2).
- 4. Zárate R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index de Enfermería. 2014; 13(44-45): 42-46.

- 5. Riopelle L. Evolution des soins infirmiers a travers des ages En Individualisation des soins infirmiers. Quebec: Ed. McGraw-Hill, 1982, pag. 2.
- 6. Hernández Conesa J. Cuestiones de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana de España. Madrid, 1996: 3-1
- 7. Hernández Martín F. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. Madrid: Síntesis, 2016.



# **TEMA 154. CALIDAD ASISTENCIAL. NECESIDAD DE INDICADORES DE CALIDAD.**

**ILLÁN SÚAREZ RODRÍGUEZ  
BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO  
M<sup>o</sup>PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN:
  - 1.1 Una atención sanitaria de alta calidad.
  - 1.2 Indicadores de calidad.
  - 1.3 Características.
  - 1.4 Objetivos.
- METODOLOGÍA:
  - 2.1 Estudio de Indicadores esenciales europeos.
  - 2.2 Búsqueda en base de datos.
  - 2.3 Los criterios de inclusión.
- CONCLUSIONES:
  - 1. Reconocimiento a la Sanidad Pública Española.
  - 2. Carencias a subsanar.
  - 3. Cobertura universal del SNS.
- BIBLIOGRAFIA.

# INTRODUCCIÓN

- 1.1 Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite (OMS).
- 1.2 Indicadores de calidad son las herramientas de medición que permiten detectar anomalías, brindan de forma rápida, fácil y concisa información valiosa acerca de cómo se está desempeñando el sistema sanitario en cuestión y permiten hacer comparaciones en tiempo y espacio que de otra forma serían imposibles de realizar.

3. Un buen indicador deberá cumplir al menos con cuatro características:

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

Confiabilidad: debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.

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

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

4. Objetivos:

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

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

# Metodología

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

2. Se realiza monitoreo en buscadores, como google , en español, como resultado se obtienen aproximadamente 124.000 resultados de los que se estudiaron ampliamente 45 Artículos: Se emplea la base de datos : PubMed y Scielo .

Obteniendo un resultado de 1256 artículos de los que se estudiaron 34 por su similitud con el trabajo realizado.

3. Los criterios de inclusión : Textos Completos, en Idioma Español e Inglés, en un periodo comprendido en los últimos 5 años y con las palabras claves: Indicadores, Calidad, Satisfacción, Sanidad.



# Conclusiones.

1. Analizados los principales Indicadores de funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (2017/2018) se muestra el reconocimiento de la sanidad pública Española en relación a la Sanidad Europea pese a la situación económica adversa sufrida estos años.

2. Aunque esté caracterizada por un alto grado de eficacia , presenta una serie de carencias a subsanar, moderación en el crecimiento del gasto farmacéutico, garantizaciòn de la financiación adecuada del SNS, corregir las desigualdades en salud, fomentar la cooperación entre los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y desarrollar políticas de garantía de calidad en los servicios sanitarios.

3..3 El SNS es un servicio de calidad, que mantiene una cobertura universal, con una red completa de servicios y una dotación de buenos profesionales, que consiguen unos resultados en salud muy buenos, convirtiendo a la sanidad pública española en una de las mejores del mundo.

# BIBLIOGRAFÍA

1. A set of quality and safety indicators for hospitals of the "Agencia Valenciana de Salud. 2014 Jan-Feb;29(1):29-35. doi: 10.1016/j.cali.2013.08.003. Epub 2013 Oct 16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24139149>
2. López O, Canga N, Mujika A, ardavila M, Belintxon M, Serrano I, Pumar M. [Cinco paradojas en la promoción de la salud]. [En línea]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28222976> [Consultado el 10 de septiembre de 2019]..
3. Luft HS & Hunt SS. Evaluating individual hospital quality through outcome statistics. JAMA, 1986; 255:2780. 2012. indicadores del sistema Nacional de Salud. Sociedad Nacional de calidad asistencial.



# **TEMA 155. ADMINISTRACIÓN DEL ÓXIDO NITROSO EN GESTANTES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.**

**ANA PABLOS ÁLVAREZ  
VERÓNICA ARIAS FRA**

# ÍNDICE

- RESUMEN
- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

# 1. RESUMEN

La utilización del óxido nitroso en obstetricia, aprovechando las propiedades analgésicas de este gas, no es una práctica nueva sino con una larga historia. Se ha demostrado su efectividad como analgésico en las distintas fases del parto y que su empleo es seguro, aunque su efecto es variable y menor que la anestesia epidural. Esta técnica consiste en la inhalación de un gas compuesto por oxígeno y óxido nitroso. El alivio del dolor es muy rápido de unos 20-30 segundos. Cada vez se utiliza en más hospitales, con resultados bastante satisfactorios.

## 2. INTRODUCCIÓN

La mayoría de las mujeres se enfrentan al parto con miedo, lo más habitual es el temor al dolor y al sufrimiento, provocado por las experiencias que difunde la sociedad, definiendo el parto como un momento duro y traumático. Cabe destacar que estas desagradables experiencias no se deben a que el parto sea intrínsecamente algo muy difícil o peligroso; en gran medida son el resultado de una mala praxis o atención inadecuada por parte de los profesionales.

Se intentará que **dar a luz sea una experiencia bonita y placentera**, siempre y cuando las condiciones sean las adecuadas y saber esto ayudará a que se puede parir sin miedo.

Existen múltiples formas de aliviar el dolor pero actualmente se dispone de un método novedoso que cada vez se está utilizando más en los hospitales españoles.

La **analgesia por inhalación de óxido nitroso** actúa sobre el cerebro y la médula espinal disminuyendo la sensación de dolor. Se trata de una mezcla de gases al 50% de oxígeno y óxido nitroso, que la mujer inhala en el momento que tiene estímulos dolorosos durante el trabajo de parto.

Diversos estudios demuestran resultados de la eficacia en la administración de óxido nitroso inhalado, como tratamiento que produce una analgesia moderada pero satisfactoria en el parto.

El grado de analgesia es menor que si se usan otro tipo de fármacos, pero su administración de forma adecuada disminuye significativamente el dolor en el 50% de las gestantes.



# ¿Cuándo y cómo utilizar la inhalación de óxido nitroso?

- Normalmente se utiliza durante la primera fase del parto, en la que las contracciones son intensas y dolorosas, o en la fase final donde las contracciones cada vez son más fuertes y seguidas (ej. fase del expulsivo)
- Se ha demostrado que el mejor momento para inhalar el gas es cuando la mujer comienza a sentir que se va a iniciar la contracción, en lugar de hacerlo cuando la contracción ya se ha iniciado. Es fundamental que todo el proceso sea controlado por personal sanitario entrenado en ello (ginecólogo o matrona), que ayude a guiar y tranquilizar a la gestante; así se asegura que se produzca el efecto deseado del alivio del dolor en todo momento

## **VENTAJAS:**

Fácil administración y eficaz

Se utiliza en el momento que se siente dolor

Alivio rápido del dolor (20-30 segundos), con un periodo de latencia corto 2-3 minutos

No modifica la dinámica uterina, ni afecta a la lactancia materna

La mujer está consciente en todo momento, puede colaborar activamente durante el parto sin anular el reflejo de pujo

Puede combinarse con otros métodos analgésicos

Técnica segura para la madre y para el bebé

Aumenta la concentración de oxígeno en el torrente sanguíneo materno, lo cual puede ser beneficioso para el bebé

## **DESVENTAJAS O EFECTOS SECUNDARIOS:**

- ✘ Puede producir somnolencia y/o mareos
- ✘ Sequedad de boca
- ✘ Hormigueo en extremidades  
(hiperventilación)
- ✘ Náuseas
- ✘ Acufenos
- ✘ Sensación de euforia (“gas de la risa”)
- ✘ Alteraciones del nivel de conciencia

## **CONTRAINDICACIONES:**

- Pacientes que precisan ventilación de oxígeno puro
- Hipertensión intracraneal
- Alteración en el estado de consciencia que impida la colaboración
- Neumotórax
- Bulla enfisematosa
- Embolia gaseosa
- Accidente por inmersión
- Distensión gaseosa abdominal
- Traumatismo facial que afecte a la zona de aplicación a la mascarilla

# OBJETIVOS

- Proporcionar información a los profesionales sanitarios
- Conocimientos y adiestramiento de una técnica válida y segura en el empleo del óxido nitroso para el alivio del dolor en el parto, como alternativa a la epidural, en mujeres que así lo demanden y en centros hospitalarios donde se disponga de este gas

## 4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizará en un centro que se disponga de bala de óxido nitroso y personal cualificado en la técnica.

### **Material:**

- Bala del óxido nitroso al 50%
- Mascarilla facial y/o boquilla de inspiración para inhalación bucal de uso desechable
- Filtro de un solo uso
- Kit con válvula a demanda de tipo Robert Shaw
- Monitor para registro EKG, FC, pulsioximetría y TA
- Fuente de oxígeno y ventilación resucitador manual (Ambú®)

## **Desarrollo de la técnica:**

Se propone su uso cuando la gestante tiene contracciones intensas, regulares y dolorosas y a partir de una dilatación del cuello de entre 3-4 cm. El óxido nitroso al estar en concentración del 50% y ser inspirado, posee efecto analgésico con disminución del umbral de la percepción del dolor.

Se requiere la colaboración activa de la mujer, que esté lo más relajada posible y se le informará de que no tiene efecto anestésico, sino que provoca un estado de sedación consciente y relajada.

## **Administración del óxido nitroso:**

- Mostrar a la gestante la técnica de auto administración y el control de sus propias contracciones, fundamental para lograr el éxito del fármaco
- Monitorizar la saturación de oxígeno (vigilar desaturación)
- Para la administración del gas se gira la rueda y se mantendrá abierto el grifo durante todo el tiempo que se requiera
- La inhalación debe comenzar entre 30-50 segundos antes de la contracción si es regular, o en el momento en que se percibe la contracción (si es irregular)
- Las inspiraciones lentas y profundas son las más eficaces



- Durante la segunda parte del parto se aconseja inspirar 2 o 3 veces profundamente antes de cada pujo
- La mujer sostendrá la mascarilla o boquilla, retirándola siempre entre una contracción y otra, procurando respirar con normalidad
- Muy importante vigilar el estado de conciencia y mantener contacto verbal con la gestante
- La administración debe interrumpirse inmediatamente en caso de pérdida de contacto verbal o cualquier alteración del nivel de conciencia

## **SE DEBE TENER EN CUENTA QUE ...**

- La duración de inhalación de la mezcla no debe exceder de 60 minutos seguidos
- La relajación y concentración por parte de la gestante en su respiración es fundamental para el alivio del dolor
- Es fundamental el apoyo por parte del personal sanitario

# 5. CONCLUSIONES

- Se trata de una alternativa eficaz para el manejo del dolor de parto, muy útil durante la fase de dilatación, también en el expulsivo
- Consigue otras sensaciones, proporcionando a la mujer la vivencia de un parto lo más natural posible, haciéndola partícipe de todo el proceso
- Aumentar el bienestar físico y emocional de la mujer durante el trabajo de parto
- El éxito depende mucho de la experiencia y habilidad del manejo del profesional, así como de los tiempos en los que se usa

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Guía clínica de analgesia del parto. Ministerio de Sanidad subsecretaría de Salud Pública. Serie guías clínicas minsal nº54. 2007.
- Analgesia inhalatoria con kalinox en sala de partos. Protocolo de administración. Servicio de anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor. Hospital Clinic.
- Entonox®. Página oficial de información del producto. BOC Healthcare a member of the linde group.
- Nitrous oxide. Health Care Health and Safety Association of Ontario. Ed: HCHSAO, Ontario, Canada 2005.

- Arthurs GJ, Rosen M, Arthurs GJ, Rosen M. Acceptability of continuous nasal nitrous oxide during labour: a field trial in six maternity hospitals. *Anaesthesia* 1981; 36:384-388.
- Ruiz Aragón J, Beltrán Calvo C. Eficacia y seguridad de la utilización del óxido nitroso al 50% como analgesia en el parto. Informe de respuesta rápida. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2010.



# **TEMA 156. ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA DE HIERRO PARENTERAL.**

**PAULA ARIAS BRUZOS  
RAQUEL TRONCO PELAÉZ**

# ÍNDICE

- 1. INDICACIONES**
- 2. CONTRAINDICACIONES**
- 3. REACCIONES ADVERSAS**
- 4. VIA DE ADMINISTRACIÓN**
- 5. BIBLIOGRAFÍA**



# 1.INDICACIONES

El tratamiento del déficit de hierro en pacientes con:

- Intolerancia demostrada a presentaciones de hierro oral
- Necesidad clínica de reposición rápida de los depósitos
- Falta demostrada de cumplimiento farmacológico de la terapia oral de hierro por parte del paciente en su domicilio
- Enfermedad inflamatoria intestinal activa cuando los preparadas por vía oral sean ineficaces o mal tolerados.

Para pacientes en tratamiento ambulatorio que precisen altas dosis de hierro

En pacientes con insuficiencia cardiaca , en este caso se recomienda el uso de hierro carboximaltosa frente al hierro isomaltósido.

El hierro administrado por esta vía produce una elevación de los reticulocitos que posteriormente retornan a sus valores normales

## 2.CONTRAINDICACIONES

Pacientes con hipersensibilidad a alguno de sus componentes  
Especial precaución en pacientes con alergias conocidas a otros medicamentos o con enfermedades inmunológicas o inflamatorias ( antecedentes de asma,eczema, pacientes atópicos...)

Relativas: embarazo o situación pre-gestacional ( teratógeno y embriotóxico) insuficiencia hepática, infección aguda crónica y bacteriemias en curso.

# 3.REACCIONES ADVERSAS

Alteraciones transitorias del gusto, nauseas , mareo, temblor , cefalea.

Reacciones en la piel en el punto de inserción del catéter o cercano a él, incluyendo enrojecimiento, hinchazón, ardor, dolor, hematoma, extravasación...

En raras ocasiones, reacciones de hipersensibilidad , entre las que se encuentran reacciones anafilácticas potencialmente graves.

## 4.VIA DE ADMINISTRACIÓN

El hierro intravenoso es una solución fuertemente alcalina , por lo que no debe administrarse jamás por vía intramuscular o subcutánea, ya que además de dolor e inflamación, puede producir necrosis tisular, abscesos y coloración marrón de la piel.

Para evitar el riesgo de reacción de hipersensibilidad e incluso anafilaxia cuando se utiliza por vía intravenosa, se recomienda administrar la solución de hierro lentamente, en el transcurso de 60 a 90 minutos , mediante perfusión por goteo. De esta manera se reduce el riesgo de hipotensión como el de extravasación venosa.

No está recomendada la “ dosis de prueba” ya que se han notificado reacciones de hipersensibilidad tras la administración de dosis previas sin incidentes.

Desde el punto de vista microbiológico, el producto debe utilizarse inmediatamente, no superando en ningún caso las tres horas, a temperatura ambiente, desde su preparación hasta su administración.

Previo a la administración de hierro intravenoso deberemos tomar las constantes vitales habituales al paciente

Comprobar la permeabilidad de la vía venosa

Se informará al paciente del procedimiento y de las reacciones adversas que se asocian con la infusión del tratamiento.

Igualmente se recordará la necesidad de avisar al personal de enfermería ante la aparición de cualquier síntoma

Tras la administración se deberá salinizar la vía venosa.

# 5.BIBLIOGRAFÍA

- Mearin F, Balboa A, Castells A, Dominguez JE, Esteve M, García JA, Pérez J, Gomollón F, Panés J, Ponce J. Anemia ferropénica y uso de hierro endovenoso en patología digestiva. Gastroenterol Hepatol 2010; 33:605–613.
- Dosal A, Calvet X, Moreno L, López M, Figuerola A, Ruiz MA et al. Uso del hierro intravenoso en un hospital de día de aparato digestivo: indicaciones, dosificación y efectos adversos. Gastroenterol Hepatol. 2010;33(7):479–483.
- Ficha técnica de los medicamentos según la Agencia Española del medicamento y productos sanitarios (AEMPS)
- Resoluciones de la comisión del uso racional de los medicamentos y productos sanitarios ( CURMP) sobre los medicamentos incluidos en la guía farmacoterapéutica del servicio de salud del Principado de Asturias



# **TEMA 157. AISLAMIENTO HOSPITALARIO.**

**JOSE DÍAZ FERNANDEZ**



# ÍNDICE

**1. INTRODUCCION**

**2. TIPOS DE AISLAMIENTO**

**A. ESTANDAR**

**B. BASADAS EN LA TRANSMISION**

**3. PRECAUCIONES A TOMAR**

**A. PRECAUCIONES ESTANDAR**

**B. PRECAUCIONES ESPECIFICAS DE  
AISLAMIENTO**

# 1. INTRODUCCION

Llamamos aislamientos hospitalarios al conjunto de procedimientos, o normas de actuación, diseñados para evitar la propagación de las enfermedades infecciosas durante el período en que éstas puedan ser transmitidas. Las precauciones de aislamiento hospitalario, buscan:

- Cortar la cadena de transmisión del agente infeccioso
- Disminuir la incidencia de infección nosocomial
- Prevenir y/o controlar brotes
- Racionalizar el uso de recursos

## **2. TIPOS DE AISLAMIENTO**

### **A. ESTANDAR:**

Son los más importantes puesto en ellos las precauciones diseñadas son para el cuidado de todos los pacientes ingresado, sea cual sea su diagnostico o estado de infección.

### **B. BASADAS EN LA TRANSMISIÓN:**

En este caso las precauciones están diseñadas para el cuidado de pacientes específicos. Estos cuidados irían dirigidos a pacientes en los que se conoce o se sospecha la existencia de colonización o infección con patógenos epidemiológicamente importantes.

Como parte de las órdenes de tratamiento, es responsabilidad del médico indicar el aislamiento como medida de precaución y además comunicarlo verbalmente a la supervisora, así como notificarlo al Servicio de Preventiva de referencia en los casos de EDOS (Enfermedades de Declaración Obligatoria).

Los aislamientos basados en la transmisión han agrupado en cuatro Tipos:

□ Aislamiento por transmisión aérea: sucede cuando las partículas que contienen agentes infecciosas entran en contacto con un huésped susceptible sin ser necesario el contacto con el individuo infectado.

- Aislamiento por transmisión por gotas: La transmisión sucede cuando las gotas, producidas por la persona infectada,

se posan en las mucosas o piel no integra de un huésped susceptible. Esto sucede habitualmente por tos, estornudos, al hablar o en determinados procedimientos como la intubación endotraqueal, la aspiración de secreciones, las maniobras de RCP, etc

□ Aislamiento por transmisión por contacto: Es la forma más común de transmisión de microorganismos

□ Aislamiento de protección. Aislamiento inverso: es aquél que adopta medidas que impiden o minimizan el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa en pacientes inmunodeprimidos o susceptibles de ella

### 3. PRECAUCIONES A TOMAR

- Habitación individual : obligatoria en las enfermedades por aislamiento inverso y por transmisión aérea que además, en este caso, dicha habitación debería disponer de un sistema de presión negativo. En las de transmisión por contacto o por gotas también es recomendable pero en los casos que no se dispusiera de habitación individual, la distancia de un paciente y otro debe ser al menos de un metro.
- Señalización adecuada con carteles en la habitación, constancia en la historia clínica y conocimiento por todo el personal hospitalario.
- Tanto el paciente como la familia y visitantes deberán estar instruidos acerca de los objetivos de las precauciones que aplicamos en el paciente.
- Se limitarán al máximo las visitas, nunca deberá haber más de un familiar en cada turno.

- Si el enfermo tiene que desplazarse a otra área del hospital, se le colocará una mascarilla quirúrgica y se informará de las precauciones a tomar al personal que va a entrar en contacto con el paciente, según las especificaciones para cada tipo de aislamiento.

## **A. PRECAUCIONES ESTÁNDAR**

- **Lavado de manos:** Antes y después de quitarse los guantes. Usar jabón normal para lavado rutinario. El uso de jabón antiséptico para circunstancias específicas
- **Uso de guantes:** se deben utilizar guantes, no estériles, cuando se toca sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones y material contaminado o se va a tocar una mucosa o piel no intacta. Cambiarse los guantes, entre procedimientos con el mismo paciente después de contactar con material que pudiera contener alta concentración de microorganismos.

- **Uso de mascarilla, protectores oculares, caretas:** cuando se vaya a realizar cualquier procedimiento al paciente que pueda generar salpicaduras de sangre, secreciones y excreciones para proteger membranas de mucosas de ojos, nariz o boca
- **Llevar bata** para proteger la piel y prevenir el manchado de la ropa. Después de quitarse la bata lavarse las manos.
- **Equipo al cuidado del paciente:** manejar el equipo usado que se encuentra manchado con sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones con cuidado para evitar exposiciones en piel y membranas mucosas, así como la ropa que pueda contaminar a otros pacientes en el entorno.
- **Salud Laboral:** tener sumo cuidado con objetos cortantes y punzantes. Nunca encapuchar agujas usadas, no quitar las agujas usadas de la jeringa con la mano. Desechar todo el material cortante y punzante en contenedores apropiados que deben situarse cerca del área donde se usen estos instrumentos.



- **Control del medio:** el hospital debe tener los procedimientos adecuados de limpieza y desinfección de superficies ambientales.
- **Lencería:** manejar, transportar y procesar la ropa de cama contaminada evitando el contacto con la piel.  
**Ubicación pacientes incontrolables en habitación individual.**

## **B. PRECAUCIONES ESPECÍFICAS DE AISLAMIENTO**

- **Por transmisión aérea:**
- Cuarto aislado con presión negativa de aire y puerta cerrada, de no haber sistema de presión negativa de aire las ventanas abiertas siempre que se pueda.

- Uso de tapabocas de alta eficiencia, respirador de partículas. Desecharlo al salir de la habitación.
- El transporte del paciente deberá ser limitado y en caso necesario colocarle mascarilla quirúrgica.
- El uso de bata será sólo si hay riesgo de salpicadura.
- Estricto lavado de manos al estar en contacto con el paciente o sus fluidos.
- El personal no inmune frente al Sarampión o Varicela no debe entrar en la habitación de pacientes con estas patologías. En caso de tener que hacerlo deberán ponerse un respirador de alta eficiencia.

- **Por transmisión por gotas:**

- Cuarto aislado aunque si hay varios pacientes con un mismo germen , estos, pueden compartir la misma habitación.
- Lavado de manos antes y después de tocar al paciente.

- Si no se pudiese ubicar al paciente con el germen en una habitación individual se deberá de mantener a distancia no menor de un metro de los otros pacientes
- Se deberá de hacer uso de mascarilla quirúrgica para estar a menos de un metro del paciente o para realizar cualquier procedimiento y desecharla al salir de la habitación.
- El transporte del paciente debe ser limitado, pero si es necesario, colocarle tapabocas y explicar al paciente la razón de dicha medida.
- El uso de guantes y bata se usan si hay riesgo de salpicadura.
  - **Por transmisión por contacto:**
- Se recomienda el uso de guantes, mascarilla quirúrgica y bata cuando se va a tener contacto directo con el paciente. Y se ha de desechar la mascarilla y los guantes antes de salir de la habitación y quitarse la bata antes de dejar la habitación.

- El lavado de manos es absolutamente necesario antes y después de tocar el paciente.
- El transporte del paciente debe ser limitado. Y se le deberá poner mascarilla quirúrgica.
- Todo el equipo de cuidado del paciente, y dentro de cuando sea posible, se dedicará a est paciente único. Si esto no es posible, se deberá limpiar y desinfectar o esterilizar adecuadamente antes de utilizarlo con otro paciente.

- **Por transmisión inverso:**

- Lavado de manos.
- Habitación individual.
- Colocación de bata, gorro, mascarilla quirúrgica y calzas antes de entrar en la habitación, para toda persona que entre en contacto con el enfermo. La mascarilla, calzas y gorro se desecharán antes de salir de la habitación y la bata se dejará dentro de la habitación.

- El transporte del paciente debe ser limitado, pero si es necesario, colocarle tapabocas y explicar al paciente la razón de dicha medida.
- Limpiar el fonendoscopio antes y después de su utilización, e intentar individualizar un manguito de tensión.

# BIBLIOGRAFÍA

- **Página WEB :**

<file:///C:/Users/Becario/Desktop/Yoa/semana%20cientifica/Libro/Ejemplo%20tema%20Auxiliar%20enfermer%C3%ADa.pdf>

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/18029/TFG-H463.pdf;jsessionid=08C5F5DD6C8FFC9418396DAD34547604?sequence=1>

<https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infecciosa>

<https://laenfermeriareal.com/tipos-de-aislamiento-hospitalario/>

[https://www.who.int/csr/resources/publications/ES\\_WHO\\_CDS\\_CSR\\_EPH\\_2002\\_12.pdf](https://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf)



# **TEMA 158. CUIDADOS ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA.**

**BEGOÑA GARCIA VELARDE  
MARGARITA SERRANO SUÁREZ  
SONIA MARIA PLAZA GARCÍA**



# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- ANTES DE UNA CIRUGÍA
- DURANTE
- DESPUÉS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

# INTRODUCCIÓN

Conocer el procedimiento para preparar a un paciente que va a ser intervenido en un quirófano; este es llamado “paciente quirúrgico” y es la persona desde el momento que está en espera de una cirugía hasta que salga totalmente de la misma.

# OBJETIVOS

Determinar los distintos cuidados que se llevan a cabo para realizar una cirugía preparando al paciente quirúrgico física y psicológicamente.

# ANTES DE UNA CIRUGÍA

Esta fase se llama PREOPERATORIO y tiene 2 fases.

Preoperatorio mediato: es el tiempo que transcurre desde que el médico anestesista determina que el paciente no tiene ninguna patología que pueda complicar la intervención hasta días previos a ella. Aquí hay una preparación física, social y espiritual ,se realizan pruebas diagnósticas para descartar patologías de base(Rx,analítica,ECG...) y explicar en que consiste la intervención.

Preoperatorio inmediato: días y horas antes.Conlleva una serie de pautas como higiene, preparar la zona donde se va a intervenir(rasurar),control de constantes ,retirar dentaduras postizas, joyas y esmalte de las uñas. Comenzar el ayuno a partir de las 12 de la noche DIETAABSOLUTA

# DURANTE

Éste es el periodo de la intervención que va desde que el paciente entra en la sala de quirófano hasta que sale de ella .Aquí comienza la responsabilidad del cirujano y del médico anestesista. Se traslada al paciente a la mesa de quirófano, se monitoriza para vigilar las constantes y el anestesista hace su trabajo colocando la dosis de anestesia necesaria para la intervención .A continuación actúa el cirujano .

# DESPUÉS

- Se llama POSTOPERATORIO y tiene 2 fases
- Inmediato que son las primeras 24 horas. Es la salida inmediata de la intervención y transcurre en la sala de reanimación. Se revisa el estado de consciencia, respiración, signos vitales (c/15 min.) y control de los drenajes que se hayan puesto durante la intervención (penrouse. redón...). Cuando despierta y pasan los efectos de la anestesia se llama al celador y pasa a planta. Pasadas unas horas podría empezar a tolerar.
- Mediato: pasadas las primeras 24 horas. Comienza a levantarse al sillón con permiso médico (rep. relativo).
- Dieta suave y cura diaria de la herida quirùrgica. Control del dolor.

# CONCLUSIÓN

- Durante un proceso quirúrgico el paciente sufre estrés y ansiedad, surgen miedos y dudas. Para que todo ello tenga una mínima repercusión negativa en el paciente ,el equipo de personal sanitario trabaja dando apoyo ,valorando sus necesidades y ejecutando los cuidados que este necesite. Así la situación se normaliza y el paciente adquiere confianza y seguridad en sí mismo.

# BIBLIOGRAFÍA

- Google Slideshare(CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE QUIRÚRGICO), Marvin Salazar ,Diego Abarca, Daniela Alfaro, Erly Medina) Universidad Santa Paula.
- Bases de Datos PubMed, Medline)
- Libros de temática Sanitaria.





**TEMA 159. POR UN BUEN CLIMA  
LABORAL EN EL CENTRO  
SANITARIO.**

**BENJAMIN CASTAÑO COTA  
JOSE MANUEL GARCIA PEREZ**

# ÍNDICE

- 1. Introducción**
- 2. Objetivos**
- 3. Método**
- 4. Resultados**
- 5. Conclusiones**
- 6. Bibliografía**

# 1. INTRODUCCIÓN

Nos pasamos mucho tiempo de nuestra vida trabajando, por lo que un espacio correcto puede aumentar en gran medida nuestra tranquilidad y productividad. El entorno laboral es uno de los factores más relevantes en el desarrollo de un trabajo de calidad. Por ello, es preciso prestar atención a todos los elementos que contribuyen y pueden perjudicar su bienestar.

Para crear un buen clima de trabajo la conciliación personal y la laboral, así como la flexibilidad y la adaptación a las circunstancias de cada trabajador son aspectos que hay que tener muy en cuenta.

Un aumento de la satisfacción en el ambiente laboral de los trabajadores se refleja en un aumento de la productividad laboral, que ayudará a conseguir los objetivos que se han propuesto.

Una de las claves del éxito en cualquier empresa (en este caso en particular hablamos de centros sanitarios) es el buen clima de trabajo. Sería interesante conseguir hacer algún tipo de evento o trabajo donde tuviesen que participar todos los integrantes con el fin de crear lazos de unión entre todos los trabajadores que se traducirían en mayor productividad

Para gestionar su trabajo de manera efectiva, las personas deben poseer un conjunto de competencias adicionales a las que se requieren en el ámbito técnico. El individuo y el equipo deberán fortalecer habilidades tales como la iniciativa, la automotivación, la generación de relaciones empáticas o la capacidad para autoadministrar su trabajo.

De acuerdo con Goleman, para lograr un desempeño estelar en todos los trabajos, en todas las especialidades, la aptitud emocional es dos veces más importante que las facultades puramente cognitivas

## 2. OBJETIVOS

Dar respuestas a las siguientes preguntas :

- ¿ Hay alguna vía para mejorar mi calidad de vida en mi centro de trabajo?
- ¿ De qué manera puedo mejorar en mi trabajo y relaciones con los compañeros?
- ¿ Es posible implementar actuaciones para minimizar los riesgos laborales y mejorar mi salud ?

# 3. MÉTODO

Para conseguir un ambiente sano en nuestro centro laboral debemos seguir unas simples pautas :

- Crear un espacio agradable que cuente con elementos que mejoren nuestra salud ( abrir ventanas para una correcta ventilación, una iluminación correcta para evitar la fatiga visual...)
- Tener un orden es fundamental para ser más eficientes, hay que evitar que se acumulen papeles innecesarios y archivar aquellos documentos que se vayan a necesitar en un futuro



- Manejar apropiadamente las crisis, cuando las cosas se ponen difíciles, mantener la calma y el entusiasmo es vital para el clima laboral
- Promover el movimiento evitando en la medida de lo posible el sedentarismo, de esta forma nos beneficiamos en cuerpo y mente
- Es importante ser tolerante, tener una relación profesional y de respeto con los compañeros de trabajo.

## 4. RESULTADOS

- Todos estos aspectos enumerados anteriormente adquieren especial relevancia en el momento en que la persona se implica en alcanzar su felicidad laboral
- Existen multitud de circunstancias que nos llevan al estrés como consecuencia de un trabajo mal ejecutado o una rutina poco equilibrada. Con unas sencillas modificaciones y un poco de organización podemos convertir nuestro centro laboral en un espacio más saludable

- Todos los trabajadores atribuyen cada vez más importancia a un ambiente de trabajo positivo y agradable
- La comunicación entre compañeros de trabajo y cargos superiores proporciona confianza para poder resolver problemas de manera eficaz y colaborativa
- El hecho de compartir aspectos de trabajo con otros compañeros hace que se puedan resolver problemas desde una óptica distinta que tal vez no nos hayamos dado cuenta de ella

## 5. CONCLUSIONES

Un trabajador feliz es un trabajador más productivo, un buen clima laboral en la empresa tiene más peso del que se puede creer y repercute en muchos ámbitos de nuestros quehaceres diarios.

Resulta importante entender y trabajar en el diseño de un espacio de trabajo eficiente, está comprobado que las condiciones físicas de las oficinas influyen en la productividad de los empleados. pues se trata del lugar donde convergen tanto pacientes como empleados y que sin duda supone un segundo hogar para muchos.

El trabajo en equipo y el conocimiento compartido es un elemento que favorece la generación de unión entre los trabajadores.

Según Hackman y Oldham , la organización debe procurar que sus trabajadores encuentren en las funciones desempeñadas tres elementos importantes: deben encontrar sentido a lo que hacen, deben sentirse responsables por su desempeño y deben ser constantemente retroalimentados, de manera que tomen conciencia del efecto de su actividad

## 6. BIBLIOGRAFIA

- Soler, Laura . ¿Por qué un buen ambiente laboral lleva al éxito empresarial? 2017 . Disponible en : <http://empresas.infoempleo.com/hrtrends/buen-ambiente-laboral-exito-empresarial>
- Goleman, David. Inteligencia emocional en la empresa. Editorial Conecta. 2018
- Del Castillo, Elsa, Yamada, Gustavo. Responsabilidad social y buen clima laboral: una fórmula ganadora. 2008



**TEMA 160. CAMBIOS  
POSTURALES EN  
PACIENTES EN CAMADOS.**

**VILMA DIAZ PEREZ**

**NOELIA GONZALEZ PIÑERA**

**ELISABET HEVIA CAMIN**

**MARIA PILAR HOLGUIN PEREZ**



# ÍNDICE

- 1.EN QUE CONSISTE
- 2.TIPOS DE PACIENTES
- 3.POSICIONES MAS USADAS
- 4.MATERIALES MAS USADOS
- 5..QUIEN LOS REALIZA
- 6.BIBLIOGRAFIA

**CAMBIOS POSTURALES:** Consiste en ayudar al paciente al cambio de posición para evitar los puntos de apoyos que pueden ocasionar: Eritema, Heridas y Ulceras por presión.

Cuando el paciente es valorado por enfermería ya quedan pautados los cambios posturales si los precisa.

**TIPOS DE PACIENTES.** Pacientes no colaboradores en los que se encuentran todos aquellos que por su estados clínicos son totalmente dependientes del personal sanitario, son pacientes pasivos y asistidos.

### **CAMBIOS POSTURALES:**

- a) **DECUBITO SUPINO:** Se colocara la cama en posición horizontal y el paciente en el centro de la cama reduciremos la presión en los principales puntos de apoyo que son: cabeza, cuello, muñecas, talones y sacro.
- b) **DECUBITO LATERAL:** Puede ser derecho e izquierdo el paciente estará colocado en plano paralelo al suelo con el cuello en posición relajada con el tronco, evitaremos la presión en los puntos de apoyo que son: Orejas, hombros, costillas, trocantes y tobillos.
- c) **DECUBITO PRONO:** En esta posición el paciente se encuentra acostado sobre el abdomen con la cara en posición lateral por los que los puntos de apoyo son: mejilla, orejas, senos(mujer), genitales(hombre) rodillas y dedos de los pies

## **Existen otras posiciones:**

- I. Fowler o semi Fowler que le facilita al paciente comer, leer y para pacientes con problemas respiratorios.
- II. Trendelenburg: usada en lipotimias, síncope y cirugías del suelo pélvico.
- III. Antitrendelenburg. Para evitar reflujo gástrico y problemas respiratorios entre otras.
- IV. Litotomía o ginecológica: para partos y exámenes ginecológicos.
- V. Genupectoral: exploraciones y cirugías del recto, colon y curas de fisuras rectales.

## **LOS MATERIALES MAS USADOS**

Almohadas, diferentes tipos de colchones de aires, cojines, taloneras, sábanas, siempre dependerá de cada unidad hospitalaria.

También tendremos en cuenta en el momento del cambio postural vigilar el estado de la piel y su hidratación. Cualquier cambio se comunicara a enfermería.

Los cambios posturales son realizados por celadores, auxiliares y enfermeras

# BIBLIOGRAFÍA

- Libros: Técnicas básicas de enfermería (MACMILLAN)
- Protocolos de actuación Hospital Universitario Cabueñes



**TEMA 161. CÁNCER DE RECTO:  
DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN  
TNM MEDIANTE RESONANCIA  
MAGNÉTICA.**

**LAURA DÍAZ RUBIA**

**FRANCISCO JAVIER GARCÍA VERDEJO**



# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- PROTOCOLO DE SECUENCIAS EN RM.
- ESTADIFICACIÓN TNM,
- CLASIFICACIÓN DE RIESGO Y TRATAMIENTO.

# INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es uno de los más frecuentes, afectando principalmente a los países desarrollados, siendo factores de riesgo para su desarrollo, la edad mayor a 50 años, el tabaco, la obesidad, antecedentes de EII y de poliposis familiar y los antecedentes familiares.

El cáncer de recto se divide según la altura a la que se encuentre el tumor:

- Cáncer rectal alto: si el borde distal del tumor está a 10-15 cm del ángulo ano-rectal.
- Cáncer rectal medio: si el borde distal del tumor está a 5-10 cm del ángulo ano-rectal.
- Cáncer rectal bajo: si el borde distal del tumor está a 0-5 cm del ángulo ano-rectal.

# PROTOCOLO DE SECUENCIAS EN RM

Se realiza un estudio sin contraste intravenoso con secuencias turbo-spin-eco potenciadas en T2 en los distintos planos del espacio (axial, coronal y sagital), con grosor de corte inferior a 3 mm.

También se realizan secuencias potenciadas en difusión con valores b de 0, 600 y 1000.

# ESTADIFICACIÓN TNM

## T:

- T1: tumor confinado a la pared del colon que invade submucosa.
- T2: tumor confinado a la pared del colon que invade la muscular propia.
- T3: tumor que infiltra la grasa mesorrectal:
  - T3a: menos de 1 mm de extensión de la muscular propia.
  - T3b: de 1-5 mm de extensión de la muscular propia.
  - T3c: de 5-15 mm de extensión de la muscular propia.
  - T3d: más de 15 mm de la muscular propia.
  - T3 MRF+: tumor a menos de 1 mm de la fascia mesorrectal,
  - T3 MRF -: tumor a más de 1 mm de la fascia mesorrectal.

# ESTADIFICACIÓN TNM

- T4: tumor que infiltra más allá de la MRF.
- T4a: infiltra el peritoneo visceral.
- T4b: infiltra órganos vecinos.
  
- N:**
- N0: sin ganglios sospechosos.
- N1: 1-3 ganglios sospechosos (N1a 1 ganglio, N1b 2-3 ganglios, N1c conglomerados en subserosa, mesenterio, tejidos pericólicos).
- N2: 4 o más ganglios sospechosos (N2a de 4-6 ganglios, N2b 7 ganglios o más).
- Se consideran sospechosos aquellos ganglios que sean redondos, espiculados o heterogéneos y de tamaño superior o igual a 5 mm de diámetro de su eje corto (se combinan tanto el tamaño como la forma).

# CLASIFICACIÓN DE RIESGO Y TRATAMIENTO

**-TUMORES DE BAJO RIESGO:** T1N0, T2N0, T3 con menos de 5 mm de invasión MRF- y N0: SE TRATARÁN CON CIRUGÍA.

**- TUMORES DE RIESGO INTERMEDIO:** T1N1, T2N1, T3 con más de 5 mm de invasión y MRF-: SE TRATAN CON RT + CIRUGÍA.

**- TUMORES DE RIESGO ALTO:** T1N2, T2N2, T3MRF+, T4, TX y ganglios extramesorrectales: SE TRATAN CON RT+QT Y REEVALUACIÓN.

# CONCLUSIONES

La resonancia magnética es la prueba actual de elección para el estadiaje del cáncer de recto. Como ventajas de esta exploración destacar que es inocua, no invasiva, rápida y cómoda para el paciente.

También es de gran utilidad para la reevaluación de tumores de alto riesgo que se han tratado con tratamiento médico y se va a valorar la posibilidad de cirugía posterior.

# BIBLIOGRAFÍA

- Horvat N, Carlos Tavares Rocha C, Clemente Oliveira B, Petkovska I, Gollub MJ. MRI of Rectal Cancer: Tumor Staging, Imaging Techniques, and Management. *Radiographics*. 2019 Mar-Apr;39(2):367-387.
- Kaur H, Choi H, You YN, Rauch GM, Jensen CT, Hou P, et al. MR imaging for preoperative evaluation of primary rectal cancer: practical considerations. *Radiographics*. 2012 Mar-Apr;32(2):389-409.
- Kim DJ, Kim JH, Lim JS, Yu JS, Chung JJ, Kim MJ, et al. Restaging of Rectal Cancer with MR Imaging after Concurrent Chemotherapy and Radiation Therapy. *Radiographics*. 2010 Mar;30(2):503-16.





**TEMA 162. RADIOTERAPIA EN EL  
ESTUDIO DEL FIBROCARTELÁGO  
TRIANGULAR MEDIANTE  
RESONANCIA MAGNÉTICA.**

**CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ**

# ÍNDICE

- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

# OBJETIVOS

La RM permite localizar lesiones del Fibrocartílago Triangular de forma minuciosa en un gran porcentaje de los casos estudiados y además permite ver con mayor claridad otras patologías asociadas al carpo. Analizar la estructura anatómica del FCT con el fin de determinar patología existente en pacientes seleccionados con dolor a nivel de la articulación radio-cubital distal para corroborar el diagnóstico mediante su informe. Muestra la estructura anatómica del FCT, situada en el borde cubital del carpo compuesta de un disco articular, ligamentos radio-cubital dorsal y palmar y un menisco, el ligamento colateral cubital, y la vaina del cubital posterior.

# METODOLOGÍA

El trabajo se ha realizado en equipo de RM Philips 3 Tesla Ingenia con bobinas dedicadas de alta resolución en 15 pacientes con sospecha del FCT. Hemos utilizado protocolos con secuencias rápidas en los tres planos del espacio basados en las referencias de diversos autores. Los cortes axiales incluyen la articulación radio-cubital distal y la base de los metacarpianos. Los cortes coronales planificados en el plano de la fila del carpo, siguen una línea que une el centro de escafoides, semilunar y piramidal. Cortes finos de 1-3 mm con un campo de visión pequeño (4-6cm) para estudiar específicamente el fibrocartílago triangular y ligamentos intrínsecos. Protocolo: secuencias de excitación selectiva del 3D aguaT1 que proporcionan información anatómica y en caso de aplicación de contraste endovenoso o intra-articular.

# RESULTADOS

De pacientes estudiados, 10 pacientes mostraron cambios en la morfología del FCT tras caída sobre el carpo en hiperextensión (rotura, pérdida de la homogeneidad de la señal e incremento de líquido en la articulación). Los 5 restantes, las lesiones del FCT estaban asociadas a fractura del extremo distal del radio.

# CONCLUSIONES

La RM provee un excelente detalle para la imagen de la muñeca. Debido al tamaño de estas estructuras es importante obtener estudios de alta resolución. Indicada por su sensibilidad y especificidad para roturas del fibrocartílago triangular en toda su extensión.

# BIBLIOGRAFÍA

-Zlatkin MB, Rosner J. MR imaging of ligaments and triangular fibrocartilage complex of the wrist. Magn Reson Imaging Clin N Am 2004; 12(2):301-331.

-Ko, JH & Wiedrich TA. Triangular Fibrocartilage Complex Injuries in the Elite Athlete. Hand Clin. 2012;28: 307–21.

-Cody ME, Nakamura DT, Small KM, Yoshioka H. MR imaging of the triangular fibrocartilage complex. Magn Reson Imaging Clin N Am. 2015;23:393–403. doi: 10.1016/j.mric.2015.04.001.

-Pedrosa, César. Rotura del TFC. Muñeca y mano. Musculoesquelético, vol 4. Diagnóstico por Imágenes. Ed. Marban 2008; 79:505-508.





# **TEMA 163. RADIOTERAPIA EN LA POLIQUISTOSIS HEPÁTICA EN EL ADULTO.**

**CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ**

# ÍNDICE

- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

# OBJETIVOS

La Poliquistosis hepática del adulto (PHA), es un trastorno congénito, dominador de las vías biliares intrahepáticas que se determina por el incremento progresivo de múltiples quistes, variables en número y tamaño, diseminados por ambos lóbulos del hígado, que no conectan con las vías biliares, de capacidad humoral, paredes delgadas, tapizados por epitelio cilíndrico. También es una enfermedad rara caracterizada por el engrosamiento crónico del hígado y es mucho más habitual en las mujeres.

# METODOLOGÍA

El tratamiento es controvertido. La enfermedad es una indicación poco frecuente de trasplante de hígado.

Tema clínico: Paciente de 53 años, es remitido a radiología para realizar un TC Abdominal con contraste oral e IV.

# RESULTADOS

El hígado aumentado de tamaño con múltiples formaciones quísticas que reemplazan gran parte del parénquima hepático, sobre todo en segmentos II, V y VI. El de mayor tamaño es el segmento VI de 10 cm. Glándula suprarrenal derecha visualizada con dificultad por la compresión hepática, aparentemente normal. Quistes corticales bilaterales, el mayor en polo superior de riñón izquierdo de 2 cm. Riñón derecho comprimido por LHD.

# CONCLUSIONES

Poliquistosis Hepática. Quistes corticales renales bilaterales. Todo quiste pancreático debe ser estudiado por el riesgo potencial de malignizar. Las pruebas radiológicas por si solas no son certeras en el diagnóstico diferencial de los quistes. Pero los marcadores tumorales pueden ayudar, pero no diagnosticar. Y las pruebas diagnósticas como la punción endoscópica no están exentas de riesgo.

# **BIBLIOGRAFÍA**

Revista Española de Enfermedades Digestivas.

Estudio clínico, realizado en mi centro de trabajo.





**TEMA 164. RADIOTERAPIA:  
IRRADIACIÓN EXTERNA COMO  
TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL  
CARCINOMA DUCTAL IN SITU DE  
MAMA.**

**CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ**

# ÍNDICE

- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

# OBJETIVOS

El Carcinoma ductal in situ (CDIS), es una entidad clínica heterogénea poco frecuente, que representa aproximadamente un 1% de todos los cánceres, se caracteriza por ser una proliferación epitelial intraductal que no atraviesa la membrana basal, y tiene como base del tratamiento la cirugía, la radioterapia acompañada o no de hormonoterapia. Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia en el tratamiento del CDIS con radioterapia externa sobre mama, mediante estudio descriptivo, analizando supervivencia en pacientes tratados al menos hace 5 años.

# METODOLOGÍA

10 pacientes fueron tratados con radioterapia complementaria normofraccionada o hipofraccionada tras cirugía conservadora entre febrero de 2006 y febrero de 2013, Edad media 48.2 años (37-64). Estado del Borde 3 pacientes (30%) presentaron borde inferior a 3 mm y 7 mayor de 10 mm. En cuanto al tamaño 5 pacientes presentaron tamaño < de 15 mm y 5 pacientes tamaño entre 16 y 40 mm. En cuanto al grado 4 pacientes (40%) grado 1, 3 pacientes (30%) grado 2, y 3 pacientes (30%) grado 3. Biopsia del ganglio centinela negativa en todas. Estado de los receptores hormonales 4 pacientes (40%) tuvieron receptores positivos (recibieron hormonoterapia) y 6 pacientes (60%) negativos. Todas tuvieron Índice de Van Nuys entre 7 y 9.

# RESULTADOS

8 pacientes permanecen libres de enfermedad. 1 paciente presentó recaída local a los 36 meses y otra desarrollo carcinoma ductal infiltrante a los 96 meses post tratamiento. Todas permanecen vivas. El intervalo libre de enfermedad es de 95.8 meses (36-144 meses) y la media de supervivencia es 106.66 meses (61-144 meses).

# CONCLUSIONES

La radioterapia adyuvante tras cirugía conservadora del CDIS de mama es un tratamiento eficaz, nuestros resultados son favorables, si bien nuestra serie es muy corta, y consideramos que nos hace falta mayor número de pacientes y más tiempo ser para comparables a otras series publicadas.

# BIBLIOGRAFÍA

Kuerer, H. M., Smith, B. D., y Chavez-MacGregor, M. (2017). DCIS Margins and Breast Conservation: MD Anderson Cancer Center Multidisciplinary Practice Guidelines and Outcomes. *J Cancer*, 22(8), 2653-2622.

Corradini, S., Pazos, M., y Schönecker, S. (2018). Role of postoperative radiotherapy in reducing ipsilateral recurrence in DCIS: an observational study of 1048 cases. *Radiat Oncol*, 13(1), 25





**TEMA 165. EL TRATO AL PACIENTE,  
LAS SALAS Y LA SEÑALIZACIÓN EN  
EL SERVICIO DE  
RADIODIAGNÓSTICO.**

**MERCEDES ERICE ÁLVAREZ**

**NOELIA DE CON SANTOS**

**SUSANA GARCIA LUCES**

**LEONOR M<sup>a</sup> ARMENTEROS DEL OLMO**

# ÍNDICE

**1.COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.**

**1.PACIENTES QUE NO HABLAN ESPAÑOL.**

**2.PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES.**

**3.PACIENTES CON ESTADOS DE CONSCIENCIA ALTERADOS.**

**4.COMUNICACIÓN CON NIÑOS/AS PEQUEÑOS/AS.**

**5.PACIENTES ONCOLÓGICOS Y ANCIANOS.**

# ÍNDICE

**2.SALAS QUE NOS PODEMOS ENCONTRAR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO E IMPORTANCIA DE LA SEÑALIZACIÓN.**

**1.SALA DE URGENCIAS.**

**2.2.SALA DE RX CONVENCIONAL.**

**2.3. SALA DE DENSITOMETRÍA.**

**2.4.SALA DE UROLOGÍA.**

**5.SALA DE TAC.**

**6.SALA DE RESONANCIA MAGNÉTICA.**

**2.7.SEÑALIZACIÓN.**

**3.BIBLIOGRAFÍA**

# 1.LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

Dentro del servicio de radiodiagnóstico es importante tener en cuenta que la figura más importante es el paciente.

Es de vital importancia que la comunicación entre el paciente y el técnico de imagen para el diagnóstico sea bidireccional, saber escuchar y utilizar un lenguaje claro son aspectos relevantes.

En muchas ocasiones los pacientes al tener que realizarse una prueba diagnóstica experimentan una sensación de angustia, ansiedad y miedo quedando bloqueados, y viéndose afectada su capacidad de comprensión. Es importante que el técnico de radiodiagnóstico sea empático para que el paciente se sienta seguro, cómodo y este más relajado.

# **1.1.PACIENTES QUE NO HABLAN ESPAÑOL**

Si no disponemos de un traductor, podemos hacer uso del lenguaje no verbal, que es el más adecuado en estas situaciones. Un apretón de manos o una sonrisa amistosa resultan de gran ayuda en estos casos.

# **1.2.PACIENTES CON TRANSTORNOS MENTALES**

Es importante tener un trato especial con estos pacientes, como técnicos en imagen para el diagnóstico será importante estar atentos, para evaluar la capacidad que tienen de comprensión y seguir las instrucciones que se les damos.

## **1.3.PACIENTES CON ESTADOS DE COSCIENCIA ALTERADOS**

En muchas ocasiones la capacidad que tienen los pacientes para reaccionar a los estímulos y su escasa colaboración puede deberse a una grave enfermedad o por estar sometido a grandes cantidades de medicación. Su estado puede ir desde somnolencia hasta la inconsciencia. Es difícil que estas personas recuerden las instrucciones proporcionadas por el técnico, no siendo responsables de sus respuestas o actos.

# **1.4.COMUNICACIÓN CON NIÑOS/AS PEQUEÑOS/AS**

Las sonrisas amistosas, y una conversación acorde al edad del niño/a ayuda a que se sientan seguros. En ocasiones los profesionales de la salud, y en este caso el técnico/a de radiodiagnóstico suelen intimidar a los niños/as. Por lo que un clima cálido y de confianza, provocará una actitud positiva a la hora de realizarse el estudio radiológico. Cuando el niño no colabora, puede ser necesario la utilización de algún método de inmovilización o la ayuda de familiares , con el fin de no tener que repetir varias veces el estudio.



# 1.5.PACIENTES ONCOLÓGICOS Y ANCIANOS

En muchas ocasiones estos pacientes vienen con problemas de salud severos, tanto mentales como físicos. Por lo que requieren un gran apoyo emocional, y tener una actitud de escucha de forma que se sientan acompañados durante el proceso y el tiempo que permanezcan en el servicio de radiodiagnóstico. Nunca debemos de darle sensación de prisa. Es clave darle instrucciones de forma sencilla y ordenada.

## **2.SALAS QUE NOS PODEMOS ENCONTRAR EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA E IMPORTANCIA DE LA SEÑALIZACIÓN**

Dentro del servicio de radiología nos podemos encontrar la sala de: urgencias, de rx convencional, densitometría, urología, TAC, mamografía, digestivo y resonancia

### **2.1.SALA DE URGENCIAS**

A la sala acudieran pacientes que requieran una exploración radiológica urgente de cualquier servicio del hospital. En la sala podemos encontrar:

- protectores de tiroides
- protectores gonadales
- mandiles plomados
- tubo de rx para realizar exploraciones radiológicas simples.

## **2.2.SALA DE RX CONVENCIONAL**

Es frecuente que se realicen en esta sala preoperatorios, series óseas, radiografías de huesos y ortopantomografías.

## **2.3.SALA DE DENSITOMETRÍA**

Esta prueba permite determinar la cantidad de calcio que tiene un paciente en los huesos. Para ello se suele realizar un estudio de la cadera izquierda y de la columna lumbar, pero también puede ser objeto de estudio otras partes anatómicas. En la sala se puede encontrar un densitómetro y diferentes accesorios que permitan la colocación del paciente.

## **2.4.SALA DE UROLOGÍA**

Es muy parecida a una sala de rayos x convencional, pero en ella podemos encontrar todo lo necesario para realizar estudios como cistografías, urografías retrogradas y urografías intravenosas

## **2.5.SALA DE TAC**

En esta sala es posible realizar estudios de TAC de cualquier parte del cuerpo, punciones y nefrostomías.

## **2.6.SALA DE RESONANCIA MAGNÉTICA**

Las pruebas de resonancia magnética(RM) , se llevan a cabo en el servicio de radiológica , se caracterizan por no utilizar radiación ionizante. La RM tiene un imán de alta potencia y varias antenas que permiten mejorar las imágenes en función de la zonas anatómicas que se pretenda explorar. Los estudios son muy largos y emiten mucho ruido. En muchos pacientes produce claustrofobia debido a que el espacio es reducido. Por este motivo, la RM lleva incorporado un timbre que se le dará al paciente para que nos avise si experimenta algún problema.

## 2.7. SEÑALIZACIÓN

Dentro del servicio de radiodiagnóstico es importante señalar las zonas donde puede existir riesgo de irradiación externa, contaminación o ambas. Se puede distinguir entre :

### 1. Zonas controladas

- libre acceso: es una zona en la que es muy difícil superar los límites anuales que se fijan para los trabajadores . Por lo que no tiene reglamentación de protección radiológica.
- zona vigilada: esta zona se puede encontrar señalizada con un trébol de color grisáceo azulado encima de un fondo de color blanco.

# 2.7.SEÑALIZACIÓN

## 2. Zonas no controladas

- zona de permanencia reglamentada: sobre un fondo blanco, un trébol de color naranja.
- zona de permanencia limitada: sobre un fondo blanco, un trébol de color amarillo.
- zona de acceso prohibido: sobre un fondo blanco, un trébol de color rojo.

# 3. BIBLIOGRAFÍA

- Amir. Urgencias Rx: Handbook: diagnóstico radiológico. Editorial: Marban Libros, 2016.
- Dynamic radiology of the abdomen; normal and pathologic anatomy. Meyers. 5ª edición. Editorial: Springer, 2000.
- F. J. Jiménez Gálvez. Radiología de urgencias para Técnicos en Imagen para el Diagnóstico Editorial: Elsevier España, S.A., 2015.
- Nigel Raby. Radiología de urgencias y emergencias. 3ª Ed. Editorial: Elsevier España, S.A., 2013.





# **TEMA 166. HERPES VIRUS.**

**MARTA APARICIO PÉREZ**  
**ARIADNE FLÓREZ MUÑIZ**

# ÍNDICE

1. CARACTERÍSTICAS
2. CLASIFICACIÓN
3. CLINICA, TRANSMISIÓN, DIAGNÓSTICO,  
TRATAMIENTO
4. BIBLIOGRAFIA

# 1. CARACTERÍSTICAS

Su nombre viene del griego "Herpein"

Tamaño intermedio: 150-200nm

\*Cadena doble lineal ADN

\*Cápside icosaédrica y envuelta lipídica

\*La fase productiva de infección es seguida por una fase de latencia y con el tiempo pueden reactivarse

## 2. CLASIFICACIÓN

Familia Herpesviridae

Género Herpesvirus

### **Subgénero alfa:**

H. Simple tipo 1 (Herpes de la boca)

H. Simple tipo 2 (verrugas genitales)

VVZ (tipo 3) (Varicela Zoster)

### **Subgénero beta:**

CMV (tipo 5) (Ciclomegalovirus)

HV tipo 6

HV tipo 7

### **Subgénero gamma:**

VEB (tipo 4)

HV tipo 8

# 3. CLÍNICA, TRANSMISIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

## HERPES SIMPLE TIPO 1 Y TIPO 2

### **Clínica:**

Úlceras, picor, ardor y hormigueo

Clínica antes de que salgan las ampollas:

Fiebre, inflamación de ganglios

### **Transmisión:**

Por contacto directo

## HERPES SIMPLE TIPO 1 Y TIPO 2

### **Diagnóstico:**

Observación de la clínica

Aislamiento del virus en cualquier secreción del cuerpo

Métodos serológicos

Cultivo de lesión

### **Tratamiento:**

Los síntomas desaparecen solos en 1 o 2 semanas aunque hay medicamentos que aceleran el proceso (Aciclovir)

# VIRUS VARICELA ZOSTER TIPO 3

## **Clínica:**

Fiebre, dolor de cabeza y estómago(antes)

Ampollas pequeñas llenas de líquido sobre manchas rojas, por todo el cuerpo

Las mujeres embarazadas que contraen la enfermedad le pueden pasar la infección al feto.

## **Transmisión:**

Vía aérea.

## **Prevención:**

Vacuna que previene la varicela por completo o hace que sea muy leve.



# VIRUS VARICELA ZOSTER TIPO 3

## **Clínica:**

Dolor en un lado, hormigueo y ardor.

Ampollas, que forman úlceras que se secan y forman costras.

También se puede tener: fiebre, dolor abdominal, malestar general e inflamación de los ganglios linfáticos.

## **Diagnóstico:**

Detección de Ac (métodos serológicos)

Detección del virus (fluorescencia, ADN del virus, cultivo del virus)

## **Tratamiento:**

Se puede suministrar un antiviral que disminuye el dolor, previene complicaciones y acorta el curso de la enfermedad.

Mantener la zona limpia

## CinCoTaO. MEGALOVIRUS TIPO 5

La mayoría de personas no tienen síntomas pero es una infección seria en bebes ya que pueden desarrollar discapacidades para toda la vida.

**Transmisión:** por contacto directo con líquidos corporales.

### **Diagnóstico:**

Serológico(ELISA)

Inmunofluorescencia

### **Tratamiento:**

No hay, pero a los pacientes con inmunidad deprimida se les aplica antivíricos.

# HERPESVIRUS TIPO 6 Y 7

## **Clínica:**

Ruséola : fiebres altas durante 3 días, erupción cutánea entre rosa y rojo y llagas pequeñas.

**Transmisión:** vía respiratorio a través de las gotas de saliva.

\*Común en niños hasta los 2 años

# **VR USE PST EN BARRTP 04**

## **Clínica:**

Amígdalas inflamadas, somnolencia, fiebre, malestar general, inflamación de ganglios y del bazo.

**Transmisión:** por contacto directo con la saliva de la persona contagiada.

**Tratamiento:** no existe, solo hay tratamiento para los síntomas.

También juega un papel importante en el desarrollo de linfoma de Burkitt y carcinoma nasofaríngeo.

# HERPESVIRUS TIPO 8

## **Clínica:**

Sarcoma de kaposii: lesiones vasculares violáceas en la piel, membranas, mucosas o vísceras.

**Transmisión:** por contacto sexual, o contacto con sangre infectada.

## **Diagnóstico:**

Serología (inmunofluorescencia indirecta, ELISA)

Detección de ADN (PCR)

**Tratamiento:** hay fármacos que actúan sobre la replicación lítica, pero no sobre la latente, como el Ganciclovir .

# 4. BIBLIOGRAFIA

- [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852011000100002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000100002)
- <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/infecciones/infecciones-virales/introduccion-a-la-infeccion-por-virus-del-herpes-herpesvirus>
- <http://www2.cbm.uam.es/~jalopez/HSV/HERPESVIRUS.htm>
- <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/herpesvirus>
- <https://www.cdc.gov/epstein-barr/about-ebv-sp.html>



# **TEMA 167. QUISTES BILIARES.**

**LIDIA SERRANO DÍAZ**



# ÍNDICE

- 1. CONCEPTOS
- 2. CLASIFICACIÓN
- 3. EPIDEMIOLOGÍA
- 4. CLÍNICA
- 5. DIAGNÓSTICO
- 6. TRATAMIENTO
- 7. SEGUIMIENTO
- 8. BIBLIOGRAFÍA

# 1. CONCEPTOS

Los quistes biliares son dilataciones quísticas que pueden aparecer de forma individual o múltiple en todo el árbol biliar.

Originalmente se denominaron quistes de colédoco debido a su localización en el conducto biliar extrahepático. Sin embargo, posteriormente se demostró la existencia de quistes intrahepáticos.

Los quistes biliares se asocian con complicaciones como estenosis ductales, formación de cálculos, colangitis, ruptura y cirrosis biliar secundaria.

Además, ciertos tipos de quistes biliares tienen un alto riesgo de malignidad, de ahí su importancia.

## 2. CLASIFICACIÓN

**Quistes tipo I** (50 a 85%): dilatación quística o fusiforme del colédoco. No afectan los conductos biliares intrahepáticos. Se subcategorizan como:

**Tipo IA** : dilatación quística del colédoco, del conducto hepático común y porciones extrahepáticas de los conductos hepáticos izquierdo y derecho.

**Tipo IB** : dilatación focal y segmentaria de un conducto biliar extrahepático (a menudo, el conducto biliar común distal).

**Tipo IC** : dilatación fusiforme de todos los conductos biliares extrahepáticos. Típicamente, la dilatación se extiende desde la unión pancreatobiliar hasta las porciones extrahepáticas de los conductos hepáticos izquierdo y derecho.

## 2. CLASIFICACIÓN

**Quistes tipo II** (2%): son verdaderos divertículos de los conductos biliares extrahepáticos.

**Quistes tipo III** (1 a 5%): dilataciones quísticas limitadas a la porción intraduodenal del colédoco y también se conocen como coledococoeles. Los quistes tipo III pueden estar revestidos por epitelio duodenal o biliar y pueden surgir embriológicamente como duplicaciones duodenales que involucran la ampolla. Los subtipos son:

**Tipo IIIA** : el conducto biliar y el conducto pancreático ingresan al quiste, que luego drena hacia el duodeno en un orificio separado.

**Tipo IIIB** : un divertículo del conducto biliar común intraduodenal o canal ductal común intraampular.

## 2. CLASIFICACIÓN

**Quistes tipo IV** (15 a 35%): se definen por la presencia de quistes múltiples y se subdividen en función de su compromiso intrahepático del conducto biliar:

**Tipo IVA** : dilataciones quísticas intrahepáticas y extrahepáticas. El tipo IVA es el segundo tipo más común de quiste biliar y a menudo se asocia con un cambio distintivo en el calibre del conducto y/o una estenosis en el hilio, características que ayudan a diferenciarlo de un quiste de tipo IC.

**Tipo IVB** : quistes extrahepáticos múltiples pero sin quistes intrahepáticos.

## 2. CLASIFICACIÓN

**Quistes tipo V** (20%): se caracterizan por una o más dilataciones quísticas de los conductos intrahepáticos, sin enfermedad del conducto extrahepático. La presencia de múltiples dilataciones saculares o quísticas de los conductos intrahepáticos se conoce como enfermedad de Caroli.

**Quistes tipo VI** (poco frecuente): dilataciones quísticas aisladas del conducto cístico.

# 3. EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia en las poblaciones occidentales es de 1: 100,000.

La incidencia es mayor en países asiáticos (hasta 1: 1000).

Es más común en las mujeres, con una relación mujer/hombre de 4:1.

## 4. CLÍNICA

Normalmente los quistes son congénitos y la clínica aparece antes de los 10 años: dolor abdominal, ictericia, prurito.

No obstante se puede diagnosticar en adultos, bien asintomáticos durante una prueba de imagen por otro motivo o con clínica.

Tienen mayor riesgo sobre todo de colangiocarcinoma, aunque también de neoplasia vesicular y de páncreas. Dando datos precisos, la incidencia de cáncer está en el rango de 10 a 30%, con una edad media al diagnóstico de 32 años. En otras palabras, es x20-x30 veces más frecuente el colangiocarcinoma, que en la población sin quistes biliares. El cáncer se ha asociado con todos los subtipos de quistes biliares, pero es más común en los quistes tipo I y tipo IV.



# 5. DIAGNÓSTICO

Se requiere alta sospecha cuando se identifica una porción dilatada del conducto biliar o la ampolla, especialmente en ausencia de evidencia bioquímica, radiográfica o endoscópica de obstrucción.

Se necesitarán múltiples estudios: ecografía + TC + colangioRM +/- CPRE +/- ecoendo.

Si aún así hay dudas podemos recurrir a la gamagrafía.

## 5. DIAGNÓSTICO

La gamagrafía hepatobiliar puede demostrar la continuidad de los quistes con los conductos biliares. Este examen de medicina nuclear utiliza una sal biliar radiomarcada (ácido iminodiacético hepático marcado con tecnecio-99m [HIDA]), que se inyecta por vía intravenosa y luego se absorbe selectivamente por los hepatocitos y se excreta en la bilis. En pacientes con quistes biliares extrahepáticos, el aspecto característico es de un área ovoide o esférica que muestra una acumulación progresiva de radiotrazadores en la imagen retrasada (> 2 horas después de la inyección), con acumulación persistente de actividad durante hasta 24 horas. Esta apariencia se observa en más del 80% de los quistes biliares extrahepáticos. La exploración HIDA también puede ser útil en casos de ruptura de quistes, ya que en estos pacientes se puede ver contraste excretado dentro de la cavidad peritoneal.

# 6. TRATAMIENTO

Depende del tipo de quiste:

- Tipo I: hepaticoyeyunostomia en Y de Roux (por el alto riesgo de malignizar).
- Tipo II: resección del quiste.
- Tipo III: esfinterotomía o resección endoscópica.
- Tipo IV: hepaticoyeyunostomía en Y de Roux (por el alto riesgo de malignizar).
- Tipo V: el tratamiento está dirigido a tratar problemas como la colangitis recurrente y la sepsis. Pueden ser difíciles de manejar al ser intrahepáticos, y algunos pacientes eventualmente requieren un trasplante de hígado.

# 7. SEGUIMIENTO

A pesar de la cirugía, tienen riesgo de malignización en cualquier segmento de árbol biliar (este riesgo es del 2% tras hepaticoyeyunostomía, tras resección del quiste es del 6% y tras esfinterotomía del 18%).

El seguimiento debe ser:

- Tras resección completa o hepaticoyeyunostomía: analítica anual con perfil hepático.
- Tras resección incompleta o si no se ha podido reseccionar: TC o colangioRM anual.
- Tras esfinterotomía: endoscopia al año, con biopsias en la mucosa del quiste para descartar displasia.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- 1.R. Bhoil, S. Sood, R.G. Sood, G. Singla, S. Bakshi. A variant of type VI choledochal cyst: Combined dilatation of cystic duct and common bile duct. J Ultrasound, 19 (2016), pp. 71-72.
- 2.O.J. Shah, A. Shera, P. Shah, I. Rabbani. Cystic dilatation of the cystic duct: A type VI biliary cyst. Indian J Surg, 75 (2013), pp. 500-502.
- 3.T. Todani, Y. Watanabe, M. Narusue, K. Tabuchi, K. Okajima. Congenital bile ducts cysts: Classification, operative procedures and review of thirty seven cases including cancer arising from choledocal cysts. Am J Surg, 134 (1977), pp. 236-239.



# **TEMA 168. FISIOTERAPIA EN NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.**

**GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- TRATAMIENTOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA



# INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad es una de las principales causas de muerte de origen infeccioso en la población adulta. La fisioterapia respiratoria ayuda a mantener abiertas las vías aéreas, facilitar la eliminación de las secreciones bronquiales y mejorar el intercambio gaseoso.

# TRATAMIENTOS

Los principales tratamientos de fisioterapia incluyen:

Fisioterapia torácica convencional: vibración, percusión y drenaje postural

Manipulación osteopática: inhibición paraespinal, elevación costal y liberación diafragmática o miofascial.

Técnicas de respiración: control de la respiración activa, ejercicios de expansión torácica y técnicas de espiración forzada

Respiración con presión espiratoria positiva.

# CONCLUSIONES

Aunque es pacientes adultos con neumonía comunitaria la fisioterapia no ha demostrado beneficios clínicos en cuanto a disminución de la mortalidad o mejoría clínica, si que reduce los tiempos de estancia hospitalaria reduciendo así los costes de la asistencia sanitaria global.

Es necesario realizar más estudios y ensayos clínicos controlados para poder precisar el papel de la fisioterapia respiratoria en pacientes adultos con neumonía.

# BIBLIOGRAFÍA

- Saldías P Fernando, Díaz P Orlando. Eficacia y seguridad de la fisioterapia respiratoria en pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad. Rev. chil. enferm. respir. [Internet]. 2012 Sep [citado 2019 Ago 30] ; 28( 3 ): 189-198. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482012000300004&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482012000300004&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482012000300004>



# **TEMA 169. FISIOTERAPIA Y AUTISMO.**

**GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- ACTIVIDADES
- BIBLIOGRAFÍA



# INTRODUCCION

Los niños con trastorno del espectro tienen alteradas la comunicación, las relaciones sociales y además tienen déficits motores, los cuales pueden ser tratados mediante fisioterapia, para conseguir mejorar el desarrollo y la interacción social.

Es importante trabajar a través del juego. El tratamiento en el agua es muy eficaz.

La misión del fisioterapeuta es intervenir en la psicomotricidad, potencian la interacción entre lo somático y lo afectivo, inciden positivamente en el desarrollo global del niño. La suma de las técnicas de fisioterapia y las de psicomotricidad va a mejorar la integración de las funciones motoras y mentales, mejorando la integridad de la persona, física, cognitiva y emocional

# ACTIVIDADES

Primero hay que saber cuales son las características que pueden tratarse desde la fisioterapia:

Actividad motora: Pueden ser niños apáticos o por el contrario niños muy activos pero con poco interés por los objetos o personas.

Alteraciones del tono muscular: Hipotonía o hipertonía.

Posturas y actitudes

La marcha

Retraso psicomotor

Habilidades personales

Estereotipias

Voz

## Objetivos de la fisioterapia en niños con TEA

Evaluar la respuesta del paciente gracias a la aplicación de un tratamiento de cointervención, y acorde con las características de nuestro entorno.

Valorar la mejoría de la autonomía a largo plazo del niño con TEA una vez finalizado el tratamiento.

Valorar posibles complicaciones físicas que puedan disminuir la calidad de vida (deformidades, contracturas, alteraciones de la marcha, estereotipias, etc.), reduciéndolas en la medida de lo posible.

Estimar la mejoría de aspectos motores ligados a los TEA, para facilitar la autonomía.

Proponer y promover una nueva vía en la fisioterapia pediátrica en el tratamiento de los TEA.

Evaluar situaciones de dependencia y las cargas sociales que supone la enfermedad para el niño, la familia y la sociedad; y provocar su disminución como consecuencia de la intervención.

Fomentar el reconocimiento del rol del fisioterapeuta pediátrico como miembro activo dentro del equipo multidisciplinar encargado del tratamiento integral del niño con TEA.

Evaluar la aplicación de las propiedades de distintos medios (hidroterapia y masoterapia) en la mejora de las condiciones físicas y vinculares del niño con TEA.

Objetivar cómo el tratamiento del fisioterapeuta puede ayudar a los resultados del tratamiento de psicomotricidad haciéndolo complementario desde la cointervención.

Ofrecer una herramienta terapéutica a las escuelas de educación especial que acojan niños con TEA, así como a las correspondientes asociaciones de padres.

## Actividades

Tratamiento en medio acuático: Tonificación, coordinación, equilibrio, relajación, motricidad fina, marcha...

Tratamiento en sala de juegos: Coordinación, propiocepción, estimulación psicomotriz, equilibrio...

Con la cointervención entre el psicomotricista y el fisioterapeuta se podrá conseguir que el tratamiento sea más eficaz, creando una mejor respuesta del niño. Desde el tratamiento fisioterapéutico precoz, se podrán evitar las posibles complicaciones físicas, mejorando la salud integral a lo largo del ciclo vital.

La ganancia en autonomía implica una menor dependencia familiar y social en el futuro, y una mejora en la calidad de vida familiar. Se puede conseguir que el niño con autismo tenga menos dependencia de las personas de su entorno.

La mejora en los aspectos motores y funcionales favorecerá la destreza en la autonomía, así como un buen control motor

# BIBLIOGRAFÍA

- Cazorla González J. J., Cornellà i Canals J.. Las posibilidades de la fisioterapia en el tratamiento multidisciplinar del autismo. Rev PediatrAten Primaria [Internet]. 2014 Mar [citado 2019 Sep 1 ] ; 16( 61 ): e37-e46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322014000100016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000100016&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000100016>.





# **TEMA 170. RESONANCIA MAGNÉTICA Y USO DE ANESTESIA EN PACIENTES CON ANSIEDAD.**

**PABLO RODRÍGUEZ NEIRA**

# ÍNDICE

- **¿QUÉ ES LA RESONANCIA MAGNÉTICA?**
- **CONDICIONES DE LA EXPLORACIÓN MEDIANTE RESONANCIA MAGNETICA.**
- **¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?**
- **BENEFICIOS E INCONVENIENTES DE LA ANESTESIA EN RESONANCIA MAGNETICA.**
- **CONCLUSIÓN**
- **BIBLIOGRAFIA**

# RESONANCIA MAGNÉTICA

La resonancia magnética (RM) es una técnica de neuroimagen en la que se usan ondas de radio y un imán muy potente conectado a una computadora a fin de crear imágenes detalladas de áreas del interior del cuerpo.

Aunque esta técnica no es dolorosa, se requiere que la persona permanezca inmóvil durante un periodo prolongado de tiempo dentro del tubo de RM. Este procedimiento puede generar en algunas personas sensación de angustia, enclaustramiento o ansiedad.

# CONDICIONES DE LA EXPLORACIÓN MEDIANTE RM

1. El paciente estará dentro de un cilindro estrecho, cerrado. Normalmente las dimensiones de dicho tubo son aproximadamente de 2 x 0.55 m.
2. Los pulsos de radiofrecuencia crearán un ruido fuerte y molesto, lo que puede generar reacciones adversas a los pacientes.
3. El tiempo de exploración es largo. Cada corte precisa entre 2 a 15 min y la exploración completa por región puede prolongarse durante una hora.
4. Es imprescindible que el paciente este en absoluta inmovilidad y colaboración.

# ¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?

La ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto.

Esto desemboca en la imposibilidad de la correcta realización de la prueba, puesto que imposibilita la adquisición de una imagen diagnóstica debido a los continuos movimientos y del paciente.

# **BENEFICIOS E INCONVENIENTES DE LA ANESTESIA EN RESONANCIA MAGNÉTICA**

Beneficios:

1. Previene los posibles daños del equipo o al paciente por el campo magnético.
2. Se pueden utilizar monitores que no interfieran con el campo magnético.
3. Se logra proporcionar inmovilidad y sensación de confort al paciente agitado.

## Inconvenientes:

1. Los equipo deben estar preparados para actuar ante complicaciones como sacar al paciente del túnel (si es necesaria la intubación de urgencia existen laringoscopios de plástico).
2. El desfibrilador no siempre funciona bien dentro de la RM.
3. El personal debe conocer perfectamente cada uno de los procedimientos y protocolos.



# CONCLUSIONES

El uso de anestesia en procedimientos diagnósticos fuera de quirófano tiene múltiples beneficios, aunque para su correcto funcionamiento se debe tener una estrecha relación entre el diferente personal sanitario que intervendrá en dicha prueba, radiólogo, anestesista, enfermera, técnico especialista en imagen para el diagnóstico...para en el caso de la presencia de complicaciones, que todo el personal sepa como actuar ante cada complicación presentada.

# BIBLIOGRAFÍA

1. Armony, Jorge L., David Trejo-Martínez, and Dailett Hernández. "Resonancia magnética funcional (RMf): principios y aplicaciones en neuropsicología y neurociencias cognitivas." *Neuropsicología Latinoamericana* 4.2 (2012).
2. Obregón-Corona, Alejandro, Mirna Leticia González-Villavelázquez, and María Areli Osorio-Santiago. "Anestesia para los procedimientos fuera del quirófano. Resonancia magnética y tomografía computarizada." *Revista Mexicana de Anestesiología* 35.S1 (2012): 139-142.
3. De la Parte Pérez, Lincoln. "ANESTESIA EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA." *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación* 3.3 (2004): 32-35.

4. Spielberger, Charles D., and Nicolás Seisdedos Cubero. *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Tea, 1988.
5. Mille-Loera, José Emilio, and Sergio Hernández-Zúñiga. "Manejo anestésico para procedimientos fuera del quirófano." *Revista Mexicana de Anestesiología* 30.S1 (2007): 202-207.



# **TEMA 171. ENFERMERIA Y CUIDADOS PALIATIVOS.**

**SUSANA MARTIN LORENTE**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CUIDADOS ENFERMEROS
- BIBLIOGRAFIA

# INTRODUCCIÓN

Hace más de 20 años que existen en España el servicio de cuidados paliativos, que han introducido valores relevantes al plantear una atención integral basada en las necesidades de la persona y su entorno, en la toma de decisiones centrada en la ética clínica y el respeto a la autonomía y la dignidad, así como la organización del trabajo en equipo interdisciplinar

Para trabajar en cuidados paliativos se requiere conocimiento en tecnología sanitaria, en ética clínica, en relaciones interpersonales, en la evaluación de la satisfacción y en el trabajo interdisciplinar



# CUIDADOS ENFERMEROS

Los enfermeros deben responder a las incidencias evolutivas de la enfermedad en el control de síntomas, ayudar en la autonomía de las necesidades básicas, colaborar para planificar la vida cotidiana, facilitar los procesos de adaptación y el apoyo emocional básico, contribuir a la comunicación paciente-familia-equipo, respetar valores, creencias y formas de vida, enseñar a la familia aspectos específicos del. Por otro lado, se debe considerar el trabajo en equipo interdisciplinar como una cuestión de corresponsabilidad hacia la propia profesión, hacia las otras disciplinas implicadas y hacia los pacientes y familias que se atienden

Los cuidados paliativos se les pueden ofrecer a personas con enfermedades tales como:

Cáncer

Enfermedad cardíaca

Enfermedades pulmonares

Insuficiencia renal

Demencia

ELA (esclerosis lateral amiotrófica)

Tanto los cuidados paliativos como la atención para pacientes terminales brindan bienestar. Pero los cuidados paliativos pueden empezar en el momento del diagnóstico y al mismo tiempo que el tratamiento. La atención para pacientes terminales comienza después de que se suspende el tratamiento de la enfermedad y cuando es claro que la persona no va a sobrevivir a ella.

La atención para pacientes terminales se ofrece normalmente solo cuando se espera que la persona viva 6 meses o menos.

# BIBLIOGRAFÍA

- Codorniu N., Bleda M., Albuquerque E., Guanter L., Adell J., García F. et al . Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. Index Enferm [Internet]. 2011 Jun [citado 2019 Sep 20] ; 20( 1-2 ): 71-75. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000100015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100015&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100015>.



# **TEMA 172. ACTUALIZACIÓN EN HIPERHIDROSIS.**

**ROMÁN BARABASH NEILA**

# ÍNDICE

- CONCEPTO
- CIFRAS
- PATOGENIA
- EVALUACIÓN DEL PACIENTE
- HIPERHIDROSIS PRIMARIA O IDIOPÁTICA
- HIPERHIDROSIS SECUNDARIA
- TRATAMIENTO: ANTITRASPIRANTES
- TRATAMIENTO ANTICOLINÉRGICOS TÓPICOS Y ANESTÉSICOS LOCALES
- TRATAMIENTO ANTIADRENÉRGICOS
- TRATAMIENTO ASTRINGENTES
- TRATAMIENTO ANTICOLINÉRGICOS POR VÍA ORAL
- TRATAMIENTO: IONTOFORESIS
- TRATAMIENTO: TOXINA BOTULÍNICA
- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

# CONCEPTO

- Sudoración excesiva en respuesta al calor o a estímulos emocionales.
- Apreciable incluso en un cuarto con aire acondicionado, donde normalmente no es esperable.
- Disfunciones psicológicas, sociales y profesionales.

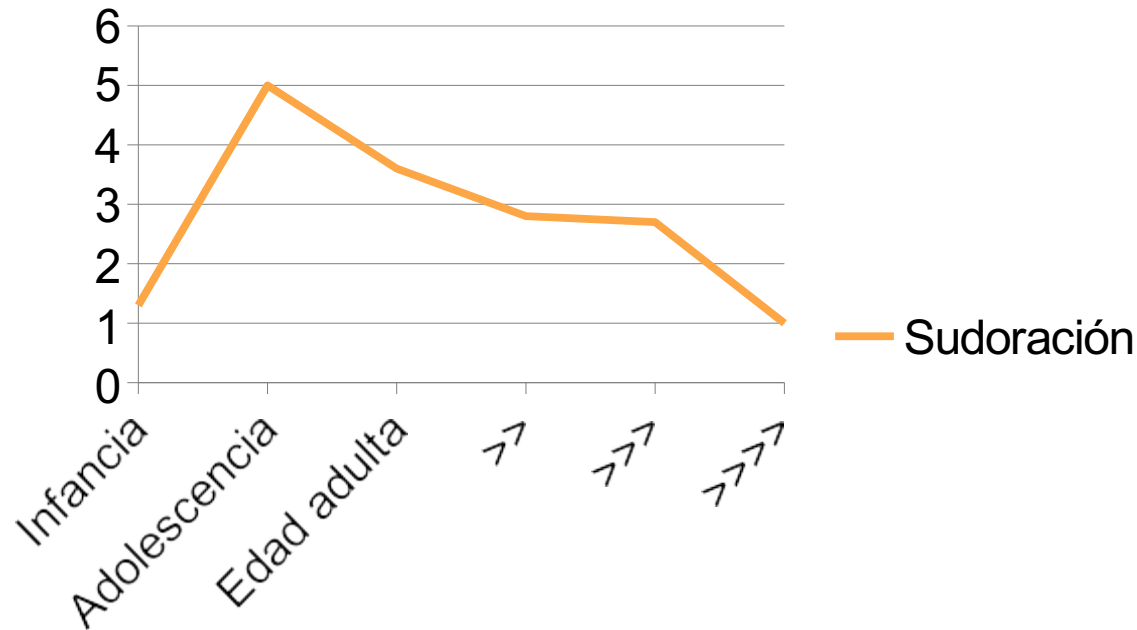


# CIFRAS

- Prevalencia mundial: 0,6 – 1%
- Datos en EEUU: 2,8% y datos en China: 4,6%

# PATOGENIA

- Hiperhidrosis primaria:
  - Causa desconocida
  - No predominio étnico o de genero



- Hiperhidrosis secundaria

# PATOGENIA

- Existen tres tipos de glándulas:
  - Glándulas Ecrinas (3 millones)
    - Palmas, plantas y maxilar.
    - Relacionadas con la acetilcolina
  - Apocrinas
    - Axilas y genitales
    - Relacionadas con la adrenalina
    - A través de los folículos
    - Sudor viscoso y maloliente
  - Apoecrinas
    - Axilas

# PATOGENIA

- La histología glandular y de la cadena simpática siempre es normal.
- Desconocido si hay alteración en el centro hipotalámico.
- O si por el contrario lo que se desarrolla es una hiperactividad simpática.

# EVALUACIÓN DEL PACIENTE

- Historia clínica detallada.
- Examen físico exhaustivo
  - Fiebre, sudor nocturno, palpitaciones, adenopatías, pérdida de peso...
- Patrón de distribución del sudor
- Calidad de vida:
  - Encuesta validada.

# EVALUACIÓN DEL PACIENTE

- Técnica del yodo-almidón de Minor
  - Volumen y distribución
  - Post-tratamiento
  - Solución del 1-5% de yodo en alcohol + almidón de maiz.
  - Si hay sudor: Sedimentos de color púrpura.
- Gravimetría
  - Papel de filtro pesado antes y después del contacto.
  - Investigación.

# EVALUACIÓN DEL PACIENTE

## Técnica del yodo-almidón de Minor

- Los pacientes se someten a un intervalo de descanso de al menos 15 minutos a una temperatura ambiente de 21 a 25 grados
- Los filtros de papel se aplican en la zona afecta durante 60 segundos y tras la misma se vuelven a pesar. La tasa de producción de sudor se mide entonces en miligramos por minuto. Con este método se define la hiperhidrosis axilar cuando el peso es superior a 100 mg en 5 minutos en hombres y a 50 mg en 5 minutos en mujeres. La hiperhidrosis palmar se considera por encima de 30 a 40 mg/min en hombres y mujeres.

# HIPERHIDROSIS PRIMARIA O IDIOPÁTICA

- Focal
- Axilas, palmas y plantas y zona craneofacial.
- Sujetos sanos.
- Se acentúa por:
  - Emociones
  - Temperatura
  - Estímulos vasodilatadores.



# HIPERHIDROSIS SECUNDARIA

- Suelen ser causa de Hiperhidrosis Generalizada:
  - Infecciones
  - Tumores malignos
  - Insuficiencia respiratoria
  - Síndromes de deprivación
  - Shock cardiogénico
  - Tirotoxicosis, hiperpituitarismo o feocromocitoma.
- A veces Focal:
  - Lesiones medulares (craneal o mitad superior del tronco).
  - AVC (ipsilaterales).
  - Síndrome de Frey

# TRATAMIENTO: ANTITRASPIRANTES

- Sales metálicas:
  - Aluminio y circonio
  - Obstruyen poros glandulares
  - Inducen atrofia celular secretora
  - Mantenimiento
  - Irritación local.

# TRATAMIENTO ANTICOLINERGICOS TÓPICOS Y ANESTÉSICOS LOCALES

- Propantelina
- Escopolamina
- Metilsulfato
- Glicopirrolato:
  - Hiperhidrosis Craneofacial
  - Aplicación diaria al 0,5%-2% en loción o crema.
- Facial: 0,5%/12h. 90% satisfechos
- Plantar 1-2% en cura oclusiva
- Axilar: no funciona
  - EA: boca seca, cefalea, dolor faringeo.
  - Precio muy elevado.
- 100 g de glicopirrolato cuesta unos 4.000 euros.

# TRATAMIENTO ANTIADRENÉRGICOS

- Clonidina
  - Craneofacial
  - Postmenopáusicas
  - ↓NA
  - Actúa a nivel central
- *Astringentes*
  - Desnaturalizan proteínas y taponan poros
    - Ac Tánico al 2-5% en alcohol
    - TCA
    - Glutaraldehído
  - Coloración local

# TRATAMIENTO ASTRINGENTES

- Desnaturalizan proteínas y taponan poros
  - Ac Tánico al 2-5% en alcohol
  - Tricloroacético
  - Glutaraldehído
- Coloración local

# TRATAMIENTO ANTICOLINÉRGICOS POR VÍA ORAL

- Mejoría clara
- Efectos secundarios (midriasis, xerostomía, disfunción vesical).
- Contraindicaciones: HBP o glaucoma.
  - Oxibutinina (Ditropan®) 1c/8h
  - Tolterodina (Detrusitol®-Urotrol-neo®) 1c/24h
  - Solifenacina (Vesicare 5®)1c/24h
- Betabloqueantes
  - Propranolol: que es un bloqueante no cardioselectivo, sin actividad simpaticomimética intrínseca. Sus efectos eliminan los efectos de la ansiedad.

# TRATAMIENTO: IONTOFORESIS

- Tratamiento transcutáneo por corriente eléctrica a través de la piel que facilita el transporte molecular.
- Reposo temporal de las glándulas sudoríparas
- Agua o anticolinérgico en solución.
- Contraindicaciones: marcapasos, embarazo, prótesis, DIU
- Palmas o plantas.
- 3-4 sesiones por semana (20-30 minutos).
- Eritema o erupción vesicular de la zona.

# TRATAMIENTO: TOXINA BOTULÍNICA

- Inhibe acetilcolina a nivel ecrino.
- Tipo A (la B más dolor y más cara).
- Inyecciones intracutáneas cada 1-2,5 cm.
- Efectos adversos:
  - Parestesias
  - Perdida de fuerza en pinza
  - Hematomas



# TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Clipaje, ablación o cauterización
- Videotoracoscopia
- Riesgo de colapso pulmonar
- Se realiza a nivel de T2.
- Bilateral
- HH Plantar: L3-L4
- Sudor reflejo postquirúrgico severo (10-40%):
  - Otras áreas : glúteos, ingles y muslos.
  - Desaparición a los 6 meses o persistir.
- Síndrome de Horner:
  - Miosis, ptosis, enoftalmos y anhidrosis

# BIBLIOGRAFÍA

- Maillard H, Lecouflet M. [Management of hyperhidrosis]. Ann Dermatol Venereol. 2015 Apr; 142(4):252-61. Epub 2015 Feb 16
- Ram R, Lowe NJ, Yamauchi PS. Current and emerging therapeutic modalities for hyperhidrosis, part 1: conservative and noninvasive treatments. Cutis. 2007 Mar; 79(3):21 -7.
- Sammons JE, Khachemoune A. Axillary hyperhidrosis: a focused review. J Dermatolog Treat. 2017 Nov;28(7):582-590.



# **TEMA 173. ENFERMERIA Y CUIDADOS PALIATIVOS.**

**SUSANA MARTIN LORENTE**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CUIDADOS ENFERMEROS
- BIBLIOGRAFIA

# INTRODUCCIÓN

Hace más de 20 años que existen en España el servicio de cuidados paliativos, que han introducido valores relevantes al plantear una atención integral basada en las necesidades de la persona y su entorno, en la toma de decisiones centrada en la ética clínica y el respeto a la autonomía y la dignidad, así como la organización del trabajo en equipo interdisciplinar

Para trabajar en cuidados paliativos se requiere conocimiento en tecnología sanitaria, en ética clínica, en relaciones interpersonales, en la evaluación de la satisfacción y en el trabajo interdisciplinar

# **CUIDADOS ENFERMEROS**

Los enfermeros deben responder a las incidencias evolutivas de la enfermedad en el control de síntomas, ayudar en la autonomía de las necesidades básicas, colaborar para planificar la vida cotidiana, facilitar los procesos de adaptación y el apoyo emocional básico, contribuir a la comunicación paciente-familia-equipo, respetar valores, creencias y formas de vida, enseñar a la familia aspectos específicos del. Por otro lado, se debe considerar el trabajo en equipo interdisciplinar como una cuestión de corresponsabilidad hacia la propia profesión, hacia las otras disciplinas implicadas y hacia los pacientes y familias que se atienden



Los cuidados paliativos se les pueden ofrecer a personas con enfermedades tales como:

Cáncer

Enfermedad cardíaca

Enfermedades pulmonares

Insuficiencia renal

Demencia

ELA (esclerosis lateral amiotrófica)

Tanto los cuidados paliativos como la atención para pacientes terminales brindan bienestar. Pero los cuidados paliativos pueden empezar en el momento del diagnóstico y al mismo tiempo que el tratamiento. La atención para pacientes terminales comienza después de que se suspende el tratamiento de la enfermedad y cuando es claro que la persona no va a sobrevivir a ella.

La atención para pacientes terminales se ofrece normalmente solo cuando se espera que la persona viva 6 meses o menos.

# BIBLIOGRAFÍA

- Codorniu N., Bleda M., Albuquerque E., Guanter L., Adell J., García F. et al . Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. Index Enferm [Internet]. 2011 Jun [citado 2019 Sep 20] ; 20( 1-2 ): 71-75. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000100015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100015&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100015>.



# **TEMA 174. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL NEO DE RECTO.**

**PABLO LOZA ROMERO**

# ÍNDICE

- 1 INTRODUCCIÓN**
- 2 EXPLORACIÓN FÍSICA**
- 3 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**
- 4 JUICIO CLÍNICO**
- 5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
- 6 CONCLUSIONES**

# INTRODUCCIÓN.

Podemos definir el cancer de recto como un tumor maligno derivado de la proliferación anómala de las células de la mucosa del recto.

He realizado un seguimiento de un caso clínico sobre un paciente que finalmente ha sido diagnosticado de neo de recto.

Se trata de un varón de 90 años ,que acude a urgencias por presencia de sangre roja clara y coagulos con las deposiciones,de forma intermitente desde hace una semana. Refiere que en algunos momentos presentó dolor leve en hipogastrio que no se relacionaba con las comidas o las deposiciones.No cambios en el hábito intestinal ( 2 dep) al dia,ni presencia de nauseas o vómitos.

Niega fármacos gastrolesivos. El paciente tiene antecedentes de hipertensión diabetes tipo 2 e infarto de miocardio hace 20 años. A tto con anticoagulantes. El paciente ingresa en el servicio de digestivo para su seguimiento

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Normotenso, con buena frecuencia, consciente y orientado, colaborador. Palidez cutánea, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo.

Se le realiza tacto rectal con restos hemáticos oscuros. Se realiza analítica en urgencias .



# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Una vez en planta se comienzan a pedir pruebas diagnósticas. En principio se realiza una Rx de abdomen con patrón gaseoso inespecífico.

Un día después el paciente es sometido a técnicas de radiodiagnóstico como un TAC Toracoabdominal con contraste y al día siguiente una colonoscopia obteniendo muestras que son enviadas a anatomía patológica para biopsiar.

## JUICIO CLÍNICO

Hemorragia digestiva baja

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Una vez recibidos los resultados de anatomía patológica el diagnóstico diferencial es compatible con neoplasia de recto.

## CONCLUSIONES

Considerando la edad del paciente y su estado general y las complicaciones de una anestesia, se descarta la posibilidad de un quirófano. En este caso se deriva al servicio de radioterapia.

# BIBLIOGRAFÍA

Formato Documento Electrónico(ISO)

CID CONDE, L. et al. Hyponutrition prevalence among patients with digestive neoplasm before surgery. Nutr. Hosp. [online]. 2008, vol.23, n.1 [citado 2018-09-04], pp.46-53. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-1612008000100008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-1612008000100008&lng=es&nrm=iso). ISSN 1699-5198.

Formato Documento Electrónico(ABNT)

CID CONDE, L. et al . Hyponutrition prevalence among patients with digestive neoplasm before surgery. Nutr. Hosp., Madrid , v. 23, n. 1, p. 46-53, feb. 2008 .  
Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>



**TEMA 175. LA FISIOTERAPIA, UNA  
PARTE IMPRESCINDIBLE EN EL  
TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE  
LA ELA.**

**MARIA CARMEN ORTIZ GIMENEZ**

**EVA PEREZ PARRA**

**FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIA**

**FRANCISCA YOLANDA MURCIAARAGON**

# ÍNDICE

- INTRODUCCION
- CASO CLINICO
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAFIA

# INTRODUCCION

La ELA o Esclerosis Lateral Amiotrófica, es una enfermedad neurodegenerativa progresiva en la que las neuronas que controlan los movimientos voluntarios dejan de funcionar y no mandan información a los músculos, lo cual provoca el debilitamiento de dichos músculos y la imposibilidad de mover algunas articulaciones.

Los pacientes con ELA tienen muy baja tolerancia al ejercicio, ya que se fatigan con facilidad. La mayoría de estos pacientes muere de fallo respiratorio tras 3-5 años del comienzo de los síntomas. Son pacientes con una respiración superficial debido a la pérdida de fuerza en la musculatura respiratoria.

# CASO CLINICO

Paciente de 62 años que acude al médico de cabecera tras notar que no puede levantar bien el pie izquierdo, así como sensación de hormigueo en dicho pie. Tras una Resonancia magnética en columna lumbar, se le diagnostican dos protusiones en L4-L5 y L5-S1. Pero con el paso de los días el paciente se va encontrando peor, hasta el punto que la sintomatología también aparece en el miembro contralateral, por lo cual es derivado a neurología y tras un mes de pruebas, es diagnosticado de ELA, Esclerosis Lateral Amiotrófica.



Es derivado a nuestro servicio de Rehabilitación aproximadamente a los tres meses tras ser diagnosticado. Acude en silla de ruedas aunque por casa se puede mover con mucha dificultad con un andador. La musculatura de ambos miembros inferiores se va debilitando gradualmente y aparecen fasciculaciones. La debilidad también empieza a aparecer en miembros superiores, siendo más evidente en miembro superior izquierdo. El tratamiento fisioterápico pautado consiste en disminuir el dolor así como la rigidez muscular, mejorar la amplitud de los movimientos, aumentar la fuerza y longitud de la musculatura y favorecer la independencia funcional.

Utilizaremos técnicas de Fisioterapia respiratoria para mejorar la función pulmonar, aumentar el volumen de aire, mejorar el intercambio de gases, disminuir el trabajo respiratorio y facilitar la eliminación de secreciones.

# CONCLUSION

El objetivo del tratamiento fisioterápico en los pacientes con ELA es mejorar la calidad de vida de estos pacientes así como su adaptación al entorno, logrando una mayor autonomía y reduciendo las complicaciones que les puedan ir surgiendo. La ELA es una patología multifactorial por lo tanto se debe enfocar un tratamiento multiprofesional e integral. Se trata de una enfermedad que actualmente no tiene cura y cuya causa se desconoce en el 90% de los casos, por tanto la Fisioterapia debe comenzarse desde que el paciente es diagnosticado y continuarse hasta el resto de vida del paciente.

# BIBLIOGRAFIA

- ELA: ¿ cómo ayuda la Fisioterapia? Dmedicia-CuidatePlus. Disponible en: [https://cuidateplus\\_marca.com](https://cuidateplus_marca.com)>Ejercicio Físico. 21 junio 2016.
- Manual para la atención de la ELA. Documento para pacientes y fisioterapeutas. Asociación andaluza de ELA. Ilustre Colegio Profesional de fisioterapeutas de Andalucía.
- Mc Ardle W.D; Katch F.I.; Katch V.L. Fundamentos de fisiología del ejercicio. 2ª edición. Ed. Mac Graw-Hill Interamericana 2001.



# **TEMA 176. DIAGNÓSTICO DE ISQUEMIA INTESTINAL MEDIANTE PRUEBAS RADIOLÓGICAS.**

**SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ  
RAQUEL SERRANO FERRERO  
JOSE DAVOR GARCÍA RODRIGUEZ  
ÁNGELA BAÑOS TRABANCO**

# ÍNDICE

- Descripción del caso
- Pruebas realizadas y hallazgos
- Juicio clínico
- Diagnóstico diferencial
- Comentario final
- bibliografía

# DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 63 años que acude al servicio de radiodiagnóstico, derivado del servicio de digestivo. Presenta dolor abdominal de carácter moderado, deposiciones forzadas y presencia de sangre en heces.



# PRUEBAS REALIZADAS Y HALLAZGOS

En primer lugar se lleva cabo una **ecografía abdominal** en la que se realiza el hallazgo de importante cantidad de líquido libre intraperitoneal, con asas del intestino delgado distendidas, rellenas de líquido y con poca peristálsis.

A consecuencia de los hallazgos realizados en la ecografía se solicita una **tomografía axial computarizada abdomino-pélvica** tras la inyección de contraste yodado intravenoso, en fases arterial y portal, presentándose los siguientes resultados:

- Importante cantidad de líquido libre intraperitoneal, de aspecto homogéneo e hipodenso.

- Moderada dilatación de asas del intestino delgado, principalmente yeyunales en hipocondrio y flanco izquierdo, que presentan engrosamiento parietal y poco realce tras la administración de contraste en fase portal. En el resto de las asas más distales, aunque se aprecia engrosamiento, presentan buen realce parietal.
- No se aprecian defectos de repleción ni obstrucción de arterias principales de la aorta abdominal, sin embargo en reconstrucciones MIP se aprecia disminución de la vascularización distal de las ramas yeyunales, que en conjunto con los hallazgos intestinales y el líquido libre sugieren isquemia intestinal como primera posibilidad diagnóstica.

- Marco cólico de calibre normal y con buen realce de pared.
- Hígado de tamaño y morfología normales.
- Eje esenoportal permeable.
- Parénquima pancreático sin hallazgos patológicos.
- Bazo de tamaño normal y parénquima homogéneo.
- Ambos riñones de tamaño y morfología normal con buena diferenciación cortico medular.
- Las bases pulmonares incluidas en la exploración no presentan hallazgos patológicos.

# JUICIO CLÍNICO

Isquemia intestinal.

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En base a los síntomas comunes a la isquemia intestinal, como son:

- Dolor abdominal de leve a intenso.
- Deposiciones forzadas.
- Confusión mental en pacientes de avanzada edad.
- Presencia de sangre en heces.
- Distensión abdominal.
- Náuseas.
- Pérdida de peso de carácter involuntario.
- Calambres abdominales.

Se valoraron como probables causantes de los mismos otras posibles patologías, como son:

- La perforación visceral.
- La pancreatitis.
- La colecistitis.
- La obstrucción intestinal.
- La nefrolitiasis.

Todas ellas han quedado finalmente descartadas en base a los hallazgos obtenidos en las pruebas realizadas al paciente.

# COMENTARIO FINAL

La isquemia intestinal viene derivada de una disminución del riego sanguíneo que llega al intestino debido a la obstrucción de un vaso, que por norma general suele ser una arteria, pudiendo llegar a afectar al intestino grueso, intestino delgado o ambos.

Existen diversos factores de riesgo en la aparición de esta afección, como son, entre otros, el tabaquismo, problemas cardiacos, problemas de coagulación, la edad, consumo de sustancias estupefacientes, EPOC y el consumo de ciertos medicamentos.

Se la considera una afección grave.

Puede causar dolor y malfuncionamiento de los intestinos, pudiendo en casos graves llegar a causar la muerte.

Los estudios de diagnóstico por imágenes resultan de gran utilidad en la detección de esta patología. Siendo los más comúnmente utilizados la ecografía, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear.



# BIBLIOGRAFÍA

- Farreras R, Rozman C. Isquemia intestinal aguda. Características generales y grandes síndromes. En: Tratado de Medicina Interna. 14 ed. Madrid: Harcourt-Brace; 2000.
- Lawrence B, Scott B. AGA technical review on intestinal ischemia. American Gastrointestinal Association. Gastroenterology. 2000;118: 954-68.
- Sánchez Fernández P, Mier y Díaz J, Blanco Benavides R. Isquemia mesentérica aguda: semblanza de una enfermedad agresiva. Rev Gastroenterol Méx. 2000; 65(3):134-40.



# **TEMA 177. LA CONTENCIÓN MECÁNICA DE PACIENTES.**

**ANA BELÉN PARAJA SUÁREZ  
MARÍA TERESA PARAJA SUÁREZ**

# ÍNDICE

- **Introducción**
- **Objetivos**
- **Metodología**
- **Resultados**
- **Conclusiones**
- **Bibliografía**

# INTRODUCCIÓN

La contención mecánica es la limitación intencionada y en beneficio del paciente de la libertad de sus movimientos, que puede afectar a una parte del cuerpo (contención mecánica parcial), a su totalidad (contención mecánica total), o al normal acceso a cualquier parte del mismo, con cualquier método físico aplicado sobre su cuerpo o adyacente a él, del que no puede liberarse con facilidad.

Su objetivo es proporcionar al paciente los cuidados que necesita, garantizando la máxima calidad de los mismos y garantizando en todo momento la seguridad tanto para su salud como para el resto de personas a los que pueda ocasionar daños.

La implicación en la actuación de reducir al paciente debe ser de todo el personal, independientemente del estamento profesional. Será pues, una labor de equipo en la que trabajará desde el personal sanitario, médico, DUEs o Auxiliares de Enfermería, hasta el personal no sanitario, como son los celadores.

# OBJETIVOS

- Establecer las condiciones de aplicación de la contención como recurso terapéutico.
- Transmitir las pautas de prevención de posibles complicaciones derivadas de la inmovilización.

# METODOLOGÍA

Este trabajo se ha realizado con el objetivo de unificar criterios de contención de pacientes, por lo que se ha estudiado trabajos y publicaciones sobre el tema.

También se ha revisado documentación y protocolos sanitarios, así como una amplia bibliografía que aportará evidencias sobre el abordaje de la contención de pacientes.

Sobre el periodo establecido para el estudio, se ha optado por no acotar temporalmente la búsqueda para obtener una mayor selección de documentos.

Para ello se han utilizado las siguientes palabras clave: protocolo de contención terapéutica, agitación psicomotriz, conducta disruptiva, equipo de contención mecánica.



# RESULTADOS

## Condiciones de aplicación

Se aplicará cuando sea necesaria para controlar la agitación u alteraciones de la conducta de un paciente que supongan:

- Riesgo de autolesiones o suicidio.
- Peligro de caídas.
- Agitación no controlable con medicamentos
- Riesgo de que el paciente altere su plan terapéutico, por retirar sondajes, vías parenterales, oxigenoterapia u otros sistemas de soporte vital.
- Peligro de daño para terceras personas o elementos del entorno.
- O cuando lo solicite el propio paciente y haya causa justificada.

# RESULTADOS

## **Prevenir las complicaciones asociadas a la inmovilización**

Para prevenir posibles complicaciones asociadas a la inmovilización, todo el personal deberá:

- Desarrollar estrategias de prevención de prevención de úlceras por presión.
- Cumplir con pautas para evitar bronco-aspiraciones. (cabecero elevado y cabeza ladeada).
- Vigilar la aparición de otras complicaciones derivadas como lesiones isquémicas, estreñimiento, deshidratación, hipotensión, infecciones nosocomiales o muerte súbita.
- Prevenir trombo-embolismos. Para una inmovilización superior a 24 horas o en pacientes con factores de riesgo, se requerirá hacer profilaxis de trombosis, con heparina de bajo peso molecular.

# CONCLUSIONES

La contención mecánica supone un dilema ético, entre mantener el principio de Autonomía (con control de decisiones) o el de Beneficencia (protección ética al paciente).

Por tanto, cualquier intervención debe estar siempre recomendada por un facultativo médico, una vez fallida la contención verbal y la farmacológica, y se realizará siempre respetando la intimidad y dignidad del paciente.

Por ello es importante que todo el personal, tanto sanitario como no sanitario, reciban necesariamente formación y entrenamiento sobre el procedimiento y aplicación de contenciones.

# BIBLIOGRAFÍA

- Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Madrid. (2016). [Consultado en agosto de 2019]. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>

- Corral Cano, J. Universidad de Cantabria. Contenciones físicas: reflexiones sobre su vigencia. (2014). [Consultado en agosto de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/5581>

# BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (Comité Interdisciplinar de Sujeciones). Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Julio 2014. [Consultado en agosto de 2019]. Disponible en:

[https://www.segg.es/info\\_prensa.asp?pag=1&cod=349](https://www.segg.es/info_prensa.asp?pag=1&cod=349)

- Servicio de Salud del Principado de Asturias. (Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental). Protocolo de contención de pacientes (2017). [Consultado en agosto de 2019]. Disponible en:

<https://www.astursalud.es/documents/31867/234596/ContencionPacientes.pdf/aff3e9b1-a517-f17f-f0aa-dbde01e6ddb1>



# **TEMA 178. HALLAZGOS EN TC EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA.**

**LAURA DÍAZ RUBIA**

**FRANCISCO JAVIER GARCÍA VERDEJO**

# ÍNDICE

- **OBJETIVOS**
- **MATERIAL Y MÉTODOS**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSIONES**



# OBJETIVOS

Analizar los hallazgos radiológicos mediante TC abdominal en 40 pacientes con pancreatitis aguda y clasificar la enfermedad y sus complicaciones según los criterios tomográficos de Atlanta 2012.

# MATERIAL Y MÉTODOS

Estudiamos 40 pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda a los que se les solicitó una TC abdominal para estadiaje de la enfermedad.

Los criterios de inclusión fueron pacientes con pancreatitis aguda y más de 48-72 horas de evolución.

Para la realización del estudio se utilizó un scanner de 64 coronas y se administró contraste oral baritado e intravenoso yodado siempre que el aclaramiento de creatinina fuera superior a 30 mililitros/minuto.

# MATERIAL Y MÉTODOS

Posteriormente se procedía al postprocesado de las imágenes realizando reconstrucciones multiplanares (MPR) en coronal y sagital.

Por último se interpretó cada estudio, clasificando la pancreatitis según los nuevos criterios de Atlanta de 2012 en: PEI (pancreatitis edematosa intersticial) y PN (pancreatitis necrotizante) y las colecciones en función de su evolución, menor de 4 semanas (colección líquida peripancreática aguda y colección necrótica aguda), más de 4 semanas (pseudoquiste y necrosis encapsulada) y de su contenido.

# RESULTADOS

De los 40 pacientes analizados, el 75% fueron varones y la edad media fue de 72 años.

Las pancreatitis fueron un 60% litiásicas, un 30% alcohólicas y un 10% idiopáticas.

Se analizaron los hallazgos radiológicos encontrando que el 80% fueron PEI y el 20% restante PN.

En cuanto a las complicaciones se observaron en el 30 % de las pancreatitis, siendo en 4 pacientes colecciones líquidas peripancreáticas, en 2 colecciones necróticas agudas, en 5 pseudoquistes y en 1 paciente necrosis encapsulada.

# CONCLUSIONES

La TC es una herramienta fundamental en el diagnóstico de la pancreatitis aguda y sus complicaciones.

Con los criterios modificados de Atlanta se ha actualizado la terminología aportando clasificaciones clínicas más prácticas, todo ello favoreciendo una mejor comunicación entre los especialistas implicados en el manejo de la enfermedad.

# BIBLIOGRAFÍA

- Ortiz Morales CM, Girela Baena EL, Olalla Muñoz JR, Parlorio de Andrés E, López Corbalán JA. Radiology of acute pancreatitis today: the Atlanta classification and the current role of imaging in its diagnosis and treatment. *Radiologia*. 2019 May 29. pii: S0033-8338(19)30059-1.
- Badat N, Millet I, Corno L, Khaled W, Boulay-Coletta I, Zins M. Revised Atlanta classification for CT pancreatic and peripancreatic collections in the first month of acute pancreatitis: interobserver agreement. *Eur Radiol*. 2019 May;29(5):2302-2310.

# BIBLIOGRAFÍA

- Kamal A, Singh VK, Akshintala VS, Kawamoto S, Tsai S, Haider M, et al. CT and MRI assessment of symptomatic organized pancreatic fluid collections and pancreatic duct disruption: an interreader variability study using the revised Atlanta classification 2012. *Abdom Imaging*. 2015 Aug;40(6):1608-16.
- Sheu Y, Furlan A, Almusa O, Papachristou G, Bae KT. The revised Atlanta classification for acute pancreatitis: a CT imaging guide for radiologists. *Emerg Radiol*. 2012 Jun;19(3):237-43.





**TEMA 179. ANÁLISIS COMPARATIVO  
DE LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES  
CON PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA  
EN LOS CUATRO PRIMEROS MESES  
DE TRATAMIENTO.**

**ANA CANO TURPÍN  
CARMEN ORTIZ GIMÉNEZ  
ELISA BAUTISTAALARCÓN  
EVA PÉREZ PARRA**

# ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. METODOLOGÍA**
- 3. RESULTADOS**
- 4. CONCLUSIÓN**
- 5. BIBLIOGRAFÍA**

# 1. INTRODUCCIÓN

La artrosis de rodilla es una enfermedad cada vez más frecuente en nuestros mayores, dado el aumento de la expectativa de vida que estamos experimentando y el gran desgaste de esta articulación con el tiempo.

Se manifiesta mediante signos radiológicos degenerativos en el 5-15% de la población entre 35 y 74 años, siendo la causa más habitual de incapacidad.

Una prótesis de rodilla es una articulación artificial que reemplaza a la articulación de la rodilla cuando su cartílago y tejido óseo se encuentran dañados.

El objetivo de la misma es mejorar la movilidad de la rodilla y quitar el dolor que padece el paciente, que en ocasiones no le deja dormir ni hacer sus actividades normales.

Las prótesis de rodilla están fabricadas con distintos materiales: metales, cerámica y un plástico llamado polietileno. Estos materiales se fijan a los huesos del paciente (el fémur, la tibia y a veces la rótula) con o sin cemento, dependiendo de las características del paciente y de la articulación afectada.

## **2. METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio con cada uno de los pacientes que asistieron al servicio de rehabilitación durante un año. Se estudiaron 30 pacientes, 20 varones y 10 mujeres, con edades comprendidas entre los 60 y los 78 años, que iniciaron el tratamiento aproximadamente al mes de la cirugía.

Se realizó el mismo tratamiento a todos, consistente en trabajo de la cicatriz, masaje deplectivo, cinesiterapia activo-asistida, ejercicios isométricos posteriormente sustituidos por isotónicos y por último contra resistencia, TENS si tenían dolor y crioterapia al final de la sesión.

### **3. RESULTADOS**

La mitad de los pacientes que durante estos cuatro primeros meses de tratamiento tenían dolor de rodilla en la escala visual analógica (EVA) obtenían una puntuación mayor de 7 y presentaban una flexión de rodilla activa libre entre los 70° y 90°; por el contrario, la otra mitad, que obtenían una puntuación de 1-2 en la EVA, presentaban una gran rigidez hacia la flexión de rodilla y con el tratamiento pautado tuvieron que ir ganando día tras día grados de flexión a base de mucho dolor durante los ejercicios activo-asistidos para aumentar su recorrido articular.

Al cabo de los cuatro meses de tratamiento, todos los pacientes presentaban una EVA de 1-2 y flexión de rodilla de al menos 90°.

## 4. CONCLUSIÓN

Según nuestro estudio, apreciamos que durante los primeros cuatro meses de tratamiento en pacientes con prótesis total de rodilla, se pueden encontrar dos formas claramente diferenciadas de evolución, pero en cualquiera de ellas el 100% de los pacientes consiguen realizar una vida totalmente normal y sin dolor.

En el estudio no se apreciaron diferencias significativas entre ambos sexos.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Cruz Arroyo B, Esteban Aboy B. Tratamiento y estudio de las prótesis de rodilla. *Fisioterapia*. 1998; 20 (3): 164-170.
- López Liria R, Vega Ramírez FA, Catalán Matamoros D, Padilla Góngora D, Martínez Cortés MC, Mesa Ruiz A. La rehabilitación y fisioterapia domiciliaria en las prótesis de rodilla. *An Sist Sanit Navar*. 2012; 35 (1): 99-113.
- Medicina 21 [sede Web]. Barcelona: Ediciones Farmavet SL [revisado 13 Feb 2017; consultado 20 Sep 2019]. Giménez S. La prótesis de rodilla. Disponible en: <https://www.medicina21.com/Articulos/V4240/La-Protesis-de-Rodilla.html>





**TEMA 180. VALORACIÓN Y  
DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN  
FISIOTERAPIA EN ENFERMEDAD  
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA  
(EPOC) EN SITUACIÓN CLÍNICA  
ESTABLE.**

**MARTA RÍOS LEÓN**

# ÍNDICE

- **DEFINICIÓN DE EPOC**
- **FENOTIPOS CLÍNICOS DE EPOC**
- **ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE EPOC**
- **VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE**
- **BIBLIOGRAFÍA**

# DEFINICIÓN DE EPOC

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se define como una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, causada principalmente por el tabaco. La limitación al flujo aéreo se suele manifestar como disnea generalmente progresiva. Además, suele presentarse con otros síntomas respiratorios como la tos crónica acompañada o no de expectoración.

También se caracteriza por la presencia de agudizaciones y frecuente presencia de comorbilidades que contribuirían a la gravedad.

La espirometría debe utilizarse como prueba de confirmación ante la sospecha diagnóstica en un paciente que presenta síntomas respiratorios crónicos y es fumador o exfumador.

# DEFINICIÓN DE EPOC

En casos menos frecuentes, se debe obtener una historia de exposición a otros agentes tóxicos inhalados en el hogar o en el lugar de trabajo.

Por tanto, su importancia radica en que se considera una patología infradiagnosticada de elevada morbimortalidad, constituyendo la cuarta causa de muerte. Además, se prevé un aumento en su prevalencia durante los próximos años.

En esta línea, a pesar de que los síntomas principales son la disnea, la tos y la expectoración, su presentación clínica es muy heterogénea y existen diversos fenotipos clínicos.

# FENOTIPOS CLÍNICOS DE EPOC

La EPOC es una enfermedad heterogénea. La guía GesEPOC propone cuatro fenotipos que determinan un tratamiento diferenciado:

- 1. No agudizador, con enfisema o bronquitis crónica.*
- 2. EPOC-asma (ACO, del inglés *asthma-COPD overlap*).*
- 3. Agudizador con enfisema*
- 4. Agudizador con bronquitis crónica.*

# FENOTIPOS CLÍNICOS DE EPOC

Se describirán, a continuación, de manera breve, los fenotipos clínicos relacionados con situación clínica estable de EPOC, objeto del presente capítulo:

- El *fenotipo no agudizador* se caracteriza por presentar como máximo un episodio de agudización moderada el año previo. Estos pacientes presentan menor riesgo de deterioro de su calidad de vida, pérdida de función pulmonar o mortalidad que el agudizador.
- El *fenotipo ACO* incluye asma y EPOC. En esta línea, en la confirmación de su diagnóstico destaca:
  - Presencia de limitación crónica al flujo aéreo persistente ( $FEV_1$ /capacidad vital forzada tras broncodilatación  $< 70\%$ ) en un paciente  $\geq 35$  años, fumador o exfumador con una historia tabáquica de al menos 10 paquetes-año.

# FENOTIPOS CLÍNICOS DE EPOC

- Diagnóstico de asma actual, que incluye:
  - Síntomas respiratorios (sibilantes, tos, opresión torácica) de curso variable, en ocasiones en forma de crisis de disnea de intensidad también variable, o inflamación de la vía aérea superior (rinosinusitis con o sin poliposis nasal).
  - Confirmación diagnóstica objetiva por reversibilidad de la obstrucción de los flujos espirométricos mediante espirometría o prueba broncodilatadora positiva ( $\geq 12\%$  y  $\geq 200$  ml), o una variabilidad circadiana del flujo espiratorio máximo  $\geq 20\%$  o una fracción exhalada de óxido nítrico  $\geq 50$  ppb.

Estas características clínicas serán críticas para determinar el pronóstico de estos pacientes, mediante una adecuada valoración y diagnóstico funcional de estos pacientes.



# ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE EPOC

En relación a su **etiología**, destaca:

- *Consumo de tabaco*: en diversos estudios de cohortes, se ha estimado que el riesgo absoluto de desarrollar EPOC entre fumadores es 9 o 10 veces superior que en no fumadores. Sin embargo, sólo el 50% de fumadores desarrollarían EPOC. Además, se ha demostrado que el riesgo es proporcional al consumo acumulado de tabaco, de forma que el riesgo varía del 26% al 51% en fumadores de 15-30 paquetes al año y aquellos de más de 30 paquetes al año, respectivamente.
- *Tabaquismo pasivo*: diversos estudios observacionales han demostrado que el tabaquismo pasivo se asocia a un mayor riesgo de EPOC. En esta línea, la duración del tabaquismo pasivo resultó directamente relacionada con el riesgo de EPOC.

# ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE EPOC

- *Quema de combustible biomasa*: a nivel mundial, aproximadamente el 50% de todas las casas y el 90% de las casas rurales usan el combustible de biomasa (madera, carbón vegetal, otras materias vegetales y el estiércol) como su fuente principal de energía doméstica.

En esta línea, en diversas revisiones sistemáticas se ha identificado la biomasa y otros combustibles para uso en calefacción o en cocina en países en vías de desarrollo como factor de riesgo de EPOC en áreas rurales. Se estima un riesgo de desarrollar EPOC más elevado que en los expuesto frente a los no expuestos (odds ratio = 2,44; intervalo de confianza del 95%, 1,90-3,33), tanto en varones como en mujeres, en pacientes con EPOC, fumadores y no fumadores.

# ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE EPOC

En España, se ha documentado un riesgo aumentado de ingreso por EPOC en mujeres que habían estado expuestas de forma significativa en su infancia y juventud al humo de leña o de carbón. Este riesgo fue independiente del tabaquismo. Además, en un estudio reciente en hasta un 24% de los pacientes con EPOC tenían como factor etiológico la exposición a humo de biomasa.

Por tanto, los antecedentes de exposición a humo de leña o carbón deben tenerse en cuenta, en particular en personas con obstrucción crónica al flujo aéreo, no fumadoras o con escasa exposición al tabaco.

# ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE EPOC

Por otra parte, los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de EPOC son:

- *Contaminación atmosférica:* polvo, humo, ozono, las partículas en suspensión (PM), el monóxido de carbono (CO), el dióxido de sulfuro (SO<sub>2</sub>), el dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>) y otros gases. Existe controversia respecto a la contaminación atmosférica como causa directa de EPOC y se considera cuantitativamente mínima. En esta línea, la exposición a largo plazo a niveles bajos de contaminación atmosférica se asocia a incremento de riesgo de desarrollar EPOC grave en pacientes fumadores.
- *Exposición ocupacional:* la exposición a polvos, gases y humos tóxicos favorece la aparición de esta patología.
- *Tuberculosis pulmonar.*
- *Factores genéticos,* como aquellos relacionados con

# ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE EPOC

deficiencia de alfa-1-antitripsina relacionado con el desarrollo del enfisema. Además, este déficit supone el 1% de EPOC.

- *Otros factores de riesgo* como edad, sexo, envejecimiento pulmonar, infecciones respiratorias de repetición en el niño o adulto en edades tempranas y factores socioeconómicos. En este sentido, la prevalencia se incrementaría con la edad, género masculino y clases sociales desfavorecidas.

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

A continuación, se describe la valoración y diagnóstico funcional en fisioterapia aplicado a los fenotipos clínicos de EPOC no agudizador y ACO.

La valoración y diagnóstico funcional en situación clínica estable de esta entidad clínica, se divide en 4 apartados diferenciados:

- *Historia clínica.*
- *Examen físico.*
- *Test de evaluación.*
- *Cuestionarios y escalas.*

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 1. HISTORIA CLÍNICA

Los aspectos más relevantes que se recogen en la historia clínica incluyen:

- *Historia médica pasada*
- *Factores de riesgo:* tabaco (paquetes al año), contaminación aérea, químicos, polvo, humo, profesión, asma, infecciones del tracto respiratorio, historia familiar de EPOC, bajo peso al nacer.
- *Comorbilidades.*
- *Resultados de la espirometría.*

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 2. EXAMEN FÍSICO

Los signos físicos para el diagnóstico de EPOC, pese a que un examen físico sin alteraciones no excluye del diagnóstico, son:

- En la **inspección**:
  - *Respiración con labios fruncidos*: sólo durante la espiración.
  - *Uso de musculatura accesoria de la respiración*: incremento de actividad de los músculos esternocleidomastoideo y escalenos e hipertrofia del músculo esternocleidomastoideo.



# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 2. EXAMEN FÍSICO

*-Distensión venosa yugular durante la espiración:* es importante durante la inspección de las venas del cuello incluir una estimación de la presión venosa yugular y un análisis del pulso venoso.

*-Retracción de la fosa supraclavicular durante la inspiración:* se correlaciona con un reducido FEV<sub>1</sub>.

*-Paradoja respiratoria (respiración alternante):* resultado de la progresiva debilidad del diafragma debido al exceso de trabajo en EPOC severa. La presencia de este signo indica fallo ventilatorio severo y posible necesidad de ventilación mecánica.

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 2. EXAMEN FÍSICO

- Pérdida de la masa muscular*: el bajo índice de masa corporal se incluye en el índice BODE (predictor de hospitalización para EPOC).
- Incremento del diámetro antero-posterior del tórax (tórax en barril)*.
- Pérdida de la movilidad torácica*: indica un FEV<sub>1</sub> menor del 40%.
- Edema periférico*: indica fallo del corazón derecho o cor pulmonale en pacientes con hipertensión pulmonar en EPOC severa.

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 2. EXAMEN FÍSICO

- *Postura para el alivio de la disnea*: caracterizada por inclinación anterior de tronco con palmas de las manos extendidas.
- *Signo de Hoover (Hoover's Groove)*: se pierde cuando el paciente realiza una inclinación anterior de tronco. Este signo, valorable manual o visualmente, se relaciona con el aplanamiento temprano del diafragma durante la inspiración.
- En la **palpación**: la palpación del tórax puede detectar una excursión respiratoria alterada, valorable mediante la palpación simétrica o medición de los cambios en la circunferencia. Además, el frémito táctil parece estar disminuido.

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 2. EXAMEN FÍSICO

Entre los signos físicos presentes en la palpación, se incluyen:

*-Expansión torácica restringida:* se mide con la diferencia en la circunferencia del tórax entre el final de la espiración y el final de la inspiración con una cinta métrica. Si la expansión es igual o menor a 3,8 cm, hay alteración (normal: 5 cm) y si una sola medición es menor de 2,5 cm está alterada (normal: mayor de 7,6 cm).

*-Espacios intercostales muy marcados:* debido a la retracción inspiratoria y al incremento de la resistencia de las vías espiratorias que impide el vaciado pulmonar.

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 2. EXAMEN FÍSICO

- *Desplazamiento subxifoideo de la punta del corazón* (impulso apical “ausente”): sugiere un FEV<sub>1</sub> menor del 50%. Además, el gran esfuerzo de la sistólica paraesternal indica presencia de hipertrofia ventricular derecha.
- En la **percusión**, destaca el timpanismo en la región torácica con aumento de la resonancia generalizada y simétrica. Se relaciona con la presencia del denominado corazón en gota, en la que el corazón adquiere una forma vertical y pequeña, sugiriendo la presencia de enfisema subclínico y es característico de EPOC avanzada.

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 2. EXAMEN FÍSICO

- En la **auscultación**, destaca:
  - *Sonidos pulmonares disminuidos*: es el mejor predictor de EPOC moderada a severa y es característico del enfisema.
  - *Las sibilancias* inicialmente ocurren sólo en espiración forzada y en espiración no forzada. Es frecuente en bronquitis crónica, siendo en estos característico el roncus. Las sibilancias son más típicas de asma.
  - *Crepitantes inspiratorios tempranos*: las crepitaciones comienzan con la inspiración e indican un FEV<sub>1</sub> menor del 40%. Es típico de bronquitis crónica e insuficiencia cardíaca.

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 2. EXAMEN FÍSICO

- *Respiración anfótera* (respiración cavernosa): caracterizada por un timbre más resonante y armónico que la respiración traqueal. Se localiza donde se esperan sonidos respiratorios vesiculares.
- *P2 acentuado*: es un signo de cor pulmonale que afecta al segundo sonido del corazón con un acentuado componente pulmonar y es indicador de hipertensión pulmonar. Además, el soplo de regurgitación tricúspide indica la presencia de dilatación ventricular derecha, estando incrementado en la inspiración (signo de Carvallo).

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 2. EXAMEN FÍSICO

- Entre las **maniobras especiales**, destacan:
  - *Tiempo espiratorio forzado (FET)*: aparece un prolongado tiempo espiratorio (FET de más de 6 segundos indica obstrucción de flujo espiratorio) con  $FEV_1 < 50\%$ , correlacionándose estos resultados con la espirometría. La medición se realiza situando el estetoscopio en la tráquea en la horquilla esternal, se instruye al paciente para que realice una espiración forzada rápida y se mide el tiempo de espiración con un cronómetro.



# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 2. EXAMEN FÍSICO

- *Match test* (Snider test): el paciente sopla una cerilla con labios y boca tan abiertos como sea posible siendo 10 cm indicador de severidad moderada de EPOC (normal: 15 a 20 cm). Este test está contraindicado en pacientes EPOC con oxígeno terapéutico.

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

En este sentido, los ítems diagnósticos más útiles con mayor valor predictivo positivo que negativo son los sonidos pulmonares disminuidos y los estertores inspiratorios tempranos.

Sin embargo, los signos pulmonares típicos, basados en la evidencia, que ayudan a evaluar y controlar exacerbaciones de EPOC establecida y son confinados a EPOC severa y normalmente establecida son: tórax en barril, uso de musculatura accesorio, pérdida de peso y edema periférico.

Por último, otros signos basados en la evidencia como FET, altura de la laringe y el impulso apical subxifoideo no se usan como parte del examen físico rutinario y son menos útiles.

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 3. TEST DE EVALUACIÓN

• *Test basados en medición de capacidad del ejercicio y grado de actividad física diaria:*

- 6-minute walk test: 35 m indica cambio significativo y 26 m obstrucción grave.*
- Prueba de la lanzadera o shuttle-walk test (endurance shuttle-walk test o incremental shuttle-walk test). El cambio mínimo se considera 47,5 m.*
- Stair-climbing test se emplea en el caso de que el paciente no pueda realizar el test de ejercicio cardiopulmonar (CPET).*
- 4-meter walk gait speed test se utiliza para evaluar la*

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 3. TEST DE EVALUACIÓN

velocidad de la marcha, futuro marcador predictivo de EPOC. Se emplean 2 métodos para su ejecución: *rolling start 4-m gait speed* o *static start 4-m gait speed*.

- *Test de ejercicio cardiopulmonar (CPET)* es test de laboratorio. Se realiza como test de tapiz rodante con rango de trabajo constante o incremental o test de cicloergómetro de rango de trabajo constante o incremental. La prueba de resistencia o submáxima con cicloergómetro se realiza al 70-85% del máximo alcanzado en una prueba de ejercicio progresivo, considerándose un cambio mínimo clínicamente 100-105s. Se analiza disnea y ventilación minuto así como capacidad inspiratoria como reflejo de hiperinsuflación

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 3. TEST DE EVALUACIÓN

dinámica. Se utiliza el pulsioxímetro para valoración de la SaO<sub>2</sub> y frecuencia cardíaca.

Es importante destacar que, entre los test de campo, *6-minute walk test* y *shuttle-walk test* son los más utilizados. Además, es frecuente utilizar otros cuestionarios combinados con los anteriormente citados para la valoración de la actividad física así como acelerómetros.

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 3. TEST DE EVALUACIÓN

- *Evaluación de presión máxima espiratoria e inspiratoria:* se realiza mediante inspirómetro de incentivo y espirómetro de incentivo. Si la presión inspiratoria máxima [PIM] es menor de 60 cm H<sub>2</sub>O se requiere de entrenamiento de la musculatura inspiratoria.
- *Medición de fuerza de musculatura periférica:*
  - *Valoración de la fuerza muscular isométrica* se realiza con calibrador de tensión o medidor de deformación, dinamómetro computarizado (Cybex o Biodex), dinamómetro de mano o test manual.

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 3. TEST DE EVALUACIÓN

- *Valoración de la fuerza muscular isotónica se realiza con sistema hidráulico o 1-repetición máxima (1-RM).*
- *Valoración de la fuerza muscular isocinética se mide con dinamómetro computarizado.*

También se puede evaluar la fuerza muscular con *sit-to-stand test* o *electromiografía*.

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 4. CUESTIONARIOS Y ESCALAS

- *Evaluación de la disnea: modified Medical Research Council (mMRC) dyspnea scale o Borg scale, siendo ésta última utilizada para la valoración de la disnea al esfuerzo y aplicada antes y después de una prueba de esfuerzo.*
- *Evaluación del control postural, equilibrio y miedo a las caídas: Berg Balance Scale, Activities-specific Balance Confidence (ABC) scale o Balance Evaluation Systems Test, siendo Balance Evaluation Systems test y ABC los más importantes al presentar mayor contenido.*



# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 4. CUESTIONARIOS Y ESCALAS

- Entre los *cuestionarios* más relevantes, destacan:
  - *Evaluación de los síntomas*: la estrategia GOLD recomienda *modified British Medical Research Council (mMRC) questionnaire* o *the COPD Assessment Test (CAT)*.
  - *Para la derivación de pacientes a pruebas de función pulmonar o al neumólogo*: destaca *COPD Population Screener Questionnaire* solo o en combinación con el espirómetro portátil *copd-6*. Esto es importante en casos de EPOC leve que permanece sin diagnosticar.

# VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO FUNCIONAL EN FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

## 4. CUESTIONARIOS Y ESCALAS

- Para la *calidad de vida*: *St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)*, *Chronic Respiratory Questionnaire*, *Zhongshan COPD questionnaire*, *EuroQol-5D*, *SF-36*.

# BIBLIOGRAFÍA

- SEPAR. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) – Guía Española de la EPOC (GesEPOC): Versión 2017. Arch Bronconeumol. 2017; 53 (Suppl 1): 1-76.
- Steihauser KE, Arnold RM, Olsen MK, Lindquist J, Hays J, Wood LL et al. Comparing three life-limiting diseases: does diagnosis matter or is sick, sick? J Pain Symptom Manage. 2011;42:331-341.
- Bausewein C, Booth S, Gysels M, Kühnbach R, Haberland B, Higginson IJ. Understanding breathlessness: cross-sectional comparison of symptom burden and palliative care needs in chronic obstructive pulmonary disease and cancer. J Palliat Med. 2010;13:109-118.

# BIBLIOGRAFÍA

- Lohne V, Heer HC, Andersen M, Miaskowski C, Kongerud J, Rustøen T. Qualitative study of pain of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung*. 2010;39:226-234.
- Weingaertner V, Scheve C, Gerdes V, Schwarz-Eywill M, Prenzel R, Bausewein C et al. Breathlessness, functional status, distress, and palliative care needs over time in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease or lung cancer: a cohort study. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48:569-581.
- Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax*. 2000;55:1000-1006.

# BIBLIOGRAFÍA

- Pinnock H, Kendall M, Murray SA, Worth A, Levack P, Porter Met al. Living and dying with severe chronic obstructive pulmonary disease: multi-perspective longitudinal qualitative study. *BMJ*. 2011 ;342:d142.
- Small N, Gardiner C, Barnes S, Gott M, Payne S, Seamark D et al. Using a prediction of death in the next 12 months as a prompt for referral to palliative care acts to the detriment of patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease. *Palliat Med*. 2010;24:740-741.
- Miravittles M, Peña-Longobardo LM, Oliva-Moreno J, Hidalgo-Vega A. Caregivers' burden in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015;10:347-356.
- Corhay JL, Dang DN, Van Cauwenberge H, Louis R. Pulmonary rehabilitation and COPD: providing patients a good environment for optimizing therapy. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014;9:27-39.

# BIBLIOGRAFÍA

- Postolache P, Cojocaru DC. Pulmonary rehabilitation-from guidelines to practice. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2013;17(2):380-387.
- Maltais F. Exercise and COPD: therapeutic responses, disease-related outcomes, and activity-promotion strategies. Phys Sportsmed. 2013;41(1):66-80.
- Divo M, Pinto-Plata V. Role of exercise in testing and in therapy of COPD. Med Clin North Am. 2012;96(4):753-766.
- Karpman C, Benzo R. Gait speed as a measure of functional status in COPD patients. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2014;9:1315-1320.
- Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med. 2013;188(8):e13-64.

# BIBLIOGRAFÍA

- Maltais F, Decramer M, Casaburi R, Barreiro E, Burelle Y, Debigaré R et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: update on limb muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014;189(9):e15-62.
- Lee AL, Holland AE. Time to adapt exercise regimens in pulmonary rehabilitation--a trainin literature. *Int J Chron Obstruct Pulmon Disg Review*. 2014;9:1275-1288.
- Robles PG, Mathur S, Janaudis-Fereira T, Dolmage TE, Goldstein RS, Brooks D. Measurement of peripheral muscle strength in individuals with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 201 ;31(1):1 -24.

# BIBLIOGRAFÍA

- Crisafulli E, Morandi A, Olivini A, Malerba M, Clini EM. Rehabilitation and supportive therapy in elderly patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Eur J Intern Med.* 2014;25(4):329-35.
- Oliveira CC, Lee A, Granger CL, Miller KJ, Irving LB, Denehy L. Postural control and fear of falling assessment in people with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of instruments, international classification of functioning, disability and health linkage, and measurement properties. *Arch Phys Med Rehabil.* 2013;94(9):1784-1799.
- Casaburi R, Duvall K. Improving early-stage diagnosis and management of COPD in primary care. *Postgrad Med.* 2014;126(4):141-154.
- Osthoff M, Jenkins C, Leuppi J. Chronic obstructive pulmonary disease—a treatable disease. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13777.



# BIBLIOGRAFÍA

- O'Donnell DE, Gebke KB. Examining the role of activity, exercise, and pharmacology in mild COPD. *Postgrad Med.* 2014;126(5):135-45.
- Yancey JR, Chaffee D. The role of breathing exercises in the treatment of COPD. *Am Fam Physician.* 2014;89(1):15-6.
- Jácome C, Marques A. Pulmonary rehabilitation for mild COPD: a systematic review. *Respir Care.* 2014;59(4):588-594.
- Kon SS, Canavan JL, Man WD. Pulmonary rehabilitation and acute exacerbations of COPD. *Expert Rev Respir Med.* 2012;6(5):523-531.



# **TEMA 181. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TUMORES HIPOFISARIOS.**

**ANA PABLOS ÁLVAREZ  
VERÓNICA ARIAS FRA**

# ÍNDICE

- 1, ANATOMÍA DE LA HIPÓFISIS**
- 2, FISIOLOGÍA DE LA HIPÓFISIS**
- 3, SÍNDROMES DE LA ADENO HIPÓFISIS**
- 4, TUMORES DE HIPÓFISIS**
- 5, CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PRE Y EN EL POST QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES DE HIPÓFISIS**
- 6, BIBLIOGRAFÍA**

# 1, ANATOMÍA

¿Qué es la hipófisis?

Es un órgano neuroglandular ubicado en la silla turca, la cual es una estructura ósea perteneciente al esfenoides, en la base del cráneo

Es de tamaño de un garbanzo y pesa 0,5 gramos aproximadamente

La hipófisis consta de dos partes:

- La adenohipófisis
- La neurohipófisis

## 2, FISIOLÓGÍA

Tipos de hormonas segregadas por la hipófisis

- **Adenohipófisis**

- De acción propia

- STH (Crecimiento) : Actúa tanto sobre el desarrollo como en el crecimiento

- MSH (Melanotropa): Actúa sobre los melanocitos favoreciendo la dispersión de la melanina que ellos contienen.

□ De acción

indirecta

- TSH: Actúa sobre la glándula tiroides, por lo tanto todos los mecanismos bioquímicos que de la glándula tiroides derivan
  
- ACTH: Regula la secreción de la hidrocortisona y de los andrógenos suprarrenales. También regula los mineralcorticoides
  
- FSH y LH: Actúan sobre el folículo de GRAAF para su desarrollo y maduración
  
- Prolactina (LTH): Provoca la secreción de la progesterona para la lactación

- **Neurohipófisis**

- Oxitocina: Actúa sobre el útero y las células contráctiles de las glándulas mamarias
- Vasopresina: Su función es la retención de agua en el organismo y frenar su excreción a través del riñón



### 3, SÍNDROMES DE LA ADENOHIPÓFISIS

Hay 2 tipos:

- **Síndrome por hipofuncionamiento**

\* Panhipopituitarismo

Es la insuficiencia de la totalidad de las hormonas hipofisarias

- **Síndrome por hiperfuncionamiento**

\* Gigantismo (niños)

\* Acromegalia (adultos)

\* Hiperfunción ACTH

Dentro de la hiperfunción de la ACTH, Ss debe diferenciar entre:

- Síndrome de Cushing: Alteraciones clínicas derivadas de un exceso de glucocorticoides circulantes
- Enfermedad de Cushing: Se dice cuando este síndrome se producido por un aumento de ACTH

- Hiperfunción TSH. Síndrome de Basedow

Este proceso es el más frecuente dentro del hipertiroidismo y es debido por la acción de los anticuerpos estimulantes del tiroides que actúan a nivel de los receptores de TSH

- Síndrome hiperfunción de prolactina

La hiperprolactinemia tiene mucha importancia clínica ya que descompensa el ciclo ovulatorio en la mujer, produciendo amenorrea, galactorrea y además, efecto diabetógeno

## 4, TUMORES DE HIPÓFISIS

Los tumores de hipófisis se clasifican según su función y su tamaño.

- Según su función
  - Hiperfuncionantes
  - No funcionantes
  
- Según su tamaño
  - Microadenomas
  - Macroadenomas

- Los síntomas más frecuentes de los tumores de hipófisis son:
  - Alteraciones visuales como la hemianopsia y la diplopía
  - Hipopituitarismo
  - Hiperfunción (acromegalia, enf, de Cushing, amaenorea, galactorrea, hipertiroidismo)

- Diagnostico

1. Clínico: Aspecto físico, exploración (galactorrea, HTA, diabetes, obesidad)
2. Oftalmológico: hemianopsia bitemporal, atrofia y edema de papila
3. Laboratorio: análisis de sangre
4. Pruebas radiológicas: Rx, TAC y RMN

- Tratamiento

El tratamiento de elección (excepto en prolactinomas) es el tratamiento quirúrgico

En los microadenomas y macroadenomas no invasivos, la técnica quirúrgica es la vía transesfenoidal

En los macroadenomas invasivos la técnica quirúrgica ya sería mas complicada y se haría en 2 tiempos:

- 1, Descompresión por vía transesfenoidal
- 2, Exéresis del tumor por vía frontal

## 5, DE ENFERMERÍA EN EL PRE Y EN EL POST QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES DE HIPÓFISIS

### Pre quirúrgico

Enfermería tiene un papel muy importante por el grado de angustia que suelen presentar estos pacientes a su llegada a la unidad. El objetivo de enfermería será transmitirle seguridad y confianza

Es conveniente reforzar la información dada por el neurocirujano para ver si lo ha entendido todo bien



- Cuidados preoperatorios inmediatos

Se considera preoperatorio inmediato las 48h antes de la intervención quirúrgica

Los objetivos son:

- Preparar el campo quirúrgico en las mejores condiciones de asepsia
- Atender el estado psicológico del paciente

Los cuidados de enfermería serán:

- Una perfecta higiene bucal
- Colutorio frecuente con clorhexidina c/ 2h como prevención de posibles infecciones

- Se le administrará al paciente un antiséptico faríngeo en pastillas de chupar c/4h
- Colocaremos unas medias de compresión antiembólica
- Haremos la preparación con la premedicación que nos hayan pautado

- **Cuidados de enfermería postoperatorios de tumores de hipófisis con abordaje transesfenoidal**

Tenemos que saber que el paciente llegará a la unidad :

- Consciente y orientado
- Portador de sonda vesical con control horario
- Portador de taponamiento nasal
- Portador de fluidoterapia

Nuestros objetivos serán:

- Normalizar la zona afectada por la intervención
- Evitar infecciones

- Pasos a seguir cuando llega el paciente a planta:
  - Acomodar al paciente en la cama
  - Revisar el taponamiento nasal
  - Controlar la sueroterapia
  - Controla la sonda vesical
  - Higiene bucal rigurosa con una solución antiséptica
  - Control de líquidos y diuresis
  - Mantener la permeabilidad de los tubos de Wendell
  - Retirar los tubos de Wendell a las 36-48h de la intervención
  - Inmediatamente después de la retirada de los tubos de Wendell se realizará un taponamiento nasal con gasas vaselinadas, las cuales se retirarán en 24-48h. Tras la retirada de las gasas se realizarán lavados nasales con suero fisiológico

- Se le indicará al paciente que no debe sonarse fuerte ni realizar movimientos de Valsalva.
- A las 48h se iniciará sedestación y se comenzará con dieta
- En los tumores que han cursado con acromegalia, el primer síntoma a las 48h es la reducción de las partes blandas, lo que les sirve a los pacientes, de gran ayuda psicológica
- Toma de constantes habituales

# BIBLIOGRAFÍA

- Guy Lazorthes, Tratado del sistema nervioso central
- Protocolos específicos de enfermería Neuroquirúrgica , Hospital universitario central de Asturias
- Smith Gerinain, Enfermería Médico-quirúrgica, Editorial interamericana



# **TEMA 182. EFECTIVIDAD DEL VENDAJE NEUROMUSCULAR EN LA FASCITIS PLANTAR.**

**FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIA**

**ANA CANO TURPIN**

**EVA PEREZ PARRA**

**FRANCISCA YOLANDA MURCIAARAGON**



# ÍNDICE

- INTRODUCCION
- CASO CLINICO
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAFIA

# INTRODUCCION

La fascitis plantar es una inflamación en la fascia plantar, que es una banda de tejido elástico que va desde el calcáneo hasta los metatarsianos. Dicha banda es fundamental en la marcha porque mantiene el arco plantar, absorbe y devuelve la energía del pie cuando éste impacta contra el suelo. También protege los metatarsos, evitando un exceso de flexión en los dedos. El dolor se produce en la parte interna del talón que es donde se inserta la fascia. Los fundamentos del vendaje neuromuscular fueron establecidos en los años 70 en Japón por el Dr. Kenso Kase. Se trata de una cinta elástica, similar a la piel en su peso, propiedades elásticas y grosor, y al músculo en su elasticidad. Con este tipo de vendaje se va a estimular el proceso reduciendo la inflamación pero sin limitar la movilidad.

# CASO CLINICO

Deportista de 21 años que acude a fisioterapia por presentar dolor e inflamación en zona interna del talón de varios meses de evolución que ya imposibilita para hacer su deporte habitual (marcha). El paciente presentaba hinchazón leve, enrojecimiento y sensibilidad en la parte inferior del talón. Además del tratamiento consistente en masaje del arco plantar, estiramientos de la cadena posterior y ultrasonidos en fascia plantar, se realiza vendaje neuromuscular con la técnica de la fascia: cinta en Y con tensión en la base para mantener la técnica de soltura miofascial, se sostiene la fascia en su lugar, se aplica la cinta con un 25-50% de tensión y los anclajes sin tensión. Se busca descargar la fascia plantar y eliminar el exceso de líquido acumulado en dicha zona.

# CONCLUSIÓN

Los resultados del vendaje neuromuscular en pacientes con fascitis no están muy claros, en algunas ocasiones son positivos pero no siempre. El tratamiento con este tipo de vendaje debería mantenerse de 4 a 8 semanas para sacar conclusiones. Este tipo de vendaje debe ser realizado por un fisioterapeuta ya que si se coloca de forma incorrecta los resultados podrían ser negativos. Entre los 3-5 días debe cambiarse el vendaje.

# BIBLIOGRAFIA

- Manual de Taping Neuromuscular, Josya Sijmonsma. Edit. ANEID press. 1ª Edición Española. 2007.
- Clinical Therapeutic applications of the Kinesio Taping Method. Kenzo Kase and col. Edit. Kinesio Taping American Association. 2002.
- El vendaje para fascitis: ¿funcional o neuromuscular? Disponible en [https://clinisalud.com/vendaje\\_para\\_fascitis](https://clinisalud.com/vendaje_para_fascitis). [Citado 1 marzo de 2016.]



**TEMA 183. LISTA DE VERIFICACIÓN  
ANTES DE ACUDIR A UNA  
REANIMACIÓN EN LA SALA DE  
PARTOS.**

**GEMMA MENÉNDEZ CALZÓN  
MARÍA MENÉNDEZ CALZÓN**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **LISTA DE VERIFICACIÓN**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**



# INTRODUCCIÓN

La reanimación neonatal en el paritorio es la clave para evitar posibles problemas en los recién nacidos, ya sean RNPT (recién nacidos prematuros) o RNAT(a término)

El entrenamiento del personal que realiza las maniobras de reanimación y el conocimiento del material necesario así como su revisión, son claves para evitar situaciones de riesgo y secuelas en los recién nacidos

## **OBJETIVOS:**

- Conocer el material necesario y la disposición del mismo para poder reaccionar con seguridad ante una situación de urgencia.
- Evitar problemas en una reanimación.
- Evitar el aumento de estrés del personal, ya que de por sí son situaciones que generan estrés en los profesionales y más cuando la reanimación se lleva a cabo en el paritorio donde están presentes los padres del recién nacido.
- Disminuir las complicaciones de estos niños evitando que entren en parada o sufran hipoxia entre otras complicaciones

# Lista de verificación

- Fonendoscopio.
- Tubo traqueal con y sin surfactante nº de 2-4
- Tubo traquea para aspiración de meconio
- Sondas de aspiración 6-8-10-12 (estas para meconio)
- Laringoscopio y palas de varios números (00-0-1), comprobar luz.
- Material para canalización de vía umbilical, el catéter de elección es de una sola luz 3,5 FR para <1500 gr y 5 FR para > 1500 gr
- Mediación de urgencia: adrenalina, líquidos (salino, ringer o sangre 0 negativo) y bicarbonato 1M, que se diluirá en agua destilada
- Jeringas 1-5-10 ml, agujas, llave de tres vías.
- Material para analíticas

- Bolsas de plástico o polietileno para prematuros (no secar, cubrir con bolsa para la conservación de calor y humedad) Gorros para la cabeza.
- Pinzas de cordón y tijeras
- Guantes gasas y clorhexidina.
- Sistemas de fijación para el tubo endotraqueal.

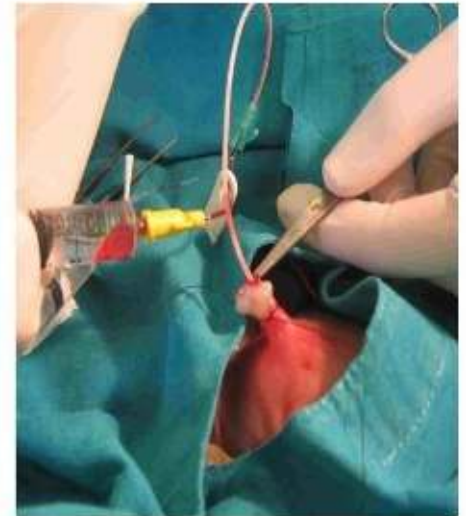
## Sondas de aspiración



## Vena umbilical



Introducir catéter purgado



Ubicar catéter (3-5 cm)  
Aspirar sangre

- Ambú y mascarillas de varios tamaños. gran premeturo-prematuro y a término.

Según las últimas actualizaciones es recomendable el uso de monitor (FC, FR y SatO2) para las reanimaciones, pero como norma básica todas las cunas de los paritorios tienen que tener pulsiosímetro (enclavar, pegar al RN preductal mano derecha y luego conectar)

Comprobación de incubadora de transporte, electricidad, bombonas de aire y de oxígeno, temperatura, sábanas y muletones.

Respirador, check del mismo, tubuladuras, tanto ventilación invasiva como no invasiva así como las diferentes interfases.

Monitor de transporte.

Al llegar al paritorio, comprobación de la cuna de reanimación.

Encender cuna y aumentar potencia de calor.

El paritorio deberá de estar a 26°C.

Encender saturador (antes de conectarlo para que capte onda antes)

Comprobar respirador de cuna.

Conectar sistema de aspiración.

Toallas para secar al recién nacido. (siempre que este no sea prematuro en cuyo caso se meterá en la bolsa de polietileno)

Elegir nº de mascarilla y sonda según edad gestacional

Si la reanimación se prolonga considerar apagar cuna para iniciar protocolo de hipotermia.

Avisar a la UCI neonatal o neonatos si ingresa el recién nacido.

Cuando un parto se complica o bien es un parto prematuro o el recién nacido presenta una patología diagnosticada prenatalmente, precisará de un equipo de reanimación para la estabilización del paciente.

Este equipo debe estar formado por tres personas, de manera habitual suelen ser el adjunto de neonatología, el residente de neonatología y la enfermera de neonatología.

Es esta última, la enfermera, la responsable de que el material que se pueda necesitar en una reanimación este completo, por eso es preciso una lista de verificación que se realizará en cada guardia o turno y después de haber sido utilizado, para que así esté siempre dispuesto para su uso.

## **CONCLUSIONES:**

Las listas de verificación son un método de seguridad que está en auge en la última década en cualquier proceso médico, por eso hoy en día existen en la gran mayoría de hospitales, y su actualización debe ser continua para así poder ir incorporando novedades, que mejoran el nivel asistencial y aumentan la seguridad de nuestros pacientes.



# BIBLIOGRAFÍA

- Victoria CG, Harris Requemo J, Barros AJD, Berman P, Bhutta Z, Berma T, et al. Countdown to 2015: a decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival. *Lucent*. 2016; 387: 2049-59.
- Manual de reanimación neonatal de la SEN. 4º edición. 2017 p.127-140 y p. 151-180
- Lyu Y, Shah PS, Ye XY, Warre R, Piedboeuf B, Deshpandey A, et al. Association between admission temperature and mortality and major morbidity in preterm infants born at fewer than 33 weeks' gestation. *JAMA Pediatr*. 2015;169:e150-277.
- Wyllie J, Perlman JM, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, Kim HS, Liley HG, Mildenhall L, Simon WM, Szyld E, Tamura M, Velaphi S; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators. Part 7: Neonatal resuscitation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*. ([PubMed](#)) ([pdf](#))



# **TEMA 184. CIRROSIS BILIAR PRIMARIA Y MÁS.**

**MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ  
RODRÍGUEZ**

# Indice.

- Enfermedad actual.
- Antecedentes personales.
- Exploración física y complementaria.
- Juicio diagnóstico.
- Conclusiones.
- Bibliografía.

## Enfermedad actual.

- Mujer de 39 años que presenta prurito de más de 4 meses de evolución que comenzó en el último embarazo y cedió tras el parto. En la actualidad se acompaña de sensación intensa de sed, sequedad ocular y de piel.
- Es atendida en urgencias hospitalarias por ictericia con coluria y hipocolia de 2 días de evolución junto con prurito intenso sobretodo en muñeca y palmas y plantas.

# Antecedentes personales

- No presenta alergias medicamentosas conocidas.No DM, ni dislipemia ni HTA.
- No tratamiento crónico.

## Exploración física y complementaria.

- Consciente y orientada ictericia de piel y mucosas. Normohidratada. Eupneica en reposo. Xantelasmas en párpados superiores. Exploración cardiopulmonar sin alteraciones significativas. Abdomen blando y depresible con hepatoesplenomegalia, de 2-3 centímetros del reborde costal, dura y no dolorosa. No ascitis ni puntos dolorosos a la palpación. Extremidades normales. Lengua depapilada con grietas.

## Exploración física y complementaria .

- Ecografía abdomen completo: hígado aumentado de tamaño sin dilatación de vías biliares. Coledoco de 10 mm y vesícula con cálculo de unos 2.5 cm de diámetro.
- Analítica. Destacan las cifras siguientes, resto sin alteraciones significativas: Bilirrubina 12 mg/dl; fosfatasa alcalina: 277 mU/ml; SGOT: 82 UI; SGPT: 91UI; índice de protombina: 45%; anticuerpos antimitocondriales +; lípidos totales: 1.230 mg/dl; Colesterol total: 387 mg/dl.
- Biopsia mucosa bucal:atrofia acinar e infiltración linfoide de las glándulas salivares.
- Biopsia hepática: destrucción granulomatosa de conductos biliares septales e interlobulillares.



Juicio diagnóstico.

- Cirrosis biliar primaria asociada a Síndrome de Sjogren

## Conclusiones

1.Llama la atención la existencia de prurito continuo desde hace un año. Es relativamente frecuente la asociación de una CBP a enfermedades del tejido conjuntivo de base inmunológica tales como esclerodermia, vasculitis, síndrome de Sjögren. No olvidar la posibilidad de una CBP en mujeres entre los 40 y 60 años con historia de prurito no filiado, xantelasmas y con la existencia de elevación de las fosfatasas alcalinas y/o anticuerpos antimitocondriales positivos. Trasplante hepático, para aumentar la supervivencia.

2.En cuanto al tratamiento consiste en vitamina K parenteral, vitamina D y A, resincolestiramina e inclusión en programa de trasplante hepático.

## Bibliografía.

- Beuers U, Gershwin ME, Gish RG. Changing nomenclature for PBC: From 'cirrhosis' to 'cholangitis'. *Hepatology*. 2015;62:1620.
- Lindor KD, Gershwin ME, Poupon R. Primary biliary cirrhosis. *Hepatology*. 2009;50:291.
- European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of cholestatic liver diseases. *J Hepatol*. 2009;51:237.



**TEMA 185. CIRUGIA SIN  
SANGRE, UNA CRECIENTE  
DEMANDA.**

**LYDIA WARNER PALLAS  
M.JESÚS ÁLVAREZ PÉREZ**

# ÍNDICE

- OMS Y TRATAMIENTOS SIN SANGRE
- ORIGEN DE LOS TRATAMIENTOS SIN SANGRE
- PROCESO
- BENEFICIOS
- BIBLIOGRAFÍA

En 2010, la OMS apostó por los tratamientos sin sangre al constatar que las transfusiones de sangre alogénica (de otra persona) son un recurso limitado, caro y no exento de riesgos y efectos adversos, por lo que instó a las autoridades sanitarias de todo el mundo a adoptar de forma universal los programas de “Patient Blood Management” (PBM), gestión de la sangre. Ante las recomendaciones sobre dicha gestión, la OMS pidió un uso racional de la sangre y hemoderivados para reducir las transfusiones innecesarias y minimizar los riesgos asociados, usando alternativas cuando sea posible, incluida la PBM.

Bajo el título : “Cirugía sin sangre”, la revista Maclean’s señaló que médicos de todo Canadá “han dado mayor impulso a nuevas técnicas que, en los últimos años, han convertido la cirugía sin sangre en una clara tendencia médica”. Brian Muirhead, anestesiólogo del Centro de las Ciencias de la Salud de Winnipeg, es uno de ellos. En 1986, Muirhead, anestesiólogo, aceptó el reto de operar a un paciente de 70 años con úlcera sangrante que, debido a sus creencias religiosas había solicitado tratamiento sin sangre. El facultativo “recurrió al método poco utilizado de bombear solución salina para mantener la presión sanguínea —señala Maclean’s—. El procedimiento fue un éxito, y reafirmó la creencia cada vez mayor del doctor Muirhead de que, como él dijo, ‘administrábamos demasiadas transfusiones sanguíneas. Pensé que ya era hora de considerar otras opciones’”.



Lo que alentó la búsqueda de cirugía sin sangre fue “tanto la preocupación por el suministro futuro de sangre como el temor de los pacientes a contraer una enfermedad mediante una transfusión”. Además de eliminar la necesidad de transfusiones en numerosos casos, la cirugía sin sangre reduce el riesgo de infecciones por sangre contaminada” declara Maclean’s.

Un sondeo realizado en 1996 reveló que el 89% de los canadienses prefiere alguna alternativa a la sangre donada. No todos los pacientes rechazan las transfusiones de sangre homóloga —señala el Journal of Vascular Surgery—. No obstante, los riesgos de enfermedades de transmisión sanguínea y de inmunomodulación constituyen una clara indicación de que debemos hallar alternativas para el tratamiento de todos los pacientes.”

Stephen Geoffrey Pollard, cirujano consultor británico, señala que los índices de morbilidad y mortalidad entre los operados sin transfusiones son al menos tan buenos como los de los pacientes que reciben sangre, ya que en muchos casos se libran de las infecciones y complicaciones postoperatorias atribuibles con frecuencia a esta”.

# ORIGEN DE LOS TRATAMIENTOS SIN SANGRE

Fue en los primeros años del siglo XX que los avances en las técnicas transfusionales permitieron su utilización habitual. No obstante, la labor que han desempeñado diversos especialistas en las últimas décadas ha contribuido a popularizar las intervenciones sin sangre. Entre ellos figura el cirujano Denton Cooley, quien en la década de los sesenta realizó algunas de las primeras operaciones a corazón abierto sin emplear sangre.

En los años setenta, los numerosos casos de hepatitis entre los receptores de transfusiones indujo a muchos facultativos a buscar alternativas.

Ya para la década de los ochenta existían grandes equipos médicos que realizaban intervenciones quirúrgicas sin sangre. Más tarde, al declararse la epidemia del sida, estos equipos atendieron las consultas de otros, que querían adoptar las mismas técnicas. En los años noventa, muchos hospitales implantaron programas que ofrecen a los pacientes opciones alternativas a la sangre.

Una de las ventajas de la cirugía sin sangre es que promueve una atención sanitaria de mejor calidad. “La habilidad del cirujano es de importancia máxima para la prevención de hemorragias”, dice Benjamin J. Reichstein, director de un servicio de cirugía de Cleveland (Ohio).

# PROCESO

- Estas técnicas empiezan en el preoperatorio elevando los niveles de hemoglobina con hierro, ácido fólico o vitamina B12.
- Durante la intervención se puede optar por instrumental quirúrgico hemostático, menos invasivo, que reduce las hemorragias y también se usan sistemas de recogida de la sangre que se vuelve a administrar al paciente. Se administran también fármacos para reducir el sangrado.
- En la fase postoperatoria, se utilizan fármacos para tratar la anemia y acelerar la recuperación.

El reemplazo del volumen puede lograrse sin usar sangre ni plasma sanguíneo. Varios fluidos no sanguíneos sirven para expandir el volumen de la sangre. El más sencillo es la solución salina, que es barata y compatible con nuestra sangre. También hay fluidos con propiedades especiales, como dextrans, Haemaccel y la solución lactada de Ringer. Hetastarch (HES) es un expansor del volumen que se ha empezado a usar recientemente, y “puede recomendarse sin riesgo para los pacientes [de quemaduras] que objetan a productos sanguíneos” (Journal of Burn Care & Rehabilitation, enero-febrero de 1989). Esos fluidos tienen ventajas claras: “Son relativamente atóxicas y baratas, fácilmente obtenibles, pueden almacenarse a temperatura normal, no requieren exámenes de compatibilidad ni conlleva riesgos de ETS” (Blood Transfusion Therapy—A Physician’s Handbook [Tratamiento por transfusiones de sangre.—Un manual médico], 1989).

Una vez que se restaura el volumen, los médicos pueden administrar oxígeno en concentración alta. Médicos británicos emplearon este método en el caso de una mujer que había perdido tanta sangre que “su hemoglobina bajó a 1,8 g/dlitro. El tratamiento [...] [con] elevadas concentraciones de oxígeno por vía respiratoria y transfusiones de grandes volúmenes de solución gelatinosa [Haemaccel] tuvo éxito” (Anaesthesia, enero de 1987). El informe dice también que otras personas que perdieron mucha sangre han sido tratadas con éxito en cámaras hiperbáricas de oxigenación.

# BENEFICIOS

¿Qué beneficios tiene la medicina y cirugía sin sangre?  
Según el centro médico Teknon:

- El paciente se recupera más rápido: la estrategia de la unidad se basa en actuaciones de prevención y anticipación. Sumada a las manos expertas del médico, la personalización del tratamiento y el empleo de técnicas mínimamente invasivas, favorece la recuperación y reduce el tiempo de hospitalización.
- Reduce las posibles infecciones y otras complicaciones asociadas a las transfusiones.
- Beneficio social: se preserva un bien escaso, como es la sangre, reservándola a aquellos pacientes para los que es estrictamente necesario.



# BIBLIOGRAFÍA

- Centro Médico Teknon. ©2019 Quirónsalud. Disponible en: <http://www.teknon.es/es/medicina-cirugia-sangre>
- Efe Salud. ©Agencia EFE. Madrid. Disponible en: <https://www.efesalud.com/cirugia-sin-sangre-testigos-jehova>
- EuropaPress. Actualizado 22/03/2018 Disponible en: <https://www.europapress.es/comunicados/salud-0910/noticia-comunicado-mas-50-transfusiones-intervenciones-quirurgicas-son-evitables-20180322093330.html>
- MACLEANS. Bloodless Surgery. Mark Nichols. 2000. ©2019 Rogers Media. Disponible en: <https://archive.macleans.ca/article/2000/7/24/bloodless-surgery>



# **TEMA 186. CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.**

**SILVIA TORRE FERNÁNDEZ**

# ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**

- **METODOLOGÍA**

- **RESULTADOS**

- **CONCLUSIONES**

- **BIBLIOGRAFÍA**

# INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos son aquellas tareas que se centran en mejorar en lo posible la calidad de vida de las personas y prevenir, así como, aliviar el sufrimiento de ellas.

Los cuidados paliativos no solo se centran en los pacientes oncológicos, es decir, en los pacientes con cáncer, sino que también se ofrecen en personas con enfermedades cardíacas avanzadas, pulmonares obstructivas crónicas, demencias, VIH, insuficiencias renales crónicas o neurológicas avanzadas que no tienen tratamiento, como la esclerosis lateral amiotrófica.

# INTRODUCCIÓN

Estos cuidados no solo los brindan los médicos o enfermeros, sino que también son brindados por otros profesionales como pueden ser los terapeutas o psicólogos, entre otros.

No debemos confundir los cuidados paliativos con la atención especializada en pacientes terminales, ya que los primeros se pueden llevar a cabo desde el inicio del diagnóstico de la enfermedad, mientras que en el caso de los cuidados a pacientes terminales, se llevarán a cabo en el caso de que se estime que al paciente le quedan 6 meses de vida.

# INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos no solo se centran en los problemas físicos de la persona, como pueden ser el dolor, la incapacidad para dormir, para respirar, la astenia o la inapetencia a la hora de comer, sino que también se centran en los problemas sociales o emocionales derivados de la enfermedad, tanto de la persona como de sus familiares.

Los cuidados paliativos no se encargan de acelerar o frenar el proceso de morir.

# INTRODUCCIÓN

Actualmente, se cuenta con un gran equipo que brindan estos cuidados, como:

- Equipo de Atención Primaria: es tanto el personal de los centros de salud, como los equipos de asistencia paliativa.
- Atención Especializada: como por ejemplo las unidades de cuidados paliativos de agudos o equipos de soporte hospitalario.



# METODOLOGÍA

## OBJETIVOS:

Conocer si son realmente útiles los cuidados paliativos en estos pacientes y en sus familiares.

## MATERIAL:

Se han seleccionado 50 artículos, descartando aquellos que no cumplían con los requisitos estipulados para esta revisión.

# **METODOLOGÍA**

## **SITIOS DE BÚSQUEDA:**

Para la realización de la investigación, se ha realizado una búsqueda bibliográfica centrándonos en los estudios realizados en los últimos 8 años, tanto en inglés como en español.

## **BASES DE DATOS:**

Se han utilizado varias bases de datos, como scielo, pubmed, cinhal o cuiden, entre otras.

# RESULTADOS

En primer lugar, deberemos tener cierto criterio para evaluar si estos cuidados paliativos brindados son o no de calidad, para ello se ha encontrado un artículo llamado “Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención de la vida del siglo XXI” donde publica cuáles son los aspectos importantes que todo cuidado debe tener, estos son:

- Que el tratamiento llevado a cabo alivie los síntomas de manera eficaz
- Saber cómo ve el enfermo su enfermedad, sus miedos o amenazas
- Establecer un ambiente entre trabajador y paciente de confianza y respeto mutuo
- Establecer un ambiente de afecto, con sus relaciones afectivas pertinentes.
- Dar respuestas sobre el sentido de la vida que tiene para esa persona

# RESULTADOS

Otro estudio publicado en National Institute of Nursing Research concluyeron con que, gracias a estos cuidados brindados, los pacientes sentían una gran mejoría tanto en el dolor, y otros síntomas secundarios, como en el apoyo emocional y la comunicación con sus familiares y con el personal sanitario.

Un estudio llamado “The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial to Improve Palliative Care for Rural Patients with Advanced Cancer: Baseline Findings, Methodological Challenges, and Solutions” el cual, a través de sesiones educativas, analizaba el beneficio de estos cuidados, concluyó con que, después de cinco años impartíendolas, los pacientes demostraron una gran mejoría de su calidad de vida y ánimo.

# CONCLUSIONES

Tras la revisión de diferentes tipos de artículos sobre estos cuidados, podemos concluir con que ofrecen muchos beneficios, no solo al paciente, sino también a sus familiares, ya que mejoran la calidad de vida, aliviando los síntomas asociados del proceso de la enfermedad y ofrecen un gran apoyo emocional, preparándolos para el desenlace de la mejor manera posible.

# BIBLIOGRAFÍA

- Camacho Pizarro, T., Escudero Carretero, M., Garcia Toyos, N. Guía para el control de síntomas en cuidados paliativos [Internet].Granada: Escuela de pacientes. 2009 [cited 2019 Apr] Available from: [http://www.escueladepacientes.es/ui/aula\\_guia.aspx?stk=Aulas/Cuidados\\_paliativos/Guias\\_Informativas/Control\\_de\\_sintomas\\_en\\_cuidados\\_paliativos#](http://www.escueladepacientes.es/ui/aula_guia.aspx?stk=Aulas/Cuidados_paliativos/Guias_Informativas/Control_de_sintomas_en_cuidados_paliativos#)
- Cuidado paliativo, tratamiento no solo para enfermedad terminal. El Pais [Internet]. 2013 Dec [cited 2019 Apr] Available from: <http://www.elpais.com.uy/vidaactual/cuidado-paliativo-tratamiento-dolor-enfermedad.h>

# BIBLIOGRAFÍA

- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Historia de los cuidados paliativos [Internet]; [cited 2019 Feb] Available from: <http://www.secpal.com/secpal/historiade-los-cuidados-paliativos-1>.
- Del Pozo Armentia, E.M. Helfen cuidados en salud. La importancia de la familia en la atención a enfermos terminales [Internet] [cited 2019 Apr] Available from: <http://www.helfensalud.com/noticias/la-importancia-de-la-familia-en-la-atencion-a-enfermos-terminales>. 38. Mulcahy, N.
- Medscape. American Society of Clinical Oncology. Beneficio adicional de los cuidados paliativos: las familias también se sienten mejor [Internet]; 2016 Jun 8 [cited 2019 Apr] Available from: <http://espanol.medscape.com/verarticulo/5900444>.





# **TEMA 187. DISTROFIA DE FUCHS.**

**ELISA VALLINA GONZÁLEZ  
ESPERANZA VELASCO CAMPA**

# ÍNDICE

1. ¿Qué es la distrofia de Fuchs?
2. Síntomas
3. Estadios
4. Diagnóstico
5. Tratamiento
6. Tipos de trasplantes corneales

# 1. ¿QUÉ ES LA DISTROFIA DE FUCHS?

La distrofia de fuchs es una enfermedad ocular, en la que las células de la capa más interna de la córnea, el endotelio, se van muriendo gradualmente. Estas células son las encargadas de bombear el líquido de la córnea para mantener su transparencia. Cuando el número de células endoteliales disminuye por debajo de un número crítico, la pérdida de uniones celulares, permite que entre más líquido en el estroma corneal y comienza a aparecer un edema que compromete la transparencia de la córnea y, por tanto, la calidad visual.

Esta enfermedad puede ser hereditaria, teniendo un 50% de probabilidades de padecerla si uno de los progenitores tiene dicha afección, aunque también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares.

## 2. SÍNTOMAS

Los primeros síntomas suelen aparecer entre los 50 ó 60 años, aunque con 30 ó 40 años ya se puede tener distrofia de fuchs y no saberlo, ya que suele ser asintomático. Los primeros síntomas suelen ser sensación de arenilla en los ojos, visión borrosa o nublada o sensación de tener un velo en el ojo, que van mejorando en el transcurso del día. Esto es debido a que generalmente los ojos se mantienen húmedos cuando están cerrados mientras se duerme, pero cuando se está despierto, el líquido se va secando. Según avanza la enfermedad, estos síntomas se alargan durante todo el día, ya que el líquido acumulado durante el sueño es demasiado y no se seca lo suficiente durante el día, además se pueden formar ampollas pequeñas en la córnea que pueden ir agrandándose y ocasionalmente pueden reventar y causar dolor.

### 3. ESTADIOS

ESTADIOS	SIGNOS	SÍNTOMAS
I	Guttas centrales	Asintomático
II	Edema estromal (aumento de paquimetría)	Visión borrosa matutina
III	Queratopatía bullosa	Visión borrosa continua deslumbramiento y dolor
IV	Fibrosis subepitelial, cicatrización, vascularización periférica	Importante pérdida visual

## 4. DIAGNÓSTICO

Si aparece alguno de estos síntomas, se procederá a evaluar la visión del paciente, y a realizarle una serie de pruebas para determinar si se tiene distrofia de fuchs:

- . Lámpara de hendidura: Se examina el ojo con un microscopio óptico para poder comprobar en que estadio se encuentra la enfermedad. Se comprobará si existe edema, o bultos irregulares en la parte posterior de la córnea, que podrían indicar la distrofia de fuchs.

- . Prueba de presión de la córnea: Se le administra al paciente unas gotas para medir la presión ocular. Esta prueba puede ayudar a distinguir entre una enfermedad que aumenta la presión ocular (glaucoma) y la distrofia de fuchs.

. Paquimetría: Con esta prueba se mide el grosor de la córnea, lo que puede indicar, ayudado por otras pruebas, que hay un edema corneal. Esta prueba por sí sola no es significativa, ya que es posible tener una córnea gruesa sin necesariamente tener ninguna alteración.

. Recuento de células endoteliales: Se utiliza un instrumento especial para registrar la cantidad, la forma y el tamaño de las células que recubren la parte posterior de la córnea

# 5. TRATAMIENTO

No existe tratamiento para la distrofia de fuchs, es una enfermedad degenerativa, lo que se puede hacer es controlar los problemas de visión que aparecen debido a la inflamación de la córnea en los primeros estadios, como utilizar medicamentos en gotas o pomadas para los ojos y así intentar disminuir en lo posible el edema que pueda haber.

Cuando la visión está ya muy comprometida y se va alargando esa merma de visión durante todo el día, la única opción sería un trasplante de córnea. Hay dos tipos, la queratoplastia penetrante y la endotelial.



# 6. TIPOS DE TRASPLANTES CORNEALES

## Queratoplastia penetrante:

Se trasplanta la córnea entera. Es una técnica muy agresiva, se realiza “a cielo abierto”, lo cual conlleva el riesgo de una de las complicaciones más terribles como una hemorragia expulsiva, además de un largo periodo de convalecencia hasta que se consigue una estabilidad refractiva. Además tiene las complicaciones derivadas del uso de suturas, pérdida endotelial, debilidad de la interfase donante/receptor e infecciones. Esta técnica era la usada hasta hace unos años que empezaron a llevarse a cabo los trasplantes lamelares ( por capas). Si la córnea llega a un estado de mucho deterioro y no es posible un trasplante endotelial, esta sería la única opción.

## - Queratoplastia endotelial:

Se hace un trasplante solamente de la capa posterior de la córnea, es decir, de las células endoteliales que están enfermas y ya no realizan bien su trabajo. Tiene muchísimas ventajas frente a la queratoplastia penetrante, entre ellas están:

- . Recuperación anatómica y visual más rápida.
- . Evitar cirujías a cielo abierto y complicaciones con las suturas.
- . Disminuir el riesgo de rechazo.
- . Aumentar la disponibilidad de tejido donante al poder dividir una córnea para realizar dos trasplantes a dos pacientes diferentes.

# BIBLIOGRAFÍA

- . Fernández MM, Afshari NA. Endothelial keratoplasty: from DLEK to DMEK. Middle East Afr J Ophthalmol 2010
- . Villarrubia A, Cano-Ortiz A. Developement of a nomogram to archieve ultrathin donor corneal disks for Descemet-stripping automated endotelial deratoplasty. J Cataract Refract Surgery 2015
- . Medineplus.gov, distrofia de fuchs, actualizado septiembre
- . <https://www.orpha.net>. Portal de información de enfermedades raras y medicamentos huérfanos. Actualización 2019-09-17



# **TEMA 188. DOLOR CRÓNICO Y EJERCICIO TERAPÉUTICO.**

**JOSÉ ANTONIO MINGORANCE RUBIÑO**

**CARLOS MANUEL NIEVES RODRÍGUEZ**

# ÍNDICE

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

# 1. INTRODUCCIÓN:

El ejercicio terapéutico es el desempeño sistemático o la ejecución de movimientos o actividades físicas planificadas destinadas a permitir al paciente curar o prevenir las alteraciones de las funciones y estructuras del cuerpo, mejorar las actividades y la participación, reducir el riesgo, optimizar la salud general y mejorar el estado físico y el bienestar. El ejercicio terapéutico puede incluir acondicionamiento y reacondicionamiento aeróbico y de resistencia, entrenamiento de agilidad, de mecánica corporal, de respiración, de coordinación, de estiramiento muscular, de patrones de movimiento, de educación neuromuscular o reeducación, de relajación, de fuerza y resistencia, etc. (1).

Los fisioterapeutas seleccionan, prescriben e implementan actividades de ejercicio terapéutico cuando los hallazgos del examen, el diagnóstico y el pronóstico indican el uso de estas actividades para mejorar la densidad ósea; mejorar la respiración; mejorar o mantener el rendimiento físico; mejorar la seguridad; aumentar la capacidad aeróbica / resistencia; aumentar la fuerza muscular, el poder y la resistencia; mejorar el control postural y la relajación; aumentar la conciencia sensorial; aumentar la tolerancia de la actividad; prevenir o remediar impedimentos en las funciones y estructuras corporales, limitaciones de actividad y restricciones de participación para mejorar la función física; mejorar la salud, el bienestar y la forma física; reducir complicaciones, dolor, restricción e hinchazón; o reducir el riesgo y aumentar la seguridad durante el desempeño de la actividad (2).



## 2. OBJETIVOS:

- Describir mediante una búsqueda bibliográfica el efecto de los ejercicios terapéuticos para pacientes con dolor crónico.
- Determinar la verdadera relación entre dolor crónico y ejercicio terapéutico.

## 3. METODOLOGÍA:

Búsqueda en las bases de datos Pubmed, Web of Science, Scopus y Cochrane Library Plus durante el mes de Agosto de 2019. Como descriptores se utilizó “Dolor crónico” y “ejercicio terapéutico”, junto con el booleano AND. Tras aplicar criterios de calidad, se obtuvieron un total de 20 artículos, de los cuales quedaron 12 tras desechar los repetidos. Para evaluar la calidad metodológica y científica de los artículos se utilizó la escala Centre for Evidence-Based Medicine Oxford.

El dolor crónico se evaluó a través de los participantes que indicaron si a menudo tenían dolores óseos, articulares o musculares mediante el Cuestionario de dolor de McGill, consistente en 15 descriptores (11 sensoriales y 4 afectivos), incluyendo el Índice de dolor actual y una escala visual analógica de dolor (3, 4, 5).

#### 4. RESULTADOS:

La evidencia sugiere que realizar ejercicio de forma continuada y programada puede generar un mecanismo de neuroprotección y, por tanto podría ralentizar, detener o revertir la progresión de enfermedades y lesiones (1-5).

Los datos encontrados indican que existe una clara asociación entre dolor crónico y ejercicio terapéutico. Las investigaciones sugieren que abordar el dolor crónico mediante ejercicio pautado específico puede tener beneficios a corto y medio plazo en la mejora del dolor y de la calidad de vida.

## 5. DISCUSIÓN

Múltiples estudios han encontrado que el ejercicio produce resultados positivos en el tratamiento del dolor crónico, incluido el alivio del dolor y una mejora en la funcionalidad (1, 2, 3)

El ejercicio terapéutico más efectivo para el dolor crónico incluye un tratamiento individualizado aprendido y realizado bajo la supervisión de un fisioterapeuta (4, 5).

Asimismo, se ha evidenciado que mediante un programa individualizado de ejercicio terapéutico se consigue una disminución del catastrofismo y de la kinesiofobia, junto con un aumento de la calidad de vida percibida (4).

## 6. CONCLUSIONES:

Se ha descubierto que el ejercicio es uno de los tratamientos más efectivos para disminuir el dolor y aumentar la funcionalidad en el dolor crónico. Los mayores beneficios para la salud del ejercicio, junto con el bajo riesgo de causar daño, lo convierten en un tratamiento de primera línea para el dolor crónico. El trabajo del fisioterapeuta será clave para devolverle la calidad de vida a cualquier persona que padezca dolor crónico.

Asimismo, se deberían fomentar intervenciones terapéuticas mediante ejercicio en estos pacientes.

## 7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Houglum, PA. Therapeutic Exercise For Muscular Skeletal Injuries. 2010, Human Kinetics.
2. Brukner K. Clinical Sports Medicine. 2012, McGraw Hill.
3. Kisner C, Colby LA. Therapeutic Exercise: Foundations and Techniques. 5th ed. Philadelphia, 2007.
4. Bodes G, Lluch E, Roussel NA, Gallego T, Jiménez V, Pecos D. Pain Neurophysiology Education and Therapeutic Exercise for Patients With Chronic Low Back Pain: A Single-Blind Randomized Controlled Trial. Arch Phys Med Rehabil. 2018 02; 99(2):338–347.
5. Waller B, Lambeck J. Therapeutic aquatic exercise in the treatment of low back pain: a systematic review. Clin Rehabil 23 (1):3-14, 2009.



# **TEMA 189. EL CELADOR EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.**

**BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS**

**ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS**

**SILVIA MEANA GÓMEZ**



# ÍNDICE

- 1. ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN HOSPITALARIA?**
- 2. NIVELES DE ATENCIÓN**
- 3. FUNCIONES DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA**

# 1. ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN HOSPITALARIA?

La atención hospitalaria comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, además de las de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. Garantiza la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y en coordinación con ésta. Se presta en función de las características del paciente y su proceso, en consultas externas, en hospital de día y en régimen de internamiento hospitalario. El acceso del paciente a la atención de urgencia hospitalaria se realiza por remisión del médico de atención primaria o especializada o por razones de urgencia o riesgo vital que puedan requerir medidas terapéuticas exclusivas del medio hospitalario.

## 2. NIVELES DE ATENCIÓN

Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención.

- a. La atención hospitalaria se encuentra en el segundo nivel de atención, donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecología, cirugía general, psiquiatría...
- b. Por otra parte, está el primer nivel: es el más cercano a la población. Es la puerta de entrada al sistema de salud.
- c. El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología

### **3. FUNCIONES DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA**

Se conoce como celador hospital a la persona que tiene por oficio vigilar el cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden en un hospital así como la realización de otras tareas de apoyo en este. Entre las funciones del celador más comunes están: Encargarse del traslado de los enfermos dentro del recinto así como en el servicio de ambulancias, tramitar o conducir comunicaciones verbales, documentos u objetos, cuidar de que los enfermos o sus acompañantes no hagan uso indebido de los enseres y ropas del centro para evitar su deterioro. Si es preciso, instruyéndoles en el uso y manejo de las persianas, cortinas y útiles de servicio en general. Harán las veces de ascensoristas cuando si se les asigne especialmente ese cometido o las necesidades del servicio lo requieran en un momento dado.. De manera excepcional ejecutar labores de limpieza que se les encomienden.

Otras tareas y competencias del celador de hospital son: Vigilar las entradas de la Institución para permitir únicamente el acceso a sus dependencias a las personas autorizadas para ello. Velar continuamente porque exista un ambiente de orden y silencio en todas las dependencias con atención preferente a aquellas que lo precisen de manera especial. Señalar a sus inmediatos superiores los desperfectos o anomalías de limpieza y conservación de materiales o del propio edificio. Vigilan el acceso y estancia de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos. El celador debe evitar comportamientos prohibidos que perjudiquen a los enfermos o al personal del hospital. Proporcionarán ayuda al personal de Enfermería y Ayudantes de Planta para el movimiento y traslado de los enfermos encamados que por su estado de salud precisen de un trato especial para hacerles las camas.

# BIBLIOGRAFÍA

Área de Salud de Cáceres [Internet]. Cáceres: Servicio extremeño de Salud; Atención hospitalaria; [consultado 1 Sept. 2019]. Disponible en:

<https://www.areasaludcaceres.es/contenido/28-atencion-hospitalaria.html>

AMIR. 22 May 2018 [consultado 1 Sept. 2019]. AmirSalud. [Internet Blog]. Disponible en:

<https://www.amirsalud.com/funciones-del-celador/>



# **TEMA 190. EL CELADOR EN QUIRÓFANO.**

**ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS  
BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS  
SILVIA MEANA GÓMEZ**



# ÍNDICE

- 1. EL QUIRÓFANO**
- 2. FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO**
- 3. NORMAS DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO**

# 1. EL QUIRÓFANO

El quirófano es aquella sala o habitación que se halla en los hospitales o centros de atención médica y que está especialmente acondicionada para la práctica de operaciones quirúrgicas. Asimismo, en el quirófano, se pueden desplegar otras actividades relacionadas, tales como el suministro de anestesia, una acción de reanimación, entre otras, para así, luego, poder llevar a buen puerto la mencionada intervención quirúrgica.

El Quirófano es el área hospitalaria con mayor grado de tecnología y complejidad, que requiere unas condiciones especiales de limpieza, baja o nula contaminación microbiana y seguridad. En general, al quirófano no se introducirán objetos del exterior (libros, revistas, periódicos, ropa...). La vestimenta consiste en el pijama verde limpio, cubriéndose el pelo (con un gorro) y la barba. Asimismo, el calzado será el específico para el quirófano (verde) o en su defecto, se usarán calzas.

## 2. FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO

1. Tendrán a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad correspondiente a Quirófanos, Reanimación y viceversa, cuidando en todo momento de que a cada paciente le acompañe toda la documentación precisa.
2. En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del Celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los Médicos, Supervisoras o Enfermeras/os.
3. El Celador introduce y saca a los enfermos del Área Quirúrgica para las intervenciones, colocándolos y retirándolos de la mesa de operaciones ayudados por el personal sanitario.
4. Ayudarán, a requerimiento del Médico o la Supervisora o persona responsable, a la sujeción o movilización de los pacientes que lo requieran.

5. Durante las intervenciones quirúrgicas, el celador permanecerá en el antequirófano por si precisaran de sus servicios.

6. Transportarán a los servicios correspondientes los objetos y documentos que les sean confiados por sus superiores.

7. Trasladarán los aparatos o mobiliario que se requiera.

8. Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.

9. Observarán las normas internas del Servicio de Quirófano generales para toda la Unidad, en especial las referidas a la asepsia o higiene.

10. Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.

1 . También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

12. Una de las funciones específicas del celador es la de rasurar: en caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requieran.

### **3. NORMAS DE ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO**

1. Lavado de manos: Cada vez que se quiten los guantes y después del contacto con pacientes o con un entorno contaminado. Es un procedimiento para evitar contaminación y la infección hospitalaria.
2. El antequirófano es la zona donde debe permanecer el celador mientras dura la intervención quirúrgica. Es una sala anexa a quirófano, donde se le proporcionan los cuidados que requiere el paciente y donde permanece su cama mientras dura la intervención.
3. El celador se clasifica en personal no estéril y por lo tanto debe estar uniformado de la siguiente forma: traje de pantalón y casaca de algodón o desechables, de un color sólido que absorba la luz, calzas, gorro, mascarilla y guantes no estériles

# BIBLIOGRAFÍA

Auxiliar-enfermería.com [citado 12 de Sept. 2019]. Disponible en:

[http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones\\_celador1.htm#marc04](http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm#marc04)

Sonsoleslc@Celadoresonline. 1 Feb 2018. Normas de actuación del celador [Internet Blog] [citado 12 de Sept 2019]. Disponible en:

<http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-15-normas-de-actuacion-del-celador.html>





# **TEMA 191. EVALUACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LOS ESTOMAS. PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA.**

**PATRICIA CALVO ALONSO**

# ÍNDICE

- 1. Introducción**
- 2. Búsqueda y revisión bibliográfica.**
- 3. Objetivos.**
- 4. Material y métodos.**
- 5. Resultados.**
- 6. Discusión.**
- 7. Limitaciones.**
- 8. Conclusiones.**
- 9. Bibliografía.**

# 1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de los últimos años las cifras de pacientes ostomizados ha ido en aumento, estadísticamente el cáncer de colon es el tumor con mayor incidencia tanto en hombres como mujeres a nivel nacional.

Las ostomías digestivas son el resultado de una técnica quirúrgica con fines terapéuticos, se definen como la unión de una parte del tubo digestivo al exterior del cuerpo a través de la pared abdominal, el orificio resultante se denomina estoma. Dependiendo de la zona abocada al exterior se denomina colostomía o ileostomía.

Se estima que la mitad de los pacientes ostomizados van a tener algún tipo de complicación con respecto al estoma.

Las complicaciones de los estomas se clasifican en relación al momento de aparición en precoces, si se producen en un postoperatorio inmediato (menos de 30 días) y tardías si aparecen tras un mes de la intervención.

- Complicaciones precoces: Necrosis(1-34%), hemorragia (2-3%), dehiscencia(2-15%), edema.

- Complicaciones tardías: Hernia(0-52%), prolapso(2-25%), retracción(3-35%), estenosis(2-15%), granulomas, dermatitis(12-43%).

En referencia a revisiones y estudios previos se observó que las características sociodemográficas de los pacientes corresponden a hombres, con una media de edad entorno a los 50-60 años. En relación a las características clínicas, la gran parte han tenido cáncer colorrectal, la mayor parte de las intervenciones se realizaron de manera programada. La mitad de los pacientes sufren algún tipo de complicación relacionada con el estoma, siendo las de mayor incidencias las complicaciones tardías.

## 2. BÚSQUEDA Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El trabajo se inició mediante la elección de los términos de búsqueda, los cuales fueron: “ostomías”, “ileostomía”, “colostomía”, “complicaciones ostomías”, “ostomy”, “quality of live”, estableciendo diferentes combinaciones de búsqueda mediante los operadores booleados “AND” y “OR”. Se utilizaron como base de datos PubMed, Cuiden, LILACS, SciELO y Elsevier.

# 3. OBJETIVOS

- Principal:

- Conocer las principales complicaciones de los estomas en pacientes derivados a la consulta de la enfermera especialista en ostomías.

- Secundarios:

- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes.

- Conocer el tipo de ostomía más frecuente.

## 4. MATERIAL Y MÉTODOS

- Tipo de estudio: prospectivo, transversal y descriptivo.
- Ámbito de estudio: unidades de hospitalización en las que hubiera pacientes portadores de ostomías y en la consulta de la enfermera estomaterapeuta, ubicada en consultas externas de Cirugía general de Hospital Universitario Central de Asturias.
- Tiempo de estudio: entre los meses de octubre de 2016 a abril de 2017.
- Población a estudio: sujetos sobre los que la enfermera haya realizado algún tipo de intervención.
- Tamaño muestral: para el estudio se tomó una muestra de 100 pacientes(muestra de conveniencia) de forma consecutiva en días alternos.

- Variables: edad, sexo, IMC, tipo de ostomía, complicaciones, complicaciones precoces, complicaciones tardías.
- Método de recogida de datos: tras la solicitud de los permisos pertinentes se procedió a la recopilación de los datos basándose en la lectura de las historias clínicas dispuestas en el programa informático “Millenium” (historia de preanestesia, observaciones de enfermería, PAE de ostomías y plantilla de Cirugía General). Para la recogida de datos se elaboró una hoja de resgistro.
- Análisis de los datos: el análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 23. las variables ordinales se describieron mediante media, desviación estándar y rango. Las variables nominales se describieron en n° total y porcentajes.



# 5. RESULTADOS

- Edad: la media de edad se situó en 68 años, siendo el mínimo de edad de 31 años y el máximo 89.
- Sexo: 60% hombres, 40% mujeres.
- IMC: la media de IMC se situó en 26,51 kg/m<sup>2</sup>.
- Tipo de ostomía: 22 pacientes eran portadores de ileostomía y 78 de colostomía.
- Complicaciones: la aparición de complicaciones precoces se han dado en 18 casos, tardías en 43, ambas en 25 y solo en 14 no ha habido ninguna.
- Complicaciones precoces: necrosis(61,9%), dehiscencia(28,5%), hemorragia(7,1%).
- Complicaciones tardías: irritación cutánea(39,7%), múltiples(1 ,7%), granuloma(10,2%).

## 6. CONCLUSIONES

- Un 86% de los pacientes vistos por la enfermera estomaterapeuta presentó algún tipo de complicación.
- Las principales complicaciones precoces fueron el edema en un 61,9% de los casos y en un 28,55 la dehiscencia, mientras que las tardías fueron la irritación cutánea en un 39,7% y la retracción en el 14,7.
- La media de edad de los pacientes fue de 68 años, con ligero predominio de los hombres.
- La mayoría de las ostomías fueron colostomías definitivas.

# 7. BIBLIOGRAFÍA

- Coca C, Fernández I, Serrano R, Garcia-Llana H. The impact of specialty practise nursing care on health-related quality of life in persons with ostomies. J Wound Ostomy Continence Nurs.2015;42(3):257-63.
- AECC:Asociación Española contra el Cáncer [Internet]. Madrid: AECC;2014.[citado 16 sept 2019]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERDECOLON/Paginas/incidencia.aspx>
- Fernández L, Bianchi r, Labiano S, Leiro F. Complicaciones de ileostomía y colostomía de protección en cirugía por cáncer de recto.Rev.argent.Coloproctología.2013;24(2):78-84.
- Ramos MR. Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. Enferm Integr.2012;99:12-16.

- Lerín cabrejas P, Lainez Pardos P.L, Lozano Vicente M.D, Martinez Morales m. Complicaciones de los estomas. Manual de cuidados de enfermería. Coloplast productos Médicos. Madrid. Octubre 2010.
- De Frutos R, Solís M, Hernando A, Béjar P, Navarro c, Mayo N. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. Metas de Enferm. 201 ;14(2):24-31.
- De Miguel M, Jiménez F, Parajó A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto.CIR ESP.2014;92(3):149-156.
- Kann BR.Early stomal complications. Clin Colon Rectal surg.2008 Feb;21(1):23-30.
- Vázquez C, Pocat. Manual de cuidados en ostomías.DAE.2009. [citado 17 sept 2019].disponible en:  
<http://www.enfermeriaaps.com/portal/manual-de-cuidados-en-ostomias#more-6858>



# **TEMA 192. FACTORES HUMANOS QUE AYUDAN AL SISTEMA SANITARIO, HOSPITALARIO**

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

# INDICE

- OBJETIVO
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA

# OBJETIVO

.

Los Factores Humanos constituyen una disciplina científica utilizada en muchas industrias donde la seguridad es crítica y ofrece una aproximación integrada, evidenciada y coherente con la Seguridad del Paciente y los profesionales no sanitarios y la Calidad Sanitaria, favoreciendo la excelencia clínica. El objetivo es ilustrar cómo se aplica el enfoque de Factores Humanos en los sistemas sanitarios, y destacar las mejoras que supondría su inclusión en el contexto



# RESULTADOS

La primera experiencia es un programa de mejora de la información registrada en los sistemas clínicos de la NHS Lothian. Se propone crear sistemas seguros y fiables para gestionar el flujo de la información ya que se identificaron problemas con registros duplicados en los archivos . Esta situación contribuyó a la falta de información, afectando negativamente. Para abordar el problema utilizaron varias técnicas, incluyendo el análisis de factores humanos para diagnosticar los problemas. El equipo desarrolló un conjunto de datos básicos y Redujo las entradas duplicadas a un nivel aceptable, introduciendo también un sistema de control para minimizar la duplicación

# CONCLUSIONES

El abordaje y la metodología aportada por los Factores Humanos proporcionan amplias posibilidades para abordar diversas problemáticas sobre Seguridad del Paciente y calidad asistencial. La incorporación de profesionales de los Factores Humanos a equipos médicos para abordar problemas complejos supone un valor añadido para la resolución de las situaciones existentes

# BIBLIOGRAFÍA

Metodología: Se presentan dos experiencias de éxito pertenecientes al concordato de la National Quality Board (NQB) para la incorporación de los Factores Humanos al National Health Service (NHS)



# **TEMA 193. TEST RÁPIDO DE UREASA.**

## **DETECTANDO LA HELICOBACTER PYLORI.**

**BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO**

**M<sup>a</sup> PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ**

**ILLÁN SÚAREZ RODRÍGUEZ**

# INDICE .

1.1.Infección Universal.....	3.
1.2 Su mecanismo de transmisión.....	3.
1.3 Convivencia de Helicobacter con la población.....	3.

## Objetivos:

2.1 Diagnostico mediante pruebas.....	4.
2.2 Test rápido de ureasa.....	4.

## Resultados:

1. Relación entre Ulceras Péptica y H.P.....	5.
2. Relación causal entre H.pylori y úlcera péptica.....	5.

## Metodología:

4.1 Soporte de datos.....	6.
4.2 Datos de inclusión.....	6.

## Conclusiones:

5.1 Prueba de precisión test de aliento ureasa.....	7.
5.2 Erradicación de H. pylori.....	7.

## Bibliografía.

## Introducción:

1. La infección por *Helicobacter pylori* es universal, presentando mayor prevalencia en países en vías de desarrollo, es causada por una bacteria que puede producir enfermedad, principalmente digestiva(10).
2. Su mecanismo de transmisión todavía no es claro, se presupone que puede transmitirse a través de alimentos o agua contaminados y de una persona a otra por contacto directo con saliva, vómito o materia fecal. Vivir en condiciones de hacinamiento sin una fuente potable de agua limpia aumenta el riesgo de padecerla(7).
3. Gran parte de la población conviven con la *H. Pylori* sin mostrar síntomas, en cambio puede ser causante de grave patología o agravar la ya existente(8).

## **Objetivos:**

2.1 Ante un paciente que presenta síntomas tales como :malestar abdominal, náuseas, vómitos, eructos, sensación de acidez... se realizará diagnóstico mediante pruebas no invasivas con el fin de diagnosticar H. pylori, estas se realizarán con analítica de la sangre, de heces o test del aliento(7).

2.2 Las dos primeras consisten en detectar antígenos de la H.P, siendo el Test rápido de ureasa la prueba de elección por su eficacia y sencillez , esta consiste en poner en contacto una muestra de la mucosa con un medio líquido que contiene urea y un indicador de pH; si existe actividad ureasa, el pH del medio se modifica, produciéndose un cambio de color que permite conocer la presencia de infección en solo una hora(10).



## Resultados:

1. Si bien es cierto que no todos los problemas digestivos están provocadas por la H. P, está comprobado que más de la mitad de las úlceras pépticas están causadas por H.P al dañar éste la capa mucosa que resguarda al estómago y duodeno, permitiendo que los ácidos estomacales irriten la pared estomacal, está confirmado que la bacteria altera parametros de secrección gastrica ácida, ejerciendo un efecto perjudicial sobre los mecanismos de defensa.

2. El argumento más sólido para establecer una relación causal entre H.pylori y úlcera péptica es el hecho bien contrastado de que la erradicación de la bacteria acelera la cicatrización de la úlcera y reduce drásticamente las recaídas y la tasa de complicaciones(10).

# Metodología:

4.1 El trabajo está realizado basándose en revisiones bibliográficas relacionadas con infecciones por helicobacter pylori. Los soportes de datos empleados son:

1º Pudmed y Scielo .

2ª Motores de búsqueda para recoger información específica.

Se utilizan como palabras clave de búsqueda: helicobacter, pylori, test, aliento.

4. 2 Los criterios de inclusión son :estudios avalados científicamente, textos completos, publicaciones realizadas en los últimos 5 años, en idioma Inglés y Español. Se obtiene un resultado de 162 artículos de los que se estudian en profundidad 3.

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

Helicobacter Pylori and patología.

# Conclusiones

5.1 Basándonos en los estudios realizados podemos concluir que: en los pacientes sin antecedentes de gastrectomía y aquellos que no recibieron tratamientos con antibióticos o protones recientemente las pruebas de aliento con Urea es una prueba de alta precisión para el diagnóstico de infección por *Helicobacter Pylori* (7), siendo más exactas que las pruebas de selección de heces y serología.

Los sujetos que muestran síntomas clásicos ocasionalmente exhiben más síntomas adicionales en comparación con aquellos sin síntomas clásicos(10).

5.2 Existen estudios concluyentes que pueden avalar la relación directa entre la Úlcera Péptica y *H. Pylori* que demuestran que la erradicación de *H. pylori* en sujetos infectados puede mejorar la cicatrización de las Úlceras Pépticas así como mejorar sus recaídas(8).

## Bibliografía:

7. Mejor M, Takwoingi Y, Siddique S, Selladurai A, Gandhi A, Low B et al. Pruebas de diagnóstico no invasivas para la infección por *Helicobacter pylori* [Internet]. Pubmed.gov. 2018 [cited 2 September 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29543326>
8. Bor S, Kitapcioglu G, Kasap E. Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en un país con alta incidencia de *Helicobacter pylori* . [Internet]. Pubmed.gov. 2017 [cited 2 September 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28210089>
10. La expresión de genes de *Helicobacter pylori* en individuos asintomáticos con *Helicobacter pylori* está relacionada con los síntomas. [Internet]. Pubmed.Gov. 2016 [cited 4 September 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28683359>



# **TEMA 194. HISTORIA DE LA ANESTESIA.**

**M. JESÚS ÁLVAREZ PÉREZ  
LYDIA WARNER PALLÁS**

# INDICE

- INTRODUCCIÓN
- ANTECEDENTES
- EL VITRIOLO DULCE
- EL GAS HILARANTE
- PRECURSOR EN EL IMPERIO DEL SOL NACIENTE
- PRIMERA OPERACION SIN DOLOR DE OCCIDENTE
- ANESTESIA Y DENTISTAS
- MAS DESCUBRIMIENTOS
- BIBLIOGRAFÍA

- El origen etimológico del término anestesia, escrito por primera vez en inglés en 1721 y en español en 1817 lo encontramos en el griego (anaesthesia, sin sensación). La primera persona de la que hay conocimiento en utilizar la palabra anestesia fue Pedanio Dioscórides Anazarbeo, un médico, farmacólogo y botánico de la antigua Grecia, cuya obra 'De Materia Médica' alcanzó una amplia difusión y se convirtió en el principal manual de farmacopea durante toda la Edad Media y el Renacimiento y quien atribuyó propiedades anestésicas a pócimas hechas con mandrágoras y vino. Su uso de la palabra anestesia se anticipa a la utilización del éter por Oliver Wendell Holmes en casi 1800 años.



- ANTECEDENTES

- Durante miles de años el hombre ya había experimentado diferentes productos con efectos analgésicos, narcóticos e hipnóticos, como el opio, la marihuana y el hachís, el beleño y la mandrágora. También se había ensayado el propinarle un fuerte golpe al paciente para noquearlo y operarlo aprovechando el estado de aturdimiento producido por el golpe, o se había recurrido también ingerir alcohol etílico para mitigar la intensidad del dolor. Médicos, dentistas y pacientes lo intentaban todo con tal de disminuir el dolor en las operaciones.

En su libro “We Have Conquered Pain” (“Hemos vencido el dolor”), Dennis Fradin cuenta “No era raro que el cirujano entrara a la sala de operaciones con una botella de whisky en cada mano: una para el enfermo y la otra para él, a fin de poder soportar los gritos”.

- A pesar de todo, el alivio del dolor distaba de ser satisfactorio, cirujanos y dentistas trabajaban tan rápido como podían; de hecho, se les calificaba según su agilidad. Pero hasta los más veloces seguían infligiendo enormes sufrimientos. Por eso era común que la gente prefiriera soportar toda clase de males, como tumores o tener la boca llena de dientes cariados, antes que enfrentar la tortura de una operación quirúrgica o una extracción de muelas.

# EL VITRIOLO DULCE

En 1275, Ramon Llull obtuvo un líquido volátil e inflamable mientras experimentaba con ciertas sustancias químicas, y lo llamó vitriolo dulce (llamado eter actualmente).

En el siglo XVI, Paracelso, un médico de origen suizo hizo que unos pollos respiraran el eter y observó que no solo se dormían, sino que también perdían toda sensibilidad al dolor, pero Ni él ni Llull, lo aplicaron nunca en pacientes humanos. Habrían de transcurrir ciento doce años más antes de que los poderes anestésicos del éter se apreciaran a plenitud.

- EL GAS HILARANTE

- En 1772 Joseph Priestley descubría el óxido nitroso, gas que al principio se creyó letal. Veintisiete años después, en 1799 Humphry Davy decidió probarlo consigo mismo. Descubrió con asombro que lo hacía reír, así que lo denominó “gas hilarante”. Llegó a ponerse de moda inhalarlo, así como el éter por diversión.
- Davy escribió sobre las posibles propiedades anestésicas del compuesto gaseoso, pero nadie en aquellos días continuó con las investigaciones.

- Hacia 1831 ya se conocían los tres agentes (óxido nitroso, éter y cloroformo), sin embargo, aún no se habían utilizado en medicina y cirugía con propiedades anestésicas. En 1839, el destacado cirujano francés Armand Velpeau exclamó: “El escape del dolor en las operaciones quirúrgicas es una quimera... cuchillo y dolor en la cirugía, son palabras que siempre permanecen inseparables en la mente de los pacientes”.

# PRECURSOR EN EL IMPERIO DEL SOL NACIENTE

- En 1804, Seishu Hanaoka realizó la primera cirugía de cáncer de mama con éxito bajo anestesia general. La Kodansha Encyclopedia of Japan señala que Seishu Hanaoka (1760-1835) mezcló “seis drogas naturales” para elaborar un anestésico denominado “mafutsusan”, el cual empleó con buenos resultados. Se anticipó 38 años a la intervención de C.W. Long con éter que tuvo lugar en 1842. Hanaoka llevó a cabo un total de 156 operaciones de cáncer de mama así como muchas otras intervenciones quirúrgicas.

# PRIMERA OPERACION SIN DOLOR DE OCCIDENTE

- Crawford W. Long se dió cuenta de que sus amigos eran insensibles al dolor aunque se habían hecho daño al ir tambaleando de un lado a otro bajo los efectos del éter. De inmediato pensó en su aplicación a la cirugía. Dio la casualidad de que James Venable, estudiante que participaba en una fiesta de éter, tenía dos pequeños tumores que quería que le extirparan. Cuando Long le propuso practicársela bajo los efectos del éter, Venable accedió, y el 30 de marzo de 1842 se realizó la intervención sin dolor. No obstante, Long no hizo público su descubrimiento hasta 1849.

# ANESTESIA Y DENTISTAS

- Habida cuenta del intenso dolor que causan los dientes, fueron los odontólogos los sanitarios más interesados en encontrar fármacos que mitigaran el dolor de sus pacientes. En 1844, el dentista Horace Wells inhaló el óxido nitroso y se sacó él mismo una muela del juicio con éxito, sin dolor.
- El 16 de octubre de 1846, otro dentista americano, William Morton, organizó una demostración pública de sus propiedades anestésicas durante una operación, que tuvo lugar en Boston. Aplicó la anestesia; a continuación, el cirujano, un tal doctor Warren, realizó la intervención, que consistió en extirpar un tumor localizado debajo de la mandíbula.



- Fue un rotundo éxito, y la noticia se extendió con rapidez por Estados Unidos y Europa.
- **MAS DESCUBRIMIENTOS**
- En 1831 se descubrió el cloroformo y enseguida se convirtió en el anestésico preferido en algunos lugares. Se insensibilizaba con él a las mujeres durante el parto, incluida la propia reina Victoria de Inglaterra en 1853.
- Con el tiempo la anestesiología terminó convirtiéndose en una especialidad médica. Se ha ido avanzando en sus usos y ampliándolos como es el caso de la anestesia regional y local. Afortunadamente esto ha tenido una repercusión enorme en la calidad de la sanidad y de la vida de las personas.

# BIBLIOGRAFÍA

PubMed.gov. U.S. National Library of Medicine. Bethesda MD. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Scyelo Uruguay. Evaluación y desarrollo de la anestesiología. Disponible en:  
[https://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12732009000100002](https://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732009000100002).

Etimología de anestesia. Disponible en:  
<http://etimologias.dechile.net/?anestesia>

Wikipedia. Disponible en:  
<https://es.wikipedia.org/wiki/Anestesia>

Mayor M.C. Antonio Moreno-Guzmán. Breve historia de la anestesia. Escuela Médico Militar. Ciudad de México. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2012/sm124f.pdf>



# **TEMA 195. IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN PRE-OPERATORIA EN RECONSTRUCCIÓN DE LCA.**

**RODRIGO ÁLVAREZ GONZÁLEZ**

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS

3. REHABILITACIÓN PREOPERATORIA

4. RESULTADOS

5. CONCLUSIONES

6. BIBLIOGRAFÍA

# 1. INTRODUCCIÓN

La lesión del ligamento cruzado anterior de la rodilla (LCA) es una de las grandes lesiones deportivas de la rodilla. La rotura del LCA es considerada actualmente como una epidemia y un auténtico problema de salud nacional.

Se trata de una lesión que casi nunca es aislada y que puede acompañarse de afectaciones del menisco o cartílago, que ensombrecen el pronóstico, y en menor medida de otras lesiones ligamentosas o rotulianas.

El LCA estabiliza la rodilla fijando la cabeza tibial para impedir que se desplace hacia delante y para limitar la rotación y torsión en valgo de la articulación. En el deporte este efecto es primordial para permitir saltos y giros durante la actividad deportiva. Además es la primera barrera defensiva frente a la hiperextensión de la rodilla.

El LCA puede lesionarse por un traumatismo directo de alta energía, pero lo más frecuente es la lesión sin contacto, durante la carrera, el salto o el cambio de dirección mientras la pierna sigue fijada al suelo, forzando la rotación lateral o la torsión en valgo de la rodilla.

Algunos pacientes toleran la rotura del ligamento cruzado anterior sin presentar inestabilidad articular y no precisan de reparación quirúrgica. No obstante, la mayoría de los pacientes presentarán episodios de inestabilidad articular con la actividad deportiva, y será necesaria una intervención quirúrgica para que puedan continuar con la práctica de su deporte. Es en estos últimos pacientes donde deberemos plantearnos cuál será el mejor momento para la operación y la importancia de una correcta rehabilitación pre-operatoria.

## 2. OBJETIVOS

Parece que una buena función de la rodilla antes de la intervención quirúrgica se relaciona con resultados satisfactorios postoperatorios en los casos de reconstrucción del LCA. El objetivo que nos planteamos es determinar la importancia de una correcta rehabilitación pre-operatoria y sus beneficios en el corto y largo plazo tras la reconstrucción del LCA, tanto en términos de fuerza, como capacidad funcional y disminución de complicaciones.

Dado que los resultados tras la reconstrucción de LCA aún no son perfectos es necesario seguir investigando y estudiando los diferentes eslabones del proceso de rehabilitación.



### **3. REHABILITACIÓN PREOPERATORIA**

Para tratar de demostrar la importancia de la rehabilitación preoperatoria, planteamos un programa de rehabilitación durante 5-8 semanas. El objetivo de dicho programa es recuperar al menos el 90% de la fuerza del cuádriceps e isquiotibiales, mejorar el entrenamiento neuromuscular, recuperar el mayor rango de movimiento posible y reducir la inflamación. El programa de ejercicios se inició tan pronto como la inflamación y el déficit de rango articular fueron solucionados.

La inclusión de entrenamiento neuromuscular en esta etapa pre-operatoria es otro intento por mejorar los resultados tras la reconstrucción de LCA. Específicamente, el entrenamiento con perturbaciones ha sido estudiado junto con un programa de rehabilitación pre-operatoria y todavía sigue estudiándose su uso y beneficios tras la cirugía.

Se valoró la función de la rodilla antes y después de completar el programa de rehabilitación pre-operatoria con tests isocinéticos de fuerza de cuádriceps e isquiotibiales, 4 tests de salto unipodal, 2 cuestionarios diferentes de auto evaluación y una puntuación global de la rodilla.

El mismo procedimiento se siguió para evaluar los resultados y la función de la rodilla en diferentes períodos tras la reconstrucción de LCA. Los resultados fueron comparados con pacientes que no habían seguido un programa de rehabilitación pre-operatoria, para tratar de establecer las posibles diferencias existentes entre los 2 grupos.

Del mismo modo los pacientes completaron el IKDC y el KOOS tanto en el pre-operatorio como 2 años después de la intervención quirúrgica.

## 4. RESULTADOS

El objetivo del estudio era determinar y comparar los resultados funcionales de la rodilla tras la reconstrucción quirúrgica del LCA.

En primer lugar se observó un aumento de la fuerza y la función de la rodilla preoperatorias, así como una mejoría en el rango articular y una disminución de la inflamación, lo que permitió a los pacientes llegar a la cirugía en mejores condiciones. También se observó mejoría en la confianza y auto-evaluación de la función de la rodilla en los pacientes que llevaron a cabo el programa de rehabilitación preoperatoria. Destacaron el hecho de mantenerse activos y poder ver la mejoría en sus rodillas desde el momento de la lesión hasta ese final de la fase preoperatoria.

Del mismo modo, esa fase preoperatoria nos permitió trabajar en la comprensión y ejecución de patrones y ejercicios que el paciente tendría que utilizar en un futuro, tras la cirugía, lo que facilitó una mejor realización y evolución de los mismos a posteriori.

A su vez, los pacientes que completaron el programa de rehabilitación preoperatoria presentaron unos resultados significativamente mejores en la función de la rodilla y mayores tasas de regreso al deporte 2 años después de la reconstrucción de LCA. Se obtuvieron valores mayores en el KOOS 2 años después de la reconstrucción comparado con los pacientes que no realizaron rehabilitación preoperatoria.

Se documentaron también resultados mayores en el IKDC en la fase preoperatoria en los pacientes que habían realizado el programa en comparación con aquellos que no.

# 5. CONCLUSIONES

Los pacientes que llevaron a cabo el programa de rehabilitación preoperatoria consistente en fortalecimiento progresivo, entrenamiento neuromuscular y pliométrico presentaron mejores resultados funcionales y una mayor tasa de regreso al deporte comparado con los pacientes que no realizaron ese programa preoperatorio 2 años después de la reconstrucción del LCA.

El hecho de conseguir además una rodilla sin inflamación y con un buen rango de movilidad limitó y disminuyó las posibles complicaciones de la operación, como la artrofibrosis. Pacientes que realizaron la operación sin cumplir estas bases presentaron mayores problemas en el postoperatorio a la hora de recuperar el rango articular, con situaciones de fibrosis y limitación importante de movimiento.

Más difícil resultó valorar la mejoría en la fuerza de cuádriceps postoperatoria, ya que factores como la inhibición muscular artrogénica hacen difícil valorar dicha cuestión.

No obstante, y con todos los datos obtenidos, la mejor autovaloración de la función de la rodilla por parte del paciente, los mejores resultados funcionales, la disminución de complicaciones y las mayores tasas de retorno a la actividad deportiva nos hacen concluir que la inclusión de un programa de rehabilitación preoperatoria basado en disminución de la inflamación, mejora del rango de movilidad, aumento de la fuerza, capacidad neuromuscular y pliométrica en los casos de rotura de ligamento cruzado anterior se antoja fundamental, beneficioso y en ningún modo perjudicial. Además dicho programa nos será de utilidad tanto si el paciente finalmente opta por la intervención quirúrgica como si se lleva a cabo una opción conservadora.

Serían necesarios más estudios para identificar cuáles son los puntos clave dentro de esta rehabilitación preoperatoria, y de igual modo, las altas tasas de re-lesión y de fracaso en el return to play en los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica del LCA hacen necesario que se continúe investigando y mejorando en todas las fases de este proceso, algo que sin duda queda en el deber de cirujanos, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas y preparadores físicos para lograr que esta lesión pueda superarse de la mejor manera posible.

# 6. BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** Roald Bahr; Sierre Maehlum; “Lesiones deportivas: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”
- **Artículos de revistas:**
  - <https://www.revistaartroscopia.com/ediciones-anteriores/1996/volumen-3-numero-7/51-volumen-05-numero-1/volumen-3-numero-7/310-ligamento-cruzado-anterior>
- **Página WEB :**
  - [https://www.physiopedia.com/Anterior\\_Cruciate\\_Ligament\\_\(ACL\)\\_Rehabilitation](https://www.physiopedia.com/Anterior_Cruciate_Ligament_(ACL)_Rehabilitation)
- **Bases de datos:** <https://bjsm.bmj.com/content/49/6/385> ,  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5537599/> ,  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20710097?dopt=Abstract>





# **TEMA 196. ESTUDIO DE LA ISQUEMIA INTESTINAL MEDIANTE PRUEBAS DE IMAGEN.**

**LAURA DÍAZ RUBIA  
FRANCISCO JAVIER GARCÍA VERDEJO**

# ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- PROTOCOLO DE ESTUDIO.
- HALLAZGOS RADIOLÓGICOS.
- CONCLUSIONES.

# INTRODUCCIÓN

La isquemia mesentérica es una patología muy grave que entraña una elevada mortalidad (hasta el 90%) y que suele ocurrir en personas de edad avanzada con problemas cardiovasculares.

Su origen puede ser OCLUSIVO (venoso o arterial) o NO OCLUSIVO (por inestabilidad hemodinámica por hipotensión, anemia...etc) o también MULTIFACTORIAL.

Su clínica es a veces inespecífica y el diagnóstico puede ser difícil incluso retrasarse y llegar a él cuando sea demasiado tarde para realizar cualquier actitud terapéutica.

# INTRODUCCIÓN

Por eso es importante sospechar la existencia de isquemia intestinal ya que un diagnóstico precoz puede llevar a salvar la vida del paciente al poder instaurar un tratamiento adecuado, que generalmente pasará por una cirugía.

La isquemia intestinal aguda pasa por 3 estadíos: ESTADIO I DE COLITIS O ENTERITIS REVERSIBLE (puede curar sin secuelas), ESTADIO II (extensión a pared intestinal puede curar con fibrosis) y ESTADIO III O DE NECROSIS TRANSMURAL (asociado a una alta mortalidad, precisa intervención quirúrgica urgente).

# PROTOCOLO DE ESTUDIO

Se deberá realizar un estudio de TC DE ABDOMEN Y PELVIS SIN Y CON CONTRASTE INTRAVENOSO YODADO como prueba de elección:

- 1º un estudio basal sin contraste.
- 2º un estudio con contraste iv en fase arterial a los 30 segundos.
- 3º un estudio con contraste iv en fase portal o venosa a los 60 segundos.

Se valorará la opción de dar al paciente contraste oral positivo según la situación clínica y la sospecha.

# HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

1 Engrosamiento parietal: es un hallazgo inespecífico que se puede ver en colitis o enteritis de otras etiologías que no sean isquémicas. Se habla de engrosamiento parietal si éste es mayor a 3 mm.

2 Realce parietal: siempre se valorarán conjuntamente en estudio sin y con contraste iv. En estudio basal puede aparecer la pared hipodensa (probablemente por edema). Tras contraste podemos ver ausencia de realce, hiporrealce, realce en diana o incluso hiperrealce.

3 Dilatación de la luz intestinal (normalmente por ileo adinámico).

4 Trombo en rama arterial o venosa mesentérica.

5- Ingurgitación venosa.

# HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

6- Trabeculación de la grasa mesentérica.

7- Líquido libre.

8 Neumatosis intestinal.

9 Gas portosistémico.



# CONCLUSIONES

La isquemia intestinal es una patología poco frecuente pero potencialmente grave que suele afectar a pacientes de edad avanzada.

El diagnóstico se realizará mediante pruebas de imagen fundamentalmente angioTC de abdomen y pelvis y precisará también de un estudio de TC basal y fases con contraste arterial y portal.

Es de vital importancia que el diagnóstico sea precoz ya que en esta entidad el actuar rápido es fundamental para poder salvar la vida del paciente.

# BIBLIOGRAFÍA

- Childers BC, Cater SW, Horton KM, Fishman EK, Johnson PT. CT Evaluation of Acute Enteritis and Colitis: Is It Infectious, Inflammatory, or Ischemic?: Resident and Fellow Education Feature. Radiographics. 2015 Nov-Dec;35(7):1940-1.
- Rha SE, Ha HK, Lee SH, Kim JH, Kim JK, Kim JH, et al. CT and MR imaging findings of bowel ischemia from various primary causes. Radiographics. 2000 Jan-Feb;20(1):29-42. Review.
- Lund EC, Han SY, Holley HC, Berland LL. Intestinal ischemia: comparison of plain radiographic and computed tomographic findings. Radiographics. 1988 Nov;8(6):1083-108.



**TEMA 197. UN BINOMIO  
INSEPARABLE: ENFERMO TERMINAL  
Y FAMILIA.**

**LAIA VELA SORIGÓ  
CLARA ESTEVE SALA**

# ÍNDICE

- Introducción**
- Objetivos**
- Metodología**
- Resultados**
- Conclusión**
- Bibliografía**

# INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos han ido evolucionando y pasando por distintas fases, por lo que actualmente los profesionales sanitarios ya ven al enfermo terminal y al cuidador principal de éste como un binomio inseparable, que deben ser tratados de forma conjunta para así prestar unos cuidados integrales.

Estos cuidados deben centrarse en una concepción holística, activa e integral de forma terapéutica, de manera que comprenda los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales tanto del enfermo como de su familia y entorno

# OBJETIVOS

Realizar una revisión bibliográfica para conocer la situación actual, sobre la atención de enfermería que recibe la familia de los pacientes que se encuentran en la fase terminal de la enfermedad.

# **METODOLOGIA**

Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos donde los articulo elegidos fueron publicados entre los años 2006-2017 a texto completo, y disponibles online en idioma catalán, ingles y portugués.



# RESULTADOS

A menudo la enfermedad terminal actúa como desencadenante de una crisis familiar por lo que es importante reconocer al cuidados principal. El profesional enfermero es el responsable de la atención y cuidados ofrecidos al paciente y acompañantes, por lo que una buena comunicación permitirá establecer un vínculo que ayudara a aceptar el mal pronóstico

# CONCLUSIÓN

Enfermería debe prestar las habilidades necesarias para mantener un buen canal de comunicación con la familia y el enfermo terminal, para así fomentar la comunicación asertiva y saber cuales son sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Por ultimo, es necesaria la formación de los profesionales de la salud para saber como deben actuar y proporcionar una atención humanizada en todo el proceso de muerte, ya que aunque la muerte este presente en el día a día de la salud, mucho profesionales sienten temor a dar malas noticias.

# BIBLIOGRAFÍA

1. Centeno Cortés C, Gómez Sancho M, Nabal Vicuña M, Pasqual López A. Manual de medicina paliativa. Pamplona; 2009.
2. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. 5ªed. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA); 2008.
3. Sánchez Manzanera R. Cuidados paliativos. Avances sin final. Vol 1º.3ªed. Alcalá de la Real (Jaén):Alcalá; 2004.
4. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela Subdirección Operativa de Docencia. Cuidados paliativos, una necesidad de nuestra sociedad. Santiago de Compostela; 1997.

# BIBLIOGRAFÍA

5. Organización Mundial de la Salud. Cáncer, Cuidados paliativos [página web]. [consultado el:10-12-2017]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>
6. Achury DM, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. Enfermería Universitaria. 2016;13(1):55-60.
7. Tejada Domínguez FJ, Ruíz Domínguez MR. Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. Enfermería Global. 2009;15:1-13.
8. Renata Fratezi F, Ozello Gutierrez BA. Cuidador familiar do isodo em cuidados paliativos: o proceso do morrer no domicilio. Ciencia Saúde Colectiva. 2011;16(7):3241-3248.
9. Santos Nunes MG, Deusdará Rodrigueus BMR. Tratamento paliativo: Perspectiva da familia. Revista enfermagem UERJ. 2012;20(3):33-43.



**RAQUEL RUÍZ TURRADO**

**MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ**

**TEMA 19.8. EL EQUIPO QUIRÚRGICO.**

**ROCÍO VAZQUEZ CUERVO**

# ÍNDICE

•Presentación.	3
pág	
•Componentes del equipo quirúrgico.	4 pág
•Ventajas de los equipos en la actualidad.	5 pág
•Efectos biológicos producidos por la radiación.	6-7p
•Protección radiológica.	8-9p
•Uso del arco quirúrgico.	10-
11p	
•Bibliografía.	12 p

# PRESENTACIÓN

Los equipos de Rx quirúrgicos son los llamados comúnmente "arcos en C".

El nombre está relacionado con la forma del tubo portador parecido a la letra "C".

Gracias a esta forma, el arco se pueden utilizar para visualizar la mayoría de las intervenciones quirúrgicas (desde cirugías ortopédicas simples hasta la realización de implantes de válvula aórtica muy complicados).

En la actualidad son equipos extremadamente cómodos de usar gracias a su alta potencia y pequeño tamaño.



# COMPONENTES DEL EQUIPO QUIRÚRGICO

- Tubo en forma de C.
- Detector plano (proporciona imágenes digitales de alta calidad con mínima exposición a la radiación).
- Unidad monobloque, donde se incluye un tubo de rayos X y un sistema de refrigeración específico.
- Monitor o monitores.

# VENTAJAS DE LOS EQUIPOS QUIRÚRGICOS EN LA ACTUALIDAD.

1. Imágenes digitales de alta calidad .
2. Posibilidad de utilizar diversas aplicaciones y filtros para mejorar las imágenes directamente durante los exámenes.
3. Utilización y maniobrabilidad cómodas (el tubo portador especial en forma de C brinda un amplio campo de visión con acceso a todas las áreas anatómicas del cuerpo del paciente).
4. Multifuncionalidad. Se usan en casi todas las ramas de la atención de la salud.
5. Seguridad y posibilidad de realizar exámenes con mínima exposición del paciente a la radiación.
6. Rentabilidad en el funcionamiento del equipo y en la realización de los exámenes de contraste.

# EFECTOS BIOLÓGICOS.

<b>ESTOCÁSTICOS</b>	<b>DETERMINISTAS</b>	
Mutación de pocas células	Mutación de muchas células	<b>CAUSA</b>
Inexistente	Existente	<b>DOSIS UMBRAL</b>
La probabilidad depende de la dosis	La gravedad depende de la dosis	<b>RELACIÓN DOSIS-EFECTO</b>
Anomalías congénitas	No	<b>EFECTOS HEREDITARIOS</b>
Carcinogénesis	Cataratas, leucopenias, radiodermatitis...	<b>EFECTOS SOMÁTICOS</b>
Tardío	Corto espacio-tiempo	<b>TIEMPO APARICIÓN</b>

Es muy importante destacar también los efectos biológico producidos por la radiación en embrión y feto:

-Estocásticos: En relación con la irradiación de los ovarios o testículos de los progenitores antes de la fecundación.

-Deterministas: Ligado a la dosis recibida intraútero.

# PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.

Basarnos siempre en el principio ALARA ( "As Low As Reasonably Achievable"), es decir, mantener las exposiciones a radiaciones ionizantes tan bajas como razonablemente se puedan conseguir; lograr una imagen de calidad suficiente que asegure un correcto diagnóstico.

COMO OBJETIVOS:

\*LIMITAR la probabilidad de efectos estocásticos.

\*PREVENIR la aparición de efectos estocásticos.

## ¿CÓMO LIMITAR LA DOSIS RECIBIDA?

-Maximizando la distancia: La dosis recibida es inversamente proporcional al cuadrado de la distancia.

-Minimizando el tiempo: A menor tiempo invertido en una determinada operación menor será la dosis recibida.

-Maximizando el blindaje: Utilizando materiales lo más grueso posible capaces de atenuar la radiación.

El técnico siempre ha de llevar, como mínimo, el mandil plomado y el protector de tiroides.

# USO DEL ARCO QUIRÚRGICO.

- Introducción arco quirúrgico dentro del quirófano.
- Incluir datos del paciente en worklist.
- Conexión y encendido del arco.
- Capturas datos del paciente.
- Visión de datos en pantalla.
- Comprobación del buen funcionamiento del arco y manejo y control de las técnicas de exploración.
- Protección radiológica del personal con delantal plomado, protector de tiroides y gafas plomas. Es muy importante que todo el personal esté protegido de esta radiación.
- Espera orden del cirujano para comienzo de la exploración.

- Localización de la zona a intervenir.
- Dar escopia a demanda del cirujano.
- Realizar proyecciones específicas de la zona a tratar.
- Captura y tratamiento de la imagen.
- Envío imágenes seleccionadas e informe de dosis de radiación al PACS para que queden incluidas en el historial clínico del paciente.
- Apagado y limpieza del aparato.



# BIBLIOGRAFÍA

- Galimany,Masclans.Jordi. Elsevier.es
- Pernas,Canadell.Carlos. Elsevier.es
- Balog.Diana. Compañía BiMedis.
- S,Peña. Constantino. Radiologyinfo.org



# **TEMA 199. LA EXTRAVASACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTES INTRAVENOSOS.**

**LAURA TRABADA MARTÍN**

**LAURA GARCIA FERNANDEZ**

**ANA ISABEL GONZALEZ ÁLVAREZ**

**MARIA JOSÉ MARTÍN SANCHEZ**

# INDICE

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

# INTRODUCCIÓN

El descubrimiento de los rayos X está datado en el año 1895.

Las primeras sustancias radiopacas utilizadas en cadáveres, como «yeso de París» o «pasta de Teichman», aparecen de la mano de Dutto, Hascheck y Lindenthal debido a la deficitaria visualización de zonas blandas.

A partir de 1910 comienzan a utilizarse sustancias como bario (estudios gastrointestinales).

En 1927 se lleva a cabo la primera angiografía carotídea con dióxido de torio.

El yodo comienza a utilizarse con fines diagnósticos radiológicos en 1929 por Moses Swick.

# INTRODUCCIÓN

La tecnología ha permitido, a lo largo de los años, que las técnicas radiológicas y los contrastes intravenosos hayan evolucionando de forma conjunta consiguiendo realizar cada vez, estudios más sofisticados ofreciendo imágenes más precisas facilitando la interpretación de los estudios radiológicos.

# OBJETIVOS

Identificar la secuencia correcta de actuación para realizar la administración del contraste intravenoso así como las medidas a tomar en caso de extravasación.

# MATERIAL Y MÉTODO

- Diseño del estudio: revisión bibliográfica.
- Criterios para la selección de material:
  - Artículos que aborden el objetivo.
  - Artículos disponibles de acceso libre a texto completo en diferentes bases de datos y revistas científicas
  - Publicación de artículos posteriores al año 2010.
- Estrategia de búsqueda: tras realizar una búsqueda sistemática por las diferentes Bases de Datos consultadas como, Pubmed, Cochrane, Dialnet, , Scielo, mediante la utilización de una serie de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), y conectores booleanos AND y OR.



# RESULTADOS

## Respecto al paciente.

- Realizar una valoración individualizada de cada paciente. Especial cuidado en ancianos, niños y pacientes con alteración de conciencia.
- Catéteres de plástico tipo abocath preferiblemente del calibre 20 o 22 G
- Elección zona de punción: zona antero cubital por ser considerada de fácil acceso.
- Comprobar de forma manual la permeabilidad de la vía venosa canalizada.

# RESULTADOS

## Respecto a la administración del contraste.

- Mantenerse presente durante la administración, a través del inyector, del contraste intravenoso asegurándonos que no aparecen signos de extravasación ni complicaciones inmediatas.

## Complicaciones.

- En caso de extravasación el paciente presentará, en la mayoría de los casos, edema, dolor e induración, aunque en algunos casos puede pasar desapercibida.

# RESULTADOS

- Elevar el miembro afectado, aplicar frío local y avisar al radiólogo responsable, que indicará si considerase oportuno la realización de una radiografía para una posterior valoración.
- Debe, así mismo vigilar al paciente hasta comprobar que los signos no han progresado, pudiéndolo remitir a su domicilio indicándole que debe regresar en caso de empeoramiento.
- En los casos más graves puede llegarse a precisar la consulta urgente con el servicio de cirugía plástica.

# CONCLUSIÓN

Resulta fundamental realizar un seguimiento exhaustivo por parte del personal de enfermería, antes, durante y tras la administración del contraste para minimizar el riesgo de extravasación.

Así mismo actuar conforme al protocolo en los casos en los que esta complicación aparezca.

# BIBLIOGRAFÍA

- Vivas I.. Nuevos horizontes en el desarrollo de medios de contraste en Radiología. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2013 Ago [citado 2019 Sep 24] ; 36( 2 ): 189-192. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S137-66272013000200001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S137-66272013000200001&lng=es).
- Sartori Pablo, Rizzo Franco, Taborda Norberto, Anaya Verónica, Caraballo Armando, Saleme Clara et al . Medios de contraste en imágenes. Rev. argent. radiol. [Internet]. 2013 Mar [citado 2019 Sep 24] ; 77( 1 ): 49-62.

# BIBLIOGRAFÍA

Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-99922013000100008&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922013000100008&lng=es).

- Enfermería clínica, ISSN 1 30-8621, Vol. 20, N°. 5, 2010, págs. 297-300
- Revista de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica, ISSN 1698-0301, Vol. 9, N°. 1, 2012, págs. 19-29
- C Ramirez Ribelles /MA Sanchez Fuster/J Pamies Guilabert , Contrastes yodados de utilización en Radiológica, El SevierDoyma, 2014.



# **TEMA 200. LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN AL USUARIO.**

**SILVIA MEANA GÓMEZ**

**ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS**

**BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS**



# ÍNDICE

- 1. ¿QUÉ ES HUMANIZAR?**
- 2. CAUSAS DE LA DESHUMANIZACIÓN**
- 3. MEDIDAS PARA HUMANIZAR**

# 1. ¿QUÉ ES HUMANIZAR?

- a. Es la acción de hacer humano, familiar y afable a alguien o algo
- b. Ablandarse, sosegarse, hacerse benigno
- c. También se refiere a lo humano como sustantivo y como adjetivo
- d. Connota con otros conceptos significantes como pueden ser: solidario, caritativo, digno, cercano, afectuoso.

La tarea de humanizar la asistencia sanitaria compete a todos: Instituciones públicas y privadas, profesionales, pacientes y familias de pacientes. El objetivo último de la humanización es mejorar la salud integral del paciente /usuario, sin olvidar las de los profesionales e instituciones que intervienen en el proceso de curar y cuidar.

## 2. CAUSAS DE LA DESHUMANIZACIÓN

1. La tecnología.
2. El complejo mundo sanitario: Masificación, despersonalización, burocracia....
3. La especialización
4. El trabajo de los profesionales sanitarios: falta de condiciones adecuadas, escasas motivaciones intrínsecas y extrínsecas, contacto permanente con el sufrimiento, riesgo del síndrome del quemado (agotamiento físico , somatización, despersonalización hacia el paciente, aislamiento del entorno, apatía, desinterés por la vida)
5. Los criterios mercantilistas: el negocio de la sanidad, el cumplimiento de objetivos, el papel de la iniciativa privada...
6. La negación del sufrimiento

### 3. MEDIDAS PARA HUMANIZAR

La responsabilidad de humanizar la atención al usuario recae normalmente en los profesionales, pero no les corresponde de forma exclusiva. Afortunadamente, los responsables políticos han comenzado a asumir como propio este compromiso. El primer paso ya se ha dado. La humanización de la asistencia ha entrado en el lenguaje político. Uno de los profesionales con más visibilidad de los centros hospitalarios son los celadores, tienen mucho contacto con el usuario. Interesa que sean capaces de dar todo lo que puedan y saben para tratar a ese ser humano exactamente igual que el cirujano que le va a operar, porque su importancia es exactamente la misma a la hora de ser tratado. Para evitar la deshumanización hacia el usuario habría que apostar por recuperar los viejos valores del ejercicio profesional sanitario y no sanitario y empatizar con los profesionales para que atiendan a pacientes como si fueran un miembro de su familia.

# BIBLIOGRAFÍA

Rmédica.es [actualizado 13 Oct 2015; citado 4 Sept 2019].

Disponible en:

<http://www.rmedica.es/edicion/267/como-se-humaniza-la-sanidad>

Humanizar.es. Pablo Posse [citado 4 Sept 2019]. Disponible

en:

[http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer\\_y\\_Dependencia/Claves para la humanizacion de la atencion a personas mayores.pdf](http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_Dependencia/Claves_para_la_humanizacion_de_la_atencion_a_personas_mayores.pdf)

