IV Tomo de lecciones en Salud Comunitaria: Atención Primaria, Pediatría, Ginecología.

Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria.

Marzo 2019

SOCIFOSA

Salud Comunitaria: Atención Primaria, Pediatría, Ginecología.

Edición Marzo 2019

SOCIFOSA

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: 08/Marzo/2019.

Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria (SOCIFOSA). Inscrita en el Registro Nacional de Sociedades Científicas con número 611948.

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

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

ISBN: 978-84-09-04455-9

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

Producción editorial por SOCIFOSA.

Email: Contacto@cienciasanitaria.es // **WEB:** https://cienciasanitaria.es/

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 1. **METABOLOPATÍAS EN EL RECIEN NACIDO.**
- ***CRISTINA URRA GIL***
- Tema 2. **PROTOCOLOS CLÍNICOS PACIENTE HEMATOLÓGICO.**
- ***MARÍA PAULA CHÁVEZ COLLAZOS***
- Tema 3. **DESARROLLO MOTOR EN EL NIÑO DE 0 A 5 AÑOS.**
- ***JUANA ISABEL MARTÍNEZ MENCHÓN***
- Tema 4. **LAS FASES DE LA VIOLENCIA A LA MUJER**
- ***PAULO JOSÉ VALDÉS VÁZQUEZ***
- Tema 5. **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PERSONAS CON PATOLOGÍA DE LA CAVIDAD BUCAL.**
- ***MARÍA CARMEN BERENGUER ÚBEDA***
- Tema 6. **ABORDAJE DE LAS QUEMADURAS TÉRMICAS.**
- ***SARA MARÍN ARRIAZU, MARTA NAVARRO CILLERO***
- Tema 7. **PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO A UN PACIENTE CON EPISODIO MANÍACO**
- ***JORDI URBIOLA CASTILLO, ANE FERNANDEZ BEARAN***
- Tema 8. **PARTOS INMADUROS: CAUSAS Y PROBABLES SECUELAS.**
- ***BLANCA ROSA INFANTE BUENO***
- Tema 9. **SER DONANTE RENAL: calidad de vida post-donación.**
- ***ENARA IRIONDO BERNABEU***
- Tema 10. **MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA DE LIBERACIÓN PROLONGADA.**
- ***ALBA FERNANDEZ FALCES***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 11. **DISEÑO DE PROYECTO EDUCACIONAL SANITARIO MULTICÉNTRICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR.**
- ***SANDRA MORGA GARRE, MARINA RUBIO BAÑO***
- Tema 12. **LA TESTOSTERONA EN EL HOMBRE ADULTO.**
- ***MARIA DEL CARMEN DIAZ DIAZ, ANA GOMEZ UBIAÑO***
- Tema 13. **CONSUMO OCASIONAL DE COCAINA ¿MODA O EPIDEMIA?- A propósito de un caso.**
- ***MARINA RUBIO BAÑO, SANDRA MORGA GARRE***
- Tema 14. **ICTERICIA NEONATAL.**
- ***LORENA ALONSO SOBRINO, LAURA VALDÉS SOBRECUEVA , MARGARITA TEJÓN MORÁN***
- Tema 15. **CONOCIMIENTOS SOBRE LA TRISOMÍA 18 EN RECIÉN NACIDOS.**
- ***Mª JESÚS AVILÉS CONESA, Mª ASCENSIÓN AVILÉS CONESA***
- Tema 16. **MATENIMIENTO SALUDABLE DE LA ESFERA LUMBO-PÉLVICA-ABDOMINAL EN FISIOTERAPIA.**
- ***ESTEBAN ROMERO BERNAL***
- Tema 17. **CUIDADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON SINDROME DE LISIS TUMORAL.**
- ***Mª ASCENSIÓN AVILÉS CONESA, Mª JESÚS AVILÉS CONESA***
- Tema 18. **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PSICOSIS PUERPERAL.**
- ***ANTONIO JAVIER GUILLAMÓN MARÍN, MARIA JOSÉ GUILLAMÓN MARÍN***
- Tema 19. **INTOLERANCIA A LA PROTEINA DE LA LECHE EN NIÑOS.**
- ***MARIA CRISTINA RIERA ZAPICO***
- Tema 20. **LA GRIPE.**
- ***ALEJANDRA ROZADA GARCÍA***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 21. **ATENCIÓN Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DIABETICO EN LA CONSULTA DE AP.**
- ***AMAIA CORUJO ELIZALDE, IDOIA LAPARTE CAMPO, NAHIA ARRAIZA GULLINA, ISABEL CELAYA CALVO***
- Tema 22. **OBESIDAD INFANTIL Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.**
- ***TAMARA GIL BLANCO, BÁRBARA ROJAS SALINERO, ANA MARÍA PARRA CRUZ***
- Tema 23. **PATOLOGIA INFECCIOSA EN EL TRACTO GENITAL..**
- ***IRENE ALONSO MEDINA, SONIA ZAHARA CASTILLO AVILÉS, ANTONIO MIGUEL SALINAS MARCOS***
- Tema 24. **PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN GESTANTE CON PREECLAMPSIA.**
- ***ARANTZAZU IGOA ERRO, EVA ARANA ALONSO, BEATRIZ OTAEGUI BALEZTENA, LUCIA ZUBIAUR BEGUIRISTAIN***
- Tema 25. **¿QUE TENGO EN MI PIEL?.**
- ***PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ, PATRICIA GONZALEZ ROBLES, NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ***
- Tema 26. **RECOGIDA DE ORINA EN LACTANTES POR ESTIMULACION VESICAL.**
- ***JUAN JOSE PECHE MERELO***
- Tema 27. **TRAS EL PARTO.**
- ***PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES, PAULA RODRIGUEZ GONZÁLEZ, NURIA RODRIGUEZ GONZÁLEZ***
- Tema 28. **TUMMY TIME TOOLS.**
- ***LAURA ARMENDÁRIZ GONZÁLEZ, MIRIAM CIGANDA CENOZ, PATRICIA CARRERA MARTIN, MARIA RAMAJO HOLGADO***
- Tema 29. **UTILIDAD DE MEDIDAS FISICAS ANTITERMICAS EN FIEBRE EN NIÑOS REVISION BIBLIOGRAFICA.**
- ***NURIA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, PAULA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES***
- Tema 30. **ESTRATEGIA PARA LA NUTRICION, ACTIVIDAD FISICA Y PREVENCION DE LA OBESIDAD ESTRATEGIA NAOS.**
- ***MARIA JOSÉ LIEBANA LIEBANA, MARIA JOSE RUBIO LIEBANA, PEDRO LUIS RUBIO JIMENEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 31. **PSICOSIS Y AUTISMO. BREVE REVISION.**
- ***GABRIEL GARCIA ALVAREZ***
- Tema 32. **MALOS TRATOS EN EL ANCIANO**
- ***LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ, MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ, SONIA BAYÓN FLECHA, SHAMARA CASTILLO NOGRARO***
- Tema 33. **DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN: ERRORES EN SU USO.**
- ***CRISTINA DÍAZ PÉREZ, PAULA GUTIÉRREZ DÍAZ, M. BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ, SONIA BAYÓN FLECHA***
- Tema 34. **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL EN EL DOMICILIO: CASO CLÍNICO.**
- ***PAULA GUTIÉRREZ DÍAZ, MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ, SONIA BAYÓN FLECHA, LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ***
- Tema 35. **HIGIENE EN LA ESCUELA INFANTIL.**
- ***ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO, ANA VIOR LÓPEZ***
- Tema 36. **SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO.**
- ***Mª BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ, SONIA BAYÓN FLECHA, CRISTINA DÍAZ PÉREZ, SHAMARA CASTILLO NOGRARO***
- Tema 37. **NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.**
- ***ESTELA GARCÍA COYA***
- Tema 38. **OBESIDAD ¿EXISTE LA PÍLDORA MILAGROSA?.**
- ***SHAMARA CASTILLO NOGRARO, LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ, CRISTINA DÍAZ PÉREZ, PAULA GUTIÉRREZ DÍAZ***
- Tema 39. **OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS EN LACTANTES.**
- ***ANA VIOR LÓPEZ , ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO***
- Tema 40. **SEXUALIDAD EN EL PUERPERIO.**
- ***SONIA BAYÓN FLECHA, CRISTINA DÍAZ PÉREZ, SHAMARA CASTILLO NOGRARO, LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 41. **ACOMPAÑAMIENTO EN LA MUERTE FETAL Y PERINATAL.**
- ***ARASHELLY HUAMANTICA OROZ, LAURA ALONSO FERNANDEZ, CAROLINA MENDEZ MECA***
- Tema 42. **ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO: NUTRICIÓN ENTERAL.**
- ***NURIA HUERTA GONZÁLEZ***
- Tema 43. **ASPIRACIÓN PERCUTANEA VS HISOPO.**
- ***MIRIAM ASENJO GARCÍA***
- Tema 44. **BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA.**
- ***MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ, ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA, MARTA ATIENZA CORREAS***
- Tema 45. **CLIMATERIO: FITOTERAPIA, SEXUALIDAD Y MENOPAUSIA.**
- ***CARLA MARIA FERNANDEZ CASTRO***
- Tema 46. **EL ROL DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA.**
- ***BÁRBARA ROJAS SALINERO, ANA MARÍA PARRA CRUZ, TAMARA GIL BLANCO,***
- Tema 47. **PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO.**
- ***MIGUEL ÁNGEL MORENO BAÑOS***
- Tema 48. **NUTRICIÓN EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TRATADA CON HEMODIÁLISIS.**
- ***MARTA ATIENZA CORREAS, MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ, ESTHER NUÑEZ DE ARENAS ARANDA***
- Tema 49. **INTRODUCCIÓN A LA ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA.**
- ***JOSE ANTONIO RODRIGUEZ CARRILLO, MARIA DE LAS NIEVES CABALLERO ANTIÑOLO***
- Tema 50. **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME DE TOURETTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA, MARTA ATIENZA CORREAS, MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 51. **CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA.**
- ***NEREA CORNAGO NAVASCUÉS, PATRICIA SANZ MARTINEZ, ERIKA NAVARRO RUIZ, LUCÍA ARNEDO LADRÓN***
- Tema 52. **ACERCA DE LA ERITROBLASTOSIS FETAL**
- ***MARIA DEL MAR GUTIERREZ PRADO, DESIREE BARRIENTOS SOTO***
- Tema 53. **ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.**
- ***FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA***
- Tema 54. **BENEFICIOS DE LOS PROBIÓTICOS.**
- ***OMAR RODRÍGUEZ ÁLVAREZ***
- Tema 55. **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RADIOLÓGICAS EN PACIENTES EMBARAZADAS.**
- ***JOANA NIETO CARBAJOSA***
- Tema 56. **LESIONES PRECANCEROSAS POR VPH.**
- ***ANA MARÍA PARRA CRUZ, TAMARA GIL BLANCO, BÁRBARA ROJAS SALINERO***
- Tema 57. **AUTOMEDICACIÓN Y PERJUICIOS PARA LA SALUD.**
- ***EVA PASTOR GALLEGO***
- Tema 58. **DIETA MEDITERRÁNEA Y DEMENCIA.**
- ***IRENE ALONSO SOLLA, MARIA JOSÉ DÍAZ COUSO, JONATHAN ELENA VARELA***
- Tema 59. **CASO CLINICO: HERIDA POR MORDERURA DE PERRO.**
- ***AROA VILLASEÑOR DE LA FUENTE, ESPERANZA MARÍA PÉREZ SÁEZ***
- Tema 60. **TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE TAPÓN DE CERUMEN POR IRRIGACIÓN.**
- ***FRANCISCO BERDIAL CORNELLANA***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 61. **PROBLEMÁTICA DE LA POLIFARMACIA Y DESPRESRIPCIÓN.**
- ***CARLOTA ROMERO MARTÍN, PEDRO PADILLA ROMERO, TERESA LÓPEZ ARTEAGA***
- Tema 62. **CÁNCER DE MAMA: TIPOS Y ESTADIAJE.**
- ***SILVIA ARIAS FUENTES***
- Tema 63. **COMUNICACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***ISMAEL RIVAS CABALLERO***
- Tema 64. **EMPLEO DE ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3 EN ANCIANOS CON DEPRESIÓN.**
- ***PEDRO PADILLA ROMERO, TERESA LÓPEZ ARTEAGA, CARLOTA ROMERO MARTIN***
- Tema 65. **TINCION DE GRAM.**
- ***ANTONIO MONTAGUT SANCHEZ***
- Tema 66. **RITMO CIRCADIANO: SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO.**
- ***JONATHAN ELENA VARELA, MARÍA JOSÉ DÍAZ COUSO, IRENE ALONSO SOLLA , ALEJANDRO FERNÁNDEZ MATO***
- Tema 67. **RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA. ESTUDIOS GASTROINTESTINALES.**
- ***SARA MARTÍN VILLANUEVA***
- Tema 68. **PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO A UN PACIENTE CON EPISODIO MANÍACO.**
- ***JORDI URBIOLA CASTILLO, ANE FERNANDEZ BEARAN***
- Tema 69. **GUIA RAPIDA PARA EL ABORDAJE DEL TDAH PARA PADRES, PACIENTES Y PROFESORES.**
- ***LUCIA DIAZ ECHALECU***
- Tema 70. **PROGRAMA HU-CI REANIMACIÓN SIN DISTANCIAS.**
- ***MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA, JULIÁN PÉREZ GARCÍA, Mª DOLORES PARDO IBÁÑEZ, MARIO PARREÑO JAREÑO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 71. **PARÁLISIS FACIAL EN PACIENTE DE 28 AÑOS.**
- ***MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ***
- Tema 72. **DE PLANTA EN PLANTA,... Y VOY PORQUE ME TOCA.PROPUESTA DE IMPLANTACIÓN DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS/AS ENFERMEROS/AS VOLANTES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA.**
- ***CARLA PUEYO BOROBIA, CINTIA PUEYO BOROBIA***
- Tema 73. **EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA.**
- ***DEBORA BONILLA ARENA, ERIKA BONILLA ARENA***
- Tema 74. **EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE PEÑAMELLERA BAJA (ÁREA VI, SESPA).**
- ***ERIKA BONILLA ARENA, DEBORA BONILLA ARENA***
- Tema 75. **TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO Y SEXUALIDAD.**
- ***ESTEFANÍA MORÁN SUÁREZ, MARÍA BEGOÑA SUÁREZ CUETOS***
- Tema 76. **RISPERIDONA COMO POSIBLE CAUSA DE DISFUNCIÓN DE CUERDAS VOCALES.**
- ***TERESA LÓPEZ ARTEAGA, CARLOTA MARTÍN ROMERO, PEDRO PADILLA ROMERO***

TEMA 1. METABOLOPATÍAS EN EL RECIEN NACIDO

CRISTINA URRA GIL

INDICE

- RESUMEN
- INTRODUCCION
- DESARROLLO DEL TEMA
- OBJETIVO
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

Las Metabolopatias son un análisis de sangre que se realiza, en la actualidad, a todos los recién nacidos (RN) para detectar y tratar precozmente determinadas enfermedades metabólicas (EM).

Se realiza a través de unas gotas de sangre extraídas del talón del bebé, con lo que se es capaz de detectar enfermedades endocrinometabólicas congénitas que son poco frecuentes.

Los programas de detección precoz neonatal han demostrado una alta eficacia al permitir el diagnostico inmediato de estas patologías. Estos programas se basan en la realización de un análisis bioquímico de muestras de sangre periférica obtenidas del recién nacido.

Cada Centro de Detección Precoz Neonatal establece cuales son las enfermedades incluidas en su programa (las únicas patologías comunes a todos los Centros son el hipotiroidismo congénito y la fenilcetonuria) y su estrategia de obtención de la muestra (en unos es con extracción única y en otros con doble extracción).

La obtención de la muestra de sangre periférica se realiza por punción con lanceta en la zona lateral del talón o por punción de una vena periférica, de manera que los círculos del papel soporte de la muestra queden bien impregnados.

La detección de algunas alteraciones genéticas y/o metabólicas congénitas en los primeros días de vida posibilita la instauración de tratamiento de manera temprana, lo que evita o disminuye las consecuencias de estas enfermedades.

INTRODUCCION

Metabolopatía

A partir de 1977 comienza la puesta en marcha de algunos centros hasta llegar a la situación actual en la que existen 20 centros de detección precoz neonatal, localizados en 16 comunidades autónomas, coordinados a través de la Comisión de Errores Metabólicos de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC), que cubren prácticamente el 100% de los recién nacidos y dependen de las Consejerías de Sanidad respectivas. **[1]**

Las metabolopatías incluyen un grupo heterogéneo y amplio de enfermedades que tienen en común las alteraciones en los procesos y reacciones bioquímicas que constituyen el metabolismo del organismo**.** Como consecuencia, el individuo no puede aprovechar los alimentos ingeridos de forma adecuada, es decir, no es capaz de obtener el producto o metabolito esperable.

Muchas de las metabolopatías son congénitas y también se denominan errores innatos del metabolismo. Se deben a trastornos genéticos poco comunes en los cuales el organismo es incapaz de realizar de forma correcta una ruta metabólica de uno o varios nutrientes por la alteración del enzima o enzimas implicados en ese proceso. Como su incidencia es muy baja, pertenecen al grupo de enfermedades raras, que afectan a menos de 1 de cada 10.000 individuos nacidos vivos. La detección sistemática o cribado neonatal que se realiza a los recién nacidos incluyen de forma obligatoria la búsqueda de enfermedades como son la fenilcetonuria, el hipotiroidismo congénito, pero también se realizan otras como la hiperplasia suprarrenal congénita, la fibrosis quística de páncreas, hiperfenilalaninemias, otras aminoacidopatías en sangre o en orina, galactosemia y hemoglobinopatías. **[2]**

En los últimos años ha habido cambios sustanciales en el manejo del neonato en cuanto a la acción del personal de enfermería. Algunas de las cuestiones cambiantes han sido el método de profilaxis del cordón umbilical, el momento de realización de la prueba del talón, la universalización de la detección precoz de la hipoacusia o las recomendaciones para la puesta al pecho del recién nacido.

Por este motivo, se hace imprescindible a la par que necesario una puesta al día en todo lo referente a los cuidados del recién nacido. **[3]**

DESARROLLO DEL TEMA

Mediante esta prueba se puede detectar graves alteraciones cerebrales y neurológicas, trastornos de crecimiento, problemas respiratorios y otras complicaciones severas para el desarrollo. Es importante su detección mediante análisis clínicos, pues los recién nacidos pueden no presentar signo aparente tras el nacimiento, pero su existencia provoca serios problemas de salud en los primeros meses de vida.

Se les conoce con diversos nombres:

* Programa de detección precoz neonatal de metabolopatías congénitas.
* Programa de detección precoz neonatal de errores innatos del metabolismo.
* Programa de screening neonatal.
* Programa de cribado precoz neonatal endocrino-metabólico.
* Popularmente se conoce como “Prueba del talón”.

Son programas voluntarios, no se requiere la firma de un documento de consentimiento informado y la toma de las muestras se lleva a cabo en los centros maternales, los cuales las envían por correo o mensajería a los Centros de Detección Neonatal.

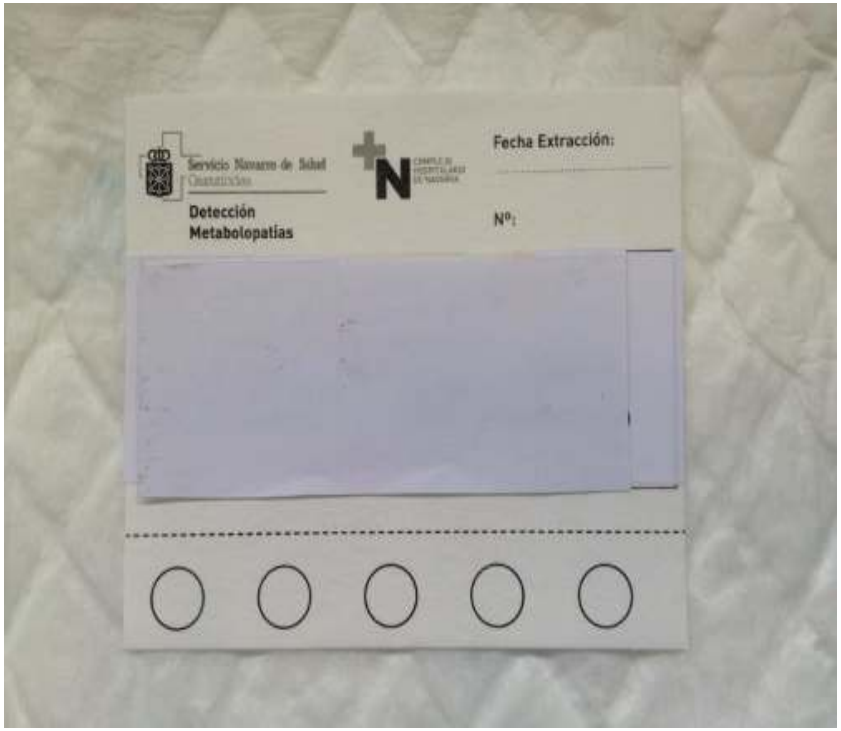
Aproximadamente a las tres semanas recibirán los resultados por correo en su domicilio a nombre de la madre. Si se requirieran realizar nuevas muestras para continuar la prueba se avisará lo antes posible, mientras que si los resultados son dudosos o detectan alguna alteración se tomará contacto con la familia de forma urgente para valorar clínicamente al bebe y descartar o confirmar la enfermedad**.[4]**

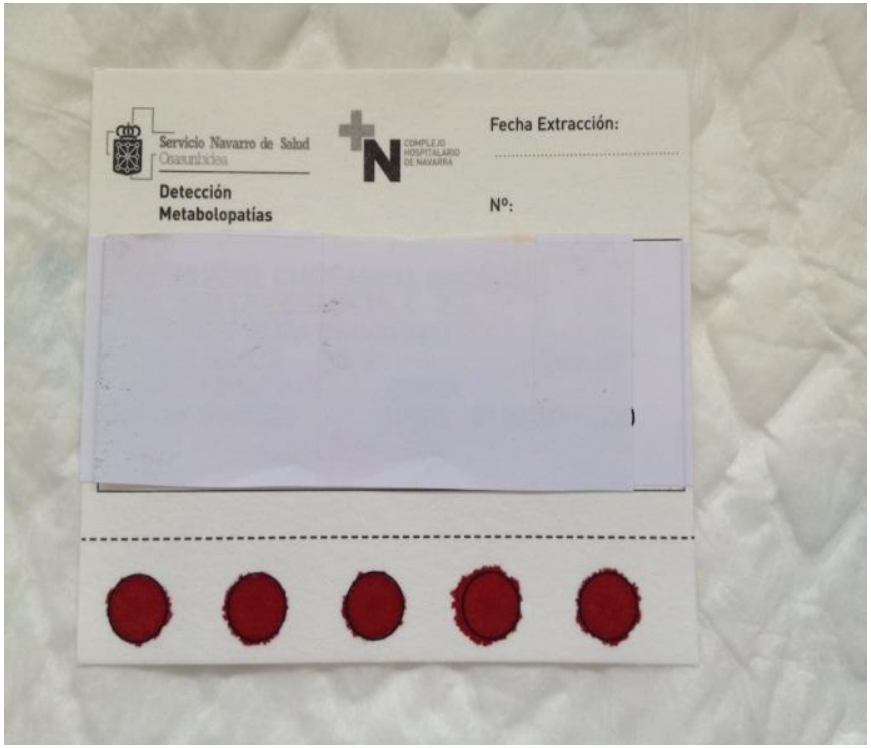
En general, la obtención de la muestra de sangre se realiza según dos estrategias alternativas:

* *Extracción única*. Se realiza a partir de las 48h. de vida del recién nacido, con alimentación proteica instaurada.

* *Extracción doble*. Se realiza una primera extracción a partir de las 48h. de vida del recién nacido y antes del alta hospitalaria para la detección de hipotiroidismo congénito e hiperplasia suprarrenal congénita y una segunda extracción a partir del 5º día de vida para la detección de fenilcetonuria, déficit de biotinidasa, galactosemia y otras aminoacidopatías.

El método para el estudio se realiza en sangre impregnada sobre papel cromatográfico, donde se pueden analizar los metabolitos específicos para cada enfermedad.


Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea
Detección
Metabolopatías
Fecha Extracción:
Nº:


Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea
Detección
Metabolopatías
Fecha Extracción:
Nº:

La obtención de la muestra de sangre periférica para realizar el análisis que permita la detección precoz de alguna de las metabolopatías congénitas incluidas en los programas de salud, se puede realizar utilizando distintas técnicas, avaladas por estudios sobre el dolor en los neonatos dependiendo de la zona de punción. Estas técnicas son:

* *Punción del talón*. Es la más habitual y la que ha dado sobrenombre a la prueba.

* *Punción de una vena del dorso de la mano*. Es menos dolorosa que la anterior.

* *Aprovechar la sangre de otra extracción*, ya sea capilar o venosa.

monipiet
alcohol
70°
PUNCION EN:
TALON
DORSO MANO
APROVECHAMIENTO DE OTRA EXTRACCION

Obtención de la muestra de sangre por punción en el talón

Equipo y Material

- Papel cromatográfico
- Lanceta
- Gasas estériles
- Desinfectante: isopropanol o alcohol 70º

Procedimiento.

- Lavado de manos higiénico y colocación de guantes no estériles.
- Hacer masaje en sentido descendente en la pierna en la que se realizará la punción.
- Calentar el talón con agua o gasa tibia.
- Limpiar el talón con una gasa estéril impregnada en isopropanol o en alcohol de 70º y dejar secar antes de proceder a la punción (no utilizar alcohol yodado).
- Realizar la punción en la zona lateral interna o externa del talón, nunca en la zona central.
- Realizar la impregnación del papel cromatográfico.

Impregnación del papel cromatogáfico, envío del mismo y registro de la técnica

1. Impregnar todos los círculos del papel cromatográfico con las gotas de sangre, de manera que la mancha sea igual en el anverso y en el reverso y evitando, si es posible, el contacto directo del cartón con la piel.
2. Dejar secar al aire en posición horizontal, alejado de cualquier fuente de luz o calor.
3. Comprobar que tanto el papel cromatográfico como la ficha de identificación están cumplimentados correctamente.
4. Introducir la ficha y el papel con la muestra ya seca en el sobre correspondiente y enviarlo al Centro de Detección Neonatal.
5. Anotar y firmar la realización del procedimiento: día y hora de extracción, colocación del papel y la ficha dentro del sobre y fecha de envío, en la historia clínica del niño.
6. Anotar el día y la hora de extracción en la Cartilla de Salud del niño.

Obtención de la muestra de sangre por punción de una vena del dorso de la mano

Equipo y Material

- Papel cromatográfico
- Aguja metálica o palomilla
- Tijeras estériles
- Gasas estériles
- Desinfectante: isopropanol o alcohol 70º

Procedimiento.

- Lavado de manos higiénico y colocación de guantes no estériles.
- Si se utiliza palomita, cortar la prolongación dejando sólo 1’5 cm. de la misma.
- Limpiar la zona elegida de la mano con una gasa estéril impregnada en isopropanol o en alcohol de 70º y dejar secar antes de proceder a la punción (no utilizar alcohol yodado).
- Efectuar la punción de la vena.
- Realizar la impregnación del papel cromatográfico.

Son varios los expertos que recomiendan la TETANALGESIA (dar el pecho mientras se realiza la prueba) para calmar en el bebé el dolor que producen ciertos procedimiento médicos que se realizan los primeros días de vida como es la prueba del talón. El efecto calmante que produce la succión alivia el dolor en la prueba del talón. [5]

Situaciones en las que no es válida la muestra de sangre

- Sangre obtenida antes de los plazos marcados por los Centros de Detección Neonatal.
- Sangre obtenida directamente de catéteres con alimentación parenteral u otros tratamientos.
- Sangre contaminada por alcohol, dedos, cremas, pomadas, orina, heces o leche.
- Cantidad insuficiente de sangre que no impregna los círculos por las dos caras.
- Sangre obtenida después de una transfusión. En los recién nacidos a los que se les ha realizado una transfusión de concentrado de hematíes o plasma, se debe esperar entre 7 días (periodo mínimo) y 14 días (periodo idóneo) para obtener la muestra de sangre, ya que es el tiempo necesario para que su plasma refleje los procesos metabólicos y el fenotipo del niño.

El inicio precoz del tratamiento de algunas enfermedades endocrino-metabólicas congénitas, evita la lesión irreversible del sistema nervioso central de los niños afectos por dichas enfermedades. Con ello se evitan también los numerosos trastornos personales y familiares, así como los gastos originados a consecuencia de un diagnostico tardío**. [6]**

¿Qué pasa si sale positiva la prueba del talón?

No siempre implica enfermedad cuando el resultado de esta primera prueba sale positiva. Es preciso repetir para confirmar y a menudo hacer otras pruebas. Si al final se llega al diagnóstico de una EM, estamos ya en otra situación y la información dependerá de cada caso**. [7]**

La palabra metabolopatía engloba genéricamente a un gran número de enfermedades que se caracterizan por alteraciones en el metabolismo. El origen de todas ellas es genético (una alteración de los genes que ya está condicionada antes de nacer), aunque no suelen manifestarse con claridad sino después de un cierto tiempo. Cualquier cadena metabólica puede afectarse. (Se han descrito más de 400)

La gravedad y las consecuencias clínicas están relacionadas con:

* La ausencia total o deficiencia parcial del producto final de la cadena. (p.ej, ausencia de hormona tiroidea)
* La posibilidad de otra vía metabólica alternativa que pueda compensar el déficit.
* El exceso de algún producto intermedio de la cadena que resulta tóxico. (p.ej. La fenilalanina) **[8]**

¿Qué se puede hacer ante estas enfermedades congénitas?

Si bien las enfermedades metabólicas congénitas no se pueden prevenir ni curar, sí pueden ser tratadas para prevenir consecuencias de riesgo para la salud y la vida del recién nacido. La clave, en todos los casos, es poder **diagnosticarlas a tiempo**.

OBJETIVO

Deben cumplir dos objetivos fundamentales:

-La detección precoz neonatal debe dar cobertura al 100% de los recién nacidos vivos en el área de población de cada Centro de Detección Neonatal.

-El tratamiento de los casos detectados como positivos debe iniciarse antes del primer mes de vida.

CONCLUSION

Programa de screening neonatal es una prueba muy necesaria que se realiza al **recién nacido** con el fin de detectar enfermedades poco frecuentes, que pueden no presentar signos aparentes tras el nacimiento, pero causan graves problemas de salud en los primeros meses de vida.

BIBLIOGRAFIA

[1] Detección precoz de metabolopatías congénitas en neonatología. [Acceso 15 Diciembre 2018]. Disponible en: http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion2/capitulo40/capitulo40.htm
[2] Metabolopatía. [Acceso 15 Diciembre 2018]. Disponible en: http://wiki.elika.net/index.php/Metabolopat%C3%ADa
[3] “Prueba del talón” en el bebé. [Acceso 15 Diciembre 2018]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Prueba_del_tal%C3%B3n
[4] Las metabolopatías en bebés y niños ¿Qué consecuencias pueden producir? [Acceso 15 Diciembre 2018]. Disponible en: http://www.elbebe.com/salud/metabolopatias-bebes-y-ninos-que-consecuencias-pueden-producir
[5] La prueba del talón en los recién nacidos. [Acceso 15 Diciembre 2018]. Disponible en: http://www.bebesymas.com/recien-nacido/la-prueba-del-talon-en-los-recien-nacidos
[6] Autora: María Carmen Arrabal Terán, titulo capitulo: Screening Metabólico Neonatal, editor: Carmen Crespo, titulo libro: cuidados de enfermería en neonatología, edición: 1ª edición, editorial: Síntesis, Madrid, 2000
[7] ¿En qué consiste la prueba del talón? [Acceso 15 Diciembre 2018]. Disponible en: http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/cribados-neonatales/en-que-consiste-la-prueba-del-talon
[8] La "prueba del talón" del bebé, un estudio necesario. [Acceso 15 Diciembre 2018]. Disponible en: http://cv.aula-salud.com/FCCCurso.aspx?IDAreaTematicaPrincipal=&IDAreaTematica=&IDCurso=492&IDConvocatoria=4537

TEMA 2. PROTOCOLOS CLÍNICOS PACIENTE HEMATOLÓGICO

MARÍA PAULA CHÁVEZ COLLAZOS

•

ÍNDICE

- **NEUTROPENIA FEBRIL.**

NEUTROPENIA FEBRIL

Evaluar la situación de la enfermedad base.
Puerta de entrada: portador de un catéter, mucosa orofaringea, región perianal.
Tratamiento citorreductor empleado: quimioterapia o radioterapia.Factores inmunodepresores habituales (corticoides, esplenectomía, hipogammaglobulinemia)
Colonización e infecciones previas.
Profilaxis y tratamiento antibiótico recibido en el mes previo.
Tolerancia oral.

Pruebas complementarias básicas
Hemograma.Bioquímica: glucemia, creatinina, iones, pruebas de función hepática. Pulsioximetría digital. PCR.
Rx. tórax.2 hemocultivos (uno de vena periférica y otro de catéter central si existiese) y 1 urocultivo.

Neutropenia febril en alérgicos a Penicilinas:
Aztreonam 2g / 8h iv + Gentamicina 2.5mg / Kg / 12h iv (o + Amikacina 500mg/12h).

Fiebre sin neutropenia: tratamiento atb según foco probable. Si foco desconocido puede administrarse: Levofloxacino 500mg / 24h, Ceftazidima 2g / 12h, Amoxi-Clavulámico 1 - 2g / 8h o Meropenem 0.5 - 1g / 8h.

<u>Tratamiento para la fiebre:</u>
Paracetamol vo o iv / 8h o a demanda (max. 3g / día)

RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE

Si recibía Estimuladores Colonias granulocíticas (Filgrastim o Lenograstim) mantenerlo hasta cifra de neutrófilos de 2000/mm^3.

Si no los recibía, ni había recibido Pegfilgrastim, iniciar Estimuladores colonias Granulocíticas a dosis de:

Si > 80 kg Filgrastim 480 mcg sc cada 24 horas.

Si ≤80 kg dosis de 300 mcg sc cada 24 horas

Si intolerancia a Filgrastim usar Lenograstim: 1 ampolla subcutánea al día (solo hay una presentación para adultos).

Si candidiasis oral añadir Fluconazol 200 mg/día.

BIBLIOGRAFÍA

Carreras E., Rovira M. Profilaxis de las infecciones fúngicas. Profilaxis y tratamiento de la infección en el tratamiento de la infección en el paciente oncohematológico. 2004: 29- 33.

José Miguel Cisneros-Herrerosa, Javier Cobo-Reinosob, Miquel Pujol-Rojoc, Jesús Rodríguez-Bañod y Miguel Salavert-Lletíe. Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con bacteriemia. Guías de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Enferm Infecc Microbiol Clin 2007;25(2):111-30.

TEMA 3. DESARROLLO MOTOR EN EL NIÑO DE 0 A 5 AÑOS

JUANA ISABEL MARTÍNEZ MENCHÓN

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **DESARROLLO MOTOR GRUESO**
- **DESARROLLO MOTOR FINO**
- **EVOLUCIÓN DE LA MOTRICIDAD**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

Los primeros años de vida, son muy importantes en el desarrollo motor del niño, el cual se encuentra en continua evolución.

Conocer el desarrollo motor normal del niño es fundamental, entre otros por los siguientes motivos:

1. Favorece el conocimiento de los procesos evolutivos del hombre, llevando a poder establecer generalidades en el mismo.
2. Posibilita el poder evaluar la conducta humana de forma efectiva.
3. Establece un marco teórico para los profesionales y favorece la investigación en este campo.

El desarrollo motor presenta una serie se características que podemos resumir a continuación:

- Progresión céfalo-caudal y de axial a distal
- Evoluciona de forma progresiva, desde reacciones más globales hasta acciones más precisas
- Algunos reflejos, considerados primitivos, deben desaparecer para que de se desarrollen los movimientos voluntarios
- La secuencia de desarrollo es la misma para todos los niños, lo que varia es la edad de adquisición de las habilidades

DESARROLLO MOTOR GRUESO

El desarrollo motor grueso esta relacionado con los cambios de posición y el mantenimiento del equilibrio del cuerpo.

El desarrollo motor grueso es el primero en aparecer , cuando el bebé comienza a sostener la cabeza, después sentarse sin apoyo, posteriormente se equilibra con las cuatro extremidades y comienza el gateo, para posteriormente comenzar pararse y caminar.

DESARROLLO MOTOR FINO

El desarrollo motor fino, comienza en los primeros meses de vida, cuando el bebé descubre sus manos y comienza a hacer uso de ellas para diferentes tareas.

La motricidad fina requiere el desarrollo de diversas habilidades como la coordinación entre los movimientos de sus manos y de sus ojos, lo que les permitirá manipular objetos, en un primer momento más grandes y conforme se desarrollen sus capacidades, se manipularán objetos cada vez más pequeños.

EVOLUCIÓN DE LA MOTRICIDAD

- **DE O A 1 MES:**

Motricidad gruesa: Presenta postura fetal y adapta la posición de su cuerpo con respecto a la persona que lo sostiene. Su tono muscular es todavía muy escaso y apenas controla la cabeza. Predominan los movimientos reflejos y el tono flexor. Intenta buscar luces y sonidos.

Motricidad fina: Los puños los mantiene cerrados y si se acaricia su palma, se produce una contracción de los cuatro últimos dedos, excepto del pulgar.

• **DE 1 A 2 MESES:**

Motricidad gruesa: Sus movimientos son involuntarios y desordenados, agitando piernas y brazos. Presenta el reflejo de marcha si se mantiene sujeto por las axilas. Es capaz de levantar y mantener la cabeza unos segundos. Inicia la fijación ocular y comienza a seguir objetos manifestando reconocer a la madre.

Motricidad fina: Sus puños están cerrados y mantiene los pulgares dentro de estos. Se produce el descubrimiento de sus manos y juega intentando unirlas y separarlas.

• **DE 2 a 3 MESES:**

Motricidad gruesa: Flexiona brazos y piernas de manera constante, agitando manos y pies. Levanta la cabeza durante unos segundos y sigue objetos con la mirada hasta 180º. Es capaz de voltearse hasta posición dorsal.

Motricidad fina: Intenta coger con la mano abierta objetos grandes y cercanos. Junta, separa y agita sus manos y mantiene el dedo de un adulto agarrado. Utiliza los sentidos al observar los objetos.

• **DE 3 A 4 MESES:**

Motricidad gruesa: Es capaz de voltearse de decúbito supino a decúbito prono. Puede sostenerse por los codos y alzar la cabeza y los hombros. Permanece sentado con ayuda o apoyo y sostiene la cabeza. Sostenido es capaz de apoyarse de pie y sostener su peso sobre sus piernas. Se lleva las manos a la boca. Hace movimientos voluntarios al agitar piernas y brazos.

Motricidad fina: Extiende las manos abiertas y es capaz de hacer presión con los dedos meñique y anular. Sigue moviendo las manos e investigando con ellas.

• **DE 4 A 5 MESES:**

Motricidad gruesa: Sostiene la cabeza de forma firme, se apoya en los antebrazos, levanta tórax y cabeza. Es capaz de incorporarse si se sostiene por las manos o los antebrazos, sosteniendo su cabeza. Es capaz de buscar sonidos.

Motricidad fina: Tiene las manos abiertas la mayor parte del tiempo y comienza a observarlas. Utiliza ambas manos a la vez con la misma destreza, pasándose objetos de una a otra. Comienza a experimentar las diferentes texturas de los objetos.

• **DE 5 A 6 MESES:**

Motricidad gruesa: Domina los volteos, tanto hacia decúbito supino como hacia decúbito prono. Intenta arrastrarse apoyando sus manos. Es capaz de sentarse apoyado en las manos, durante cortos periodos de tiempo. Si se toma por las axilas, es capaz de adoptar una posición totalmente erguida y de dar pequeños brincos, flexionando y estirando las rodillas.

Motricidad fina: Coge objetos con las palmas de ambas manos, aunque aún no tiene control a la hora de soltarlo, para ello todavía tenemos que recurrir a la desviación de la atención. Da palmadas.

• **DE 6 A 7 MESES:**

Motricidad gruesa: Ha desarrollado tono muscular, lo que le permite mayor control sobre sus movimientos, como por ejemplo, inclinarse hacia delante sin perder el equilibrio y mantenerse sentado. Inicia el gateo de arrastre hacia delante y voltea sin problemas. En decúbito prono, es capaz de sostenerse sobre una sola mano sin problemas y se sienta sin apoyo, aunque inestable, durante unos segundos.

Motricidad fina: Intenta coger todos los objetos que están a su alcance. El pulgar se aproxima al dedo índice y es capaz de mantener en una mano un objeto e intentar coger otro objeto con la otra mano. Se lleva los pies a la boca con la ayuda de sus manos.

• **DE 7 A 8 MESES:**

Motricidad gruesa: Se arrastra hacia atrás y hacia delante, pero sin levantar el abdomen del suelo. Es capaz de sentarse sólo, con ayuda de sus manos. Va fortaleciendo poco a poco la musculatura de sus piernas, lo que le permite mantenerse en bipedestación agarrado.

Motricidad fina: La destreza de ambas manos es similar, no teniendo preferencia por ninguna de ellas. Golpea, sacude y se cambia objetos de manos. A la hora de mover objetos, lo hace con movimientos de barrido. Es capaz de coger objetos cada vez más pequeños y de introducirlos en una caja.

• **DE 8 A 9 MESES:**

Motricidad gruesa: Voltea con facilidad y se mantiene estable en posición de sedestación. Perfecciona sus destrezas de gateo y se pone en bipedestación sin ayuda manteniéndose en esta posición si se agarra a algo y siendo capaz de iniciar la marcha lateral.

Motricidad fina: Es capaz de tirar del pelo a alguien e incluso del suyo mismo. Utiliza el dedo índice y pulgar para agarrar objetos, puede llevarse sin problemas objetos a la boca, señalar con su dedo índice lo que quiere y hacer rodar con una mano una pelota.

• **DE 9 A 10 MESES:**

Motricidad gruesa: El gateo se sigue perfeccionando y puede llegar a ponerse de pie sin ayuda y sentarse.

Motricidad fina: Empieza a tener predilección por una de las manos. Saca objetos de cajas y los deja caer simultáneamente. La exploración la realiza fundamentalmente con su dedo índice.

• **DE 10 A 11 MESES:**

Motricidad gruesa: La región maxilar se ha desarrollado músculo-esqueléticamente hablando, lo cual favorece la coordinación para masticar y favorece la articulación de los sonidos. Se pone de pie y se agacha sin ayuda y sostiene el 100% de su peso sobre sus piernas. Da sus primeros pasos con ayuda e intenta subirse a las sillas solo. Sube las escaleras gateando y las baja de espaldas, ya que bajarlas es más complicado.

Motricidad fina: Puede sacar aros grandes uno a uno y meter llaves en cerraduras. Garabatea y coge el biberón con su mano.

• **DE 11 A 12 MESES:**

Motricidad gruesa: Domina el gateo y la posición de erguido y sentado y es probable que ya camine, aunque con la cabeza hacia delante para mantener el equilibrio.

Motricidad fina: Realiza pinza con el dedo índice y pulgar. Mete, saca e inserta cada vez objetos más pequeños y cada vez con mayor precisión. Construye torres de 2 o 3 bloques, camina de la mano de un adulto y escucha con atención .

• **DE 1 A 2 AÑOS:**

Motricidad gruesa: Sube y baja escaleras con ambos pies y salta con los pies juntos en el mismo lugar. Camina sobre una línea ancha sin salirse de ella. Lanza al aire una pelota y es capaz de darle patadas. Se para de puntillas. Corre y se detiene repentinamente.

Motricidad fina: A los 16 meses abotonará botones grandes y a los 20 meses hará trazos horizontales, verticales y en zig-zag y a los 24 meses, la pinza se habrá perfeccionado hasta el punto de poder coger objetos muy pequeños con ella. Hará torres de 8 o 10 cubos y pasará las páginas de un libro. Es capaz de realizar un trazo circular, imitando un dibujo previo y también pinta. Come solo empuñando una cuchara.

• **DE 2 A 3 AÑOS:**

Motricidad gruesa: Se desarrolla la estabilidad y coordinación de la locomoción y se fortalece la musculatura sobre todo de los miembros superiores. Al correr, es capaz de regular con más facilidad su velocidad. Realiza movimientos del cuerpo al ritmo de la música. Lanza la pelota en diferentes direcciones y es capaz también de permanecer sentado durante mayores periodos de tiempo.

Motricidad fina: Maneja el lápiz, la plastilina y las tijeras.

• **DE 3 A 4 AÑOS:**

Motricidad gruesa: Presenta una coordinación dinámica general en las distintas formas de desplazamiento. Tienen también equilibrio corporal en las distintas posiciones estáticas y dinámicas. Baila al son de la música cada vez con movimientos más complejos.

Motricidad fina: Representa gráficamente diversos objetos con distintas técnicas y afina la empuñadura de los lápices.

• **DE 4 A 5 AÑOS:**

Motricidad gruesa: Presenta coordinación punta-talón en la marcha. Baja las escaleras alternando los pies. Es capaz de saltar hasta 5 veces seguidas sobre el mismo pie y perfecciona el pedaleo. Tira la pelota, la hace rebotar y la atrapa.

Motricidad fina: Perfecciona sus trazos circulares y dibuja cruces, hace las figuras humanas con mayor precisión, moldea figuras de plastilina en varias partes. Utiliza las tijeras.

• **DE 4 A 5 AÑOS:**

Motricidad gruesa: Presenta coordinación punta-talón en la marcha. Baja las escaleras alternando los pies. Es capaz de saltar hasta 5 veces seguidas sobre el mismo pie y perfecciona el pedaleo. Tira la pelota, la hace rebotar y la atrapa. Desarrolla la coordinación dinámica en movimientos laterales y oblicuos. La capacidad de movimiento del cuerpo es utilizada como expresión de su propia identidad personal. Es capaz de tensar y relajar la musculatura voluntariamente.

Motricidad fina: Perfecciona sus trazos circulares y dibuja cruces, hace las figuras humanas con mayor precisión, moldea figuras de plastilina en varias partes, mejora la precisión al colorear. Utiliza las tijeras.

BIBLIOGRAFÍA

- Gil Madrona, P. La psicomotricidad: evolución, corrientes y tendencias actuales. Sevilla: Wanceulen. 2003
- Losquadro Liddle T, Yorke L. ¿Cómo desarrollar las habilidades motoras? (Desde el nacimiento hasta los cinco años). Ceac Educación Infantil. Barcelona . 2005.
- Smith Jones. Patrones reconocibles de malformaciones humanas. Anomalías menores. España. Elsevier. 2007.
- Gómez P, Palacios A. Estimulación temprana de 0 a 6 años: desarrollo de capacidades, valoración y programas de intervención. Desarrollo de capacidades e intervención temprana. 2007; 2: 103-138.
- Bernaldo de Quirós M. Psicomotricidad. 1ª ed. Madrid: Pirámide. 2012.
- Martín D. Psicomotricidad e intervención educativa. Madrid: Pirámide. 2013.

TEMA 4. LAS FASES DE LA VIOLENCIA A LA MUJER

PAULO JOSÉ VALDÉS VÁZQUEZ

INDICE

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

INTRODUCCIÓN

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

En este documento se va a abordar la violencia ejercida sobre la mujer en relación de pareja, nos parece señalas que las claves de esta violencia que es caracterizada por una violencia específica, caracterizado por ideas sexistas de denominación de la mujer, en sus esferas personal y social, y ejercida en contextos de relaciones íntimas: noviazgo, pareja o expareja.

La permanencia de la mujer en la relación violenta es uno de los efectos de la experiencia traumática que vive. En el vinculo afectivo establecido, la intencionalidad provoca un proceso de victimización prolongado en las mujeres. Esto genera un estado de indefensión de no saber que hacer para cambiar las cosas, de creer que no se puede hacer nada, que no está en su mano, haga lo que haga no está en mi mano, que va mermando la autoestima, capacidad de afrontamiento y resolución de problemas.

- Fase de acumulación de tensión: se caracteriza por la aparición de agresiones de carácter psicológico, cambios de humor, gritos, empujones. Cualquier comportamiento de la mujer , especialmente el de autonomía y respuesta, despierta en el agresor una reacción de enfado.

La mujer reacciona ignorando insultos, minimiza lo sucedido, niega los malos tratos o los atribuye a agentes externos. En esta fase tiene ella algo decontrol o cree tenerlo. Se considera culpable.

- Fase de explosión o agresión: se produce cuando aumenta la tensión que conlleva a la descarga a través del maltrato físico, psicológico o sexual de carácter intenso que va a provocar fuertes secuelas físicas y psicológicas en la mujer. La mujer no tiene ningún control de la situación. Su capacidad de reacción se ve mermada. Las mujeres tienden a acudir a servicios médicos, a denunciar y a pedir ayuda y, por lo tanto, empezar a hacer pública su situación.

- Fase de luna de miel: tras esta fase que provoca un gran malestar en la mujer, el agresor tiende a arrepentirse y a pedir perdón a la víctima. Él promete que a va ser capaz de controlarse y por lo tanto de cambiar pero al mismo tiempo considera que ella ha aprendido la lección. La mujer desea y decide creerle. Lo que ocurre es que se produce una minimización y justificación de lo sucedido, de forma que pasado un tiempo vuelve a ocurrir la situación que provoca de nuevo mas tensión y una nueva agresión.

OBJETIVOS

El objetivo de la violencia es intentar tener a la mujer bajo control, venciendo su resistencia y quitándole poder para actuar y una mayor dependencia psicológica.

METODOLOGÍA

De acuerdo con el objetivo de nuestro estudio, hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica digital usando motores de búsqueda palabras como: violencia machista, mujer maltratada, reconocimiento de maltrato en urgencias, malos tratos, fases de los malos tratos.
La búsqueda de literatura científica se realiza en base de datos como Pubmed, Medline, Scielo y Elservier.

RESULTADOS

Valorar los datos de violencia de género es complicado en el sentido de que podemos cuantificar el número de víctimas pero no podemos saber el número de mujeres que padecen maltrato.

CONCLUSIÓN

A pesar de todo el trabajo que se está haciendo en materia de violencia y tolerancia cero frente a la desigualdad entro hombres y mujeres sigue aumentando cada año el número de víctimas muertas por violencia de género.

BIBLIOGRAFÍA

- UNICEF (2000) La violencia doméstica en mujeres y niños.
- GARRIDO (2001) Amores que matan: acoso y violencia contra las mujer, ed. Algar
- Torres Falcón M (2001), La violencia en casa. Ed. Palacios.

TEMA 5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PERSONAS CON PATOLOGÍA DE LA CAVIDAD BUCAL

MARÍA CARMEN BERENGUER ÚBEDA

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN
2.- OBJETIVOS
3.- FINALIDAD DE LOS CUIDADOS
4.- CONSEJOS DE HIGIENE
5.- BIBLIOGRAFÍA

1.- INTRODUCCIÓN

Las personas con patología de la cavidad bucal pueden presentar un problema o alteración que enfermería es capaz de diagnosticar, tratar y solucionar a través de lenguajes estandarizados como son los diagnósticos NANDA, los resultados u objetivos (NOC) y las intervenciones (NIC).

Los cuidados de enfermería para patologías bucales se basan también en recomendaciones educativas y preventivas basadas en la higiene y cuidado de la boca, encías y dientes.

2.- OBJETIVOS

- El objetivo principal es conseguir y mantener una aceptable salud bucodental.

- La meta de la Enfermería debe ser que las personas satisfagan sus necesidades de autocuidado, ayudándolas a desarrollar y ejercer sus capacidades de autocuidado.

3.- FINALIDAD DE LOS CUIDADOS

- El eje central de la intervención enfermera debe ser la persona receptora del mismo, con un enfoque orientado al fomento del autocuidado, en la medida en que la situación del paciente lo permita.

- Atención personalizada que contemple que cada persona tiene una historia de vida, unos valores, unas creencias y unas motivaciones diferentes, así como también lo serán los recursos de cada persona para afrontar las dificultades que se le presentan.

4.- CONSEJOS DE HIGIENE

1.- Chequeo regular. Acudir al dentista, al menos, una vez al año y desde edades muy tempranas, la caries puede manifestarse a partir de que salga la primera pieza dental.
2.- Cepillarse 3 veces al día, después de cada comida. Imprescindible: antes de acostarte y tras levantarte por la mañana.
3.- Usar dentífrico con flúor para prevenir la aparición de caries.
4.- El cepillado correcto consiste en realizar movimientos cortos, suaves y elípticos, no olvidar la zona de las encías, los dientes posteriores (de difícil acceso) y las zonas que rodean las coronas de los dientes y obturaciones.

5.- No compartas tu cepillo dental. El intercambio de fluidos corporales que esto promueve aumenta el riesgo de contraer infecciones, especialmente a tener en cuenta para las personas con sistemas inmunes comprometidos o con enfermedades infecciosas.

6.- No olvides el hilo dental, el momento más recomendable para usarlo es por la noche, ya que la ausencia de salivación mientras se duerme favorece la acción de la placa bacteriana.

7.- Enjuágate. Los colutorios o enjuagues bucales constituyen una ayuda importante a la hora de mantener sana tu boca y evitar patologías e infecciones. El enjuague nunca sustituye al cepillado adecuado de tus dientes.

8.- Dieta sana. Una alimentación variada y equilibrada también contribuye a reforzar el sistema inmune para que pueda defenderse ante cualquier infección en la cavidad bucal. Limitar el picoteo entre las comidas.

9.- Comer fuera de casa y no poder lavar los dientes, no debe suponer un problema si es de forma esporádica, se puede recurrir a los chicles sin azúcar particularmente los que utilizan xilitol como agente edulcorante (tiene cierta acción bactericida). Al estimular la secreción salival deja a tus dientes en contacto con el mejor agente anticaries que existe: tu propia saliva.

10.- No abusar de los blanqueadores. Aunque resultan eficaces para dar luminosidad a las piezas dentales, cuando se utilizan de forma excesiva y continuada pueden llegar a dañar el esmalte.

5.- BIBLIOGRAFÍA

- Lam E, Lombard M. Lo esencial en gastroenterología. Madrid: Elsevier Mosby; 2000.

- Lon C. Lo esencial en aparato digestivo. Madrid: Elsevier Mosy; 2004.

- Williams LS, Hopper PD. Enfermería Médico-Quirúrgica. 3ª edición. Méjico: Mc. Graw Hill; 2007.

- LeMone O, Burke K. Enfermería medicoquirúrgica. Volumen I. 4ª ed. Madrid: Pearson; 2009.

TEMA 6. ABORDAJE DE LAS QUEMADURAS TÉRMICAS

SARA MARÍN ARRIAZU

MARTA NAVARRO CILLERO

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

Una quemadura es un tipo de herida cuyo resultado es la lesión de la piel; puede ser producida por distintos agentes, ya sean físicos, químicos, eléctricos y/o biológicos. El daño provocado puede variar desde una leve destrucción de la integridad cutánea, un simple eritema, hasta una destrucción total del espesor de la piel.

Existen diferentes parámetros para clasificar las quemaduras; la clasificación de una quemadura es fundamental para evaluar la gravedad. Los parámetros que pueden ser usados son la extensión de la quemadura, la profundidad de la lesión y el agente causal.

La clasificación según el agente causal se basa en la etiología de la quemadura, clasificándose en 5 grupos:

- Térmicas por calor. Debidas a cualquier fuente externa de calor que aumenta la temperatura de la piel, pudiendo provocar lisis tisular.

  A su vez, pueden estar producidas por:

  – Escaldaduras: sobre todo por agua, aunque también por aceite
  – Llama: por fuego
  – Sólido caliente: al entrar en contacto con superficies calientes como planchas u horno
  – Radiaciones UV, aunque también ionizantes, terapéuticas (oncológicas)
- Eléctricas
- Químicas
- Por agentes mecánicos
- Por congelación

Las quemaduras susceptibles de ser tratadas en atención primaria son las denominadas quemaduras leves o menores. La escasez de investigación en este aspecto hace que el avance, en el tratamiento de las mismas, sea muy lento.

La American Burn Association (ABA) las ha clasificado como:

- Quemaduras de 1er grado
- Quemaduras de 2º grado superficial con SCQ < 15% en adultos
- Quemaduras de 2º grado superficial con SCQ < 10% en niños y ancianos
- Quemaduras de 2º grado profundo con SCQ < 2%
- Quemaduras de 3er grado con SCQ < 2%

Si hay lesiones en ojos, pabellón auricular, cara, genitales o riesgo de lesión por inhalación, el tratamiento se realizará a nivel hospitalario.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en MedLine, SciELO con las palabras clave “Guía de Práctica Clínica”, “Quemaduras”, “Unidades de Quemados” , tanto en castellano como en inglés.

Con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se excluyeron 1.250 y quedaron 85. De éstos, tras leer título y abstract, se eliminaron 40 por no ofrecer información relevante y/o no versar de atención primaria como elemento principal.

Una vez revisada la bibliografía de los artículos válidos, por el método bola de nieve se localizaron 7 artículos más. En total se emplearon 21 artículos para la elaboración de este trabajo.

Los criterios de inclusión necesarios que debían cumplir los documentos para ser seleccionados han sido:

- Año de publicación ≥ 2005
- Constar el autor/es o editor/es
- Constar el lugar de publicación
- Fuente fiable, acreditada

RESULTADOS

El paciente llega por su propio pie al centro de salud; inicialmente se debe realizar una valoración en donde se determine, entre otros aspectos, la gravedad de la quemadura, a partir de la profundidad, SCQ y edad del paciente; es fundamental una recogida de datos acerca del agente causante (ya que puede orientar a la hora de definir la profundidad), hora del suceso, lugar… Estos dos pasos se realizan de manera simultánea

✓ Tratamiento de las quemaduras de primer grado

Generalmente, este tipo de quemaduras suelen estar producidas por el sol o por escaldadura de agua. El manejo va encaminado a reducir el dolor y favorecer el confort.

Procedimiento para reducir el dolor/malestar:

- Aplicar compresas frías sobre la zona o realizar duchas de agua fría si la extensión es elevada (regulando la presión) cuyo secado se realice con "toques", sin frotar, para evitar dañar el tejido. Duración aproximada de 15 minutos.
- Empleo de cremas que contengan corticoide (hidrocortisona o metilprednisolona) para disminuir la inflamación, iniciando su aplicación como máximo 8 h. post-quemadura y pudiendo aplicarla 2 veces/día.
- Originalmente, el uso de este fármaco era para quemaduras faciales superficiales, pero estudios han revelado su uso en otras partes del cuerpo con resultados satisfactorios

- Pomadas hidratantes que contengan aloe vera, urea, ácido láctico… pudiendo aplicarlas todas las veces que sean necesarias durante el día.

Recomendaciones para favorecer el confort:

- Uso de ropa holgada
- Mantenimiento de la zona afectada al aire

No se recomienda el uso de antibióticos tópicos de modo preventivo, ya que la probabilidad de infección es baja; además, la evidencia no ha demostrado que con el uso de este tipo de fármacos el pronóstico sea mejor, habiendo objetivado efectos secundarios importantes.

✓ Tratamiento de las quemaduras de segundo grado

El principal objetivo del tratamiento es que las heridas vayan epitelizando a partir de los folículos pilosos, glándulas sudoríparas y sebáceas de la dermis, de forma espontánea. El agente etiológico, de origen térmico, que con mayor frecuencia produce este tipo de quemaduras son los líquidos calientes y/o las llamas.

Las flictenas o ampollas es un signo que las caracteriza, aunque no patognomónico; con respecto a esta lesión todavía existe mucha controversia en relación al tratamiento, ya que los caminos que se proponen son desbridar, conservar o drenar el contenido. Parece que la mayoría de los autores se decantan por el desbridamiento.

Para el manejo de las ampollas (hasta el momento no existe consenso basado en evidencia científica) se debe proceder siguiendo estas pautas, que a continuación, se ampliarán introduciendo las diferentes pomadas y/o apósitos que pueden emplearse:

- Drenar siempre una ampolla eliminando la epidermis, ya que si no se elimina, serviría de caldo de cultivo para los propios gérmenes cutáneos
- Dejar intactas aquellas ampollas con diámetro inferior a 6mm.
- Si la ampolla se fragmenta o es de gran tamaño, se debe drenar el contenido recortando los bordes epidérmicos despegados
- De forma genérica, revisar la cura cada 24-48 h. debido a la posibilidad de formación de flictenas tardías

El objetivo del tratamiento tópico, ya sea a través del uso de pomadas antimicrobianas y/o apósitos, se basa en restringir el crecimiento de microorganismos, evitando infecciones y favoreciendo la epitelización.

Existe gran variedad tanto de pomadas como de apósitos; con respecto a estos últimos hay que tener en cuenta que no existe un apósito ideal que pueda servir para todo tipo de heridas, sino que la elección de uno u otro va a depender fundamentalmente de la disponibilidad, aunque también la profundidad, tipo de tejido, presencia o no de exudado y cantidad del mismo, y localización del trauma son parámetros a tener en cuenta. Lo que se intenta conseguir con el empleo de los apósitos es aportar humedad al lecho (aspecto que favorece la cicatrización), prevenir infecciones y favorecer el máximo confort.

¿Cómo se maneja una quemadura de segundo grado? Varios caminos dependiendo de la situación de la que partamos:

1. **Ampollas < 6mm de diámetro que no se encuentran en zonas que puedan causar molestia y/o dolor**

MATERIAL

- Empapador
- Guantes
- Suero fisiológico
- Gasas
- Placa de hidrogel
- Apósito secundario para proteger
- Venda específica dependiendo del lugar anatómico

EJECUCIÓN

- Apoyar el área quemada sobre el empapador e irrigar las ampollas con suero fisiológico. Secar el exceso de suero fisiológico con las gasas sin presionar demasiado
- Colocar hidrogel en placa (hidrata, refresca y retrasa la cicatrización) sobre las ampollas y proteger con el apósito secundario
- Vendaje protector

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

- Curas c/ 24 h. renovando hidrogel y apósito secundario
- Si ofrecen resistencia irrigar con SF para facilitar que se despeguen

2. Ampolla de gran tamaño (diámetro > 6mm) íntegra

a. Desbridar ampolla

MATERIAL

- Empapador
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Suero fisiológico
- Tul graso
- Pinza estéril
- Tijera estéril
- Aguja (el diámetro variará proporcionalmente en función del diámetro de la ampolla)

EJECUCIÓN

- Apoyar el área quemada sobre el empapador e irrigar las ampollas con suero fisiológico. Secar el exceso de suero fisiológico con las gasas sin presionar demasiado
- Pellizcar la flictena “con los dedos” o con una pinza o aguja para formar un orificio, y extraer todo su contenido hasta que en el interior de la ampolla quede la mínima cantidad de líquido
- Eliminar el tejido superficial de la ampolla recortándolo, hasta dejar una superficie “lisa” en donde se encuentre la piel intacta y el lecho de la ampolla

b. Tratamiento. Dos opciones

b.1. Tratamiento con sulfadiazina argéntica

MATERIAL

- Empapador
- Guantes estériles
- Tul graso
- Sulfadiazina argéntica
- Venda específica dependiendo del lugar anatómico

EJECUCIÓN

- Una vez desbridada, aplicar 1mm aprox.(grosor) de sulfadiazina argéntica en la lesión
- Cubrir con un tul graso, evitando que se pegue a la herida
- Vendaje protector

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Curas c/ 24h hasta que se observen signos de reepitelización (leve o nulo exudado y tejido de granulación). Modo de actuar ante esta situación:

MATERIAL

- Guantes
- Empapador
- Gasas
- Suero fisiológico
- Apósito hidrocoloide
- Venda específica dependiendo del lugar anatómico

EJECUCIÓN

- Apoyar la zona quemada en un empapador y retirar vendaje
- Irrigar con suero fisiológico y secar suave con gasas
- Colocar el apósito hidrocoloide (favorece la cicatrización)
- Vendaje protector

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

- Periodo entre curas > 24 h. Valorar en función de la evolución
- Si la zona quemada es una extremidad, mantenerla elevada durante el día
- Curas posteriores (todavía no se han observado signos de reepitelización):
  - Quitar el vendaje
  - Irrigar la zona con suero fisiológico para eliminar el contenido de pomada existente ("según la evidencia no hay diferencia entre lavar con agua potable, agua + jabón, SF o antiséptico") y/o para despegar las gasas disminuyendo así la probabilidad de causar dolor al tirar de ellas
  - Repetir pasos de "ejecución tratamiento con sulfadiazina argéntica"

b.2. Empleo de apósito Biobrane®

Un requisito fundamental para poder usarlo sería la ausencia de infección; si hubiera se emplearían apósitos de Ag hasta que ésta remitiera.

Biobrane® es un apósito bicapa. La capa interna está formada por hebras de Nylon recubiertas con colágeno porcino, y la externa de silicona con caucho.

MATERIAL

- Empapador
- Guantes
- Suero fisiológico
- Gasas
- Clorhexidina (baja absorción sistémica y escaso poder sensibilizante)
- Apósito Biobrane®
- Venda específica dependiendo del lugar anatómico

EJECUCIÓN

- Apoyar la zona quemada en un empapador
- Limpiar con SF e irrigar la clorhexidina secándola a “golpes”
- Una vez que el lecho esté “seco”, se procederá a colocar el apósito
- Vendaje protector

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

- No será necesario realizar curas sucesivas a no ser que se observe a través del propio apósito una mala evolución
- Cuando haya reepitelizado el propio apósito se despegará, generalmente ocurre en 10-12 días
- Elevar la zona si se trata de una extremidad

✓ **Tratamiento de las quemaduras de tercer grado**

Generalmente, la quemaduras de tercer grado van a tener que ser tratadas en un centro especializado, ya que la SCQ no suele ser < 2% (criterio ABA para tratamiento en atención primaria); pero es cierto que el tratamiento para este tipo de quemaduras siempre va a ser quirúrgico, es decir, va a ser necesaria la realización de un injerto de piel. Pudiendo ser curada la zona donante, según protocolo de cada centro, en el centro de salud.

El agente causal, de origen térmico, que suele originar este tipo de quemaduras es la llama, escaldadura o la permanencia durante un tiempo elevado con un sólido caliente .

Un injerto es un procedimiento quirúrgico que consiste en extirpar una zona de piel sana (zona dadora) para trasplantarla en el área quemada (zona receptora). Generalmente, la zona dadora, suele proceder de lugares que puedan taparse con la ropa, como glúteos o parte inferior del muslo, siempre que sea posible. Es la cirugía que más se realiza en una Unidad de Quemados.

Aunque el autoinjerto o injerto autólogo (del propio individuo) sea la modalidad de este tipo de cirugía que más se emplee, existen otros tipos como el isoinjerto (piel de un individuo isogénico al receptor), homoinjerto o alloinjerto (entre la misma especie), heteroinjerto o xenoinjerto (entre distinta especie) y tejido sintético, que pueden llegar a emplearse en aquellas circunstancias en donde la superficie de piel obtenida no sea la suficiente como para cubrir la zona receptora.

Tratamiento de la zona donante

MATERIAL

- Guantes
- Gasas
- Apósito de gasa parafinada
- Venda específica dependiendo del lugar anatómico

EJECUCIÓN

- Colocar el apósito (no medicamentado, calma y protege la herida) junto con una gasa convencional en la zona donante
- Vendaje protector

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

- Curas diarias, cuyo objetivo es cerciorarse de que no hay signos de infección. Quitar el vendaje protector e ir recortando las zonas del apósito que se vayan despegando. No recambiar con cada cura la gasa parafinada.
- Generalmente en 21 días el apósito se habrá despegado completamente; en personas jóvenes y bien nutridas el tiempo suele estar en 15 días
- No limpiar ni mojar hasta que haya cicatrizado
- Una vez cicatrizado aplicar crema hidratante y evitar exposición solar
- Con la práctica clínica se observó que curas con espumas de poliuretano producían mayor infección, adquiriendo un aspecto “baboso”

CONCLUSIONES

- La mayor parte de las quemaduras de origen térmico se producen en el domicilio, siendo importante una educación preventiva a la sociedad para prevenir este tipo de quemaduras
- La existencia de protocolos o guías de actuación ante una quemadura en atención primaria es muy escasa; esto unido a que el 5% de las consultas médicas por quemaduras son derivadas a nivel hospitalario (según estudio publicado en 2008) da soporte a la necesidad inminente de investigar acerca del tema para elaborar guías de actuación basadas en una evidencia científica

- La selección de las pomadas y/o apósitos citados para el tratamiento ha sido basándose en la evidencia científica, teniendo en cuenta la gran variedad de productos existentes
- Los profesionales de enfermería tienen un papel muy importante en el tratamiento de este tipo de heridas, careciendo en ocasiones de recursos con los que apoyarse para proceder del modo más adecuado
- La investigación enfermera es fundamental en este campo, aplicando los resultados de la misma en la práctica clínica; por ello debe insistirse en su potenciación para lograr al mismo tiempo que la enfermería como ciencia vaya creciendo y evolucionando

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2011 [citado 25 nov 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf
- Muñoz García F. Cuidados para la curación de heridas y quemaduras. España: Coslada; 2011. Disponible en: http://salud.asepeyo.es/wp-contentspy/uploads/2011/09/591_Manual_Heridas%20y%20quemaduras.pdf
- Lorenzo Tapia F. Cuidados enfermeros en la Unidad de Quemados. Málaga: Vértice S.L.; 2008.

- Guía clínica gran quemado. [Internet]. Chile: Ministerio de Salud; 2007 [consulta el 28 ene]. Disponible en: http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222d6a3774f3535e04001011f01482e.pdf
- Aladro Catañeda M, Díez González S. Revisión del tratamiento de las quemaduras. Seapa [Internet]. 2013 [citado 5 Feb 2015]; XI: 12-17. Disponible en: http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/invierno%202013/Revision del tratamiento de las quemaduras.pdf
- Osakidetza-Servicio vasco de salud. Tratamiento de las quemaduras en atención primaria. Infac. 2005; 13 (5): 21-4.
- García Collado F, Álvarez Millán S, Ramírez Pizano A, Rivera Fernández C, García Murillo M, Franco García EM. Quemaduras dérmicas superficiales: pauta de actuación con apósito primario único de hidrofibra AG en atención primaria. Enferm Dermatol [Internet]. 2014 [citado 11 ene 2016]; 8 (22): 10-21. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5014760

- Ledo García MJ, Crespo Llagostera T, Martí Romero MP, Sacristán Vela JL, Padilla Monclús MP, Barniol Llimós N. Tratamiento ambulatorio de las quemaduras. Enferm Dermatol [Internet]. 2010 [citado 11 Ene 2016]; 4 (9): 42-53. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4317093
- Lorenzo Tapia F. TCAE en la unidad de quemados. 1ª edición. Málaga: Publicaciones Vértice S.L.; 2007.
- Ramírez Rivero C, Ramírez Blanco C, Ramírez Blanco MA, Ramírez Blanco N. Manejo del paciente quemado. Revista salud UIS [Internet]. 2007 [citado 10 Feb 2015]; 39: 73-86. Disponible en: http://fccp.org/images/documentos/231Manejo%20del%20paciente%20quemado%20SaludUIS.pdf
- Morales – Molina JA, Grau S, Jiménez Martín J, Mateu – De Antonio J, Espona M, Berjes-Fraile MJ, et al. Quemaduras solares: fotoprotección y tratamiento. Ars Pharm. 2006; 47 (2): 119-135- Disponible en: http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/348.pdf

- Lobo Martínez E. Manual de urgencias quirúrgicas.[Internet]. 4ª ed. Madrid: Salud Madrid; 2011. [citado 14 abr 2016]. Disponible en: http://www.irycis.org/doc/Publicaciones/Manual_Urgencias_Quirurgicas_4Ed.pdf
- Aladro Catañeda M, Díez González S. Revisión del tratamiento de las quemaduras. Seapa [Internet]. 2013 [citado 5 Feb 2015]; XI: 12-17. Disponible en: http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/invierno%202013/Revision_del_tratamiento_de_las_quemaduras.pdf
- Pham T N, Gibran NS. Lesiones térmicas y eléctricas. *Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. 2007; 87:185-206. Disponible en: http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/504/504v87n01a13122369pdf001.pdf

- Petit Jornet JM. Protocolo de tratamiento de las quemaduras en atención primaria. FMC [Internet]. 2010 [citado 25 Feb 2016]; 17 (3): 7-35. Disponible en: http://www.fmc.es/es/vol-17-num-protocolo-3/sumario/13008629/
- Muñoz García F. Cuidados para la curación de heridas y quemaduras. España: Coslada; 2011. Disponible en: http://salud.asepeyo.es/wp-contentspy/uploads/2011/09/591_Manual_Heridas%20y%20quemaduras.pdf
- Herndon DN. Tratamiento integral de las quemaduras. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2009.
- Smith-nephew.com [Internet]. UK: Smith&Nephew; 2012 [actualizado 2016; citado 3 mar 2016]. Disponible en: http://www.smith-nephew.com/espana/productos/curacion-de heridas/otros/epitelizacion/biobrane/

- Ramírez Carlos E, Ramírez B. Carlos E, González Luis F, Ramírez N, Vélez K. Fisiopatología del paciente quemado. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud. [Internet]. 2010; 42 (1): 55-65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121080720100001000007&lng=en
- Sáinz de Varanda del Campo C. Guía básica de los cuidados de enfermería al paciente quemado. Zaragoza. Hospital universitario Miguel Servet. Unidad de quemados; 2015
- Smith-nephew.com [Internet]. UK: Smith&Nephew; 2012 [actualizado 2016; citado 26 abr 2016]. Disponible en: https://www.smith-nephew.com/espana/productos/curacion-de-heridas/otros/apositos-postquirurgicos/jelonet/

TEMA 7.PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO A UN PACIENTE CON EPISODIO MANÍACO

JORDI URBIOLA CASTILLO
ANE FERNANDEZ BEARAN

PLAN DE CUIDADOS

- DX NANDA 1: **Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078)**

- Dominio 1: Promoción de la salud
- Clase 2: Gestión de la salud

❑ NOC 1: Conducta de cumplimiento (1601)

- Comunica seguir la pauta prescrita (160103)
- Acepta el diagnóstico del profesional sanitario (160104)
- Conserva la cita con un profesional sanitario (160105)
- Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria (160109)

PLAN DE CUIDADOS

- NOC 2: Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)
- Cumple el régimen terapéutico recomendado (160902)
- Cumple el nivel de actividades prescrito (160904)
- Cumple el régimen de medicación (160905)
- Evita conductas que potencian la patología (160906)
- Supervisa los efectos secundarios del tratamiento (160909)
- Supervisa los cambios en el estado de enfermedad (160911)
- Obtiene el asesoramiento de un profesional cuando es necesario (160921)

PLAN DE CUIDADOS

- NOC 3: Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)
- Proceso de la enfermedad (180302)
- Causas o factores contribuyentes (180303)
- Signos y síntomas de enfermedad (180306)
- Medidas para minimizar la progresión de la enfermedad (180308)
- Signos y síntomas de complicaciones de la enfermedad (180310)

❑ NOC 4: Conocimiento: medicación (1808)

- Administración correcta de la medicación (180810)
- Efectos terapéuticos de la medicación (180819)
- Efectos adversos de la medicación (180820)

PLAN DE CUIDADOS

- NOC 5: Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)
- Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar al miembro enfermero (260901)
- Piden información sobre el proceso/procedimiento (260904)
- Colaboran con el miembro enfermero en la determinación de los cuidados (260910)
- Colaboran con los proveedores de asistencia sanitaria en la determinación de los cuidados (260911)

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 1: Acuerdo con el paciente (4420)
- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados
- Ayudar al paciente a establecer objetivos en términos positivos y realistas, que puedan conseguirse
- Observar la capacidad del paciente para llevar a cabo los acuerdos realizados con el personal, indicándole las consecuencias por el incumplimiento del acuerdo

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 2: Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)

- Informar la paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento
- Revisar el nivel de conocimientos que el paciente tiene de los medicamentos
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 3: Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)
- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de su enfermedad
- Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas

❑ NIC 4: Aumentar los sistemas de apoyo (5440)

- Determinar el grado de apoyo social y familiar con que el paciente cuenta
- Remitir a programas comunitarios de fomento /prevención/ tratamiento/rehabilitación, si procede

PLAN DE CUIDADOS

- DX NANDA 2: **Desequilibrio nutricional: ingestas inferiores a las necesidades (00002)**

- Dominio 2: Nutrición
- Clase 1: Ingestión

❑ NOC 1: Estado nutricional (1004)

- Ingestión de nutrientes (100401)
- Ingestión alimentaria (100402)
- Energía (100403)
- Hidratación (100411)

PLAN DE CUIDADOS

- NOC 2: Apetito (1014)
- Deseo de comer (101401)
- Ansias por la comida (101402)
- Informa de energía para comer (101405)
- NOC 3: Conducta de mantenimiento del peso (1628)
- Mantiene la ingesta calórica diaria óptima (162802)
- Equilibra el ejercicio con la ingesta calórica (162803)
- Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos (162815)

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 1: Manejo de la nutrición (1100)
- Ajustar la dieta al estilo del paciente, según cada caso
- Asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento
- Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida
- NIC 2: Monitorización nutricional (1160)
- Pesar al paciente, vigilando las variaciones de pérdida y/o aumento de peso
- Hacer control de la ingesta y del aporte calórico que necesita

PLAN DE CUIDADOS

- DX NANDA 3: **Deterioro del patrón del sueño (00095)**
- Dominio 4: Actividad/Reposo
- Clase 1: Sueño/Reposo
- NOC 1: Sueño (0004)
- Horas de sueño cumplidas (000402)
- Patrón del sueño (000403)
- Calidad del sueño (000404)
- Eficiencia de sueño (000405)
- Hábito de sueño (000407)

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 1: Mejora del sueño (1850)
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama
- Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño
- Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente
- Establecer una rutina a la hora de irse a la cama que facilite la transición del estado de vigilia al de sueño
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 2: Manejo de la medicación (2380)
- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o protocolo
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos
- NIC 3: Enseñanza individual (5606)
- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente
- Determinar la capacidad y motivación del paciente para asimilar información específica
- Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje

PLAN DE CUIDADOS

- DX NANDA 4: **Conocimientos deficientes (00126)**
- Dominio 5: percepción/Cognición
- Clase 4: Cognición

❑ NOC 1: Conocimiento: Proceso de la enfermedad (1803)

- Proceso de la enfermedad (180302)
- Causas o factores contribuyentes (180303)
- Factores de riesgo (180304)
- Efectos de la enfermedad (180305)
- Signos y síntomas de la enfermedad (180306)
- Curso habitual de la enfermedad (180307)

PLAN DE CUIDADOS

- NOC 2: Conocimiento: Medicación (1808)
- Efectos terapéuticos de la medicación (180819)
- Efectos indeseables de la medicación (180805)
- Administración correcta de la medicación (180810)

❑ NOC 3: Conocimiento: Régimen terapéutico (1813)

- Justificación del régimen terapéutico (181301)
- Beneficio del tratamiento de la enfermedad (181316)
- Responsabilidades de los cuidados para el tratamiento actual (181302)

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 1: Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602)
- Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionado con el proceso específico de la enfermedad
- Describir los signos y síntomas comunes a la enfermedad
- Describir el proceso de la enfermedad
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad
- Instruir al paciente sobre cómo prevenir o minimizar los efectos secundarios de la enfermedad

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 2: Enseñanza individual (5606)
- Instruir al paciente cuando corresponda
- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente
- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente
- Valorar las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas
- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica
- Reforzar la conducta si se considera oportuno

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 3: Enseñanza: Medicamentos prescritos (5616)
- Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas del de los medicamentos, si procede
- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento
- Revisar el conocimiento que el paciente tiene de las medicaciones
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento

PLAN DE CUIDADOS

- DX NANDA 5: **Deterioro de la comunicación verbal (00051)**

- Dominio 5: Percepción/Cognición
- Clase 5: Comunicación

❑ NOC 1: Comunicación (0902)

- Utiliza el lenguaje escrito (090201)
- Utiliza el lenguaje verbal (090202)
- Intercambia mensajes con los demás (090208)
- Interpretación exacta de los mensajes recibidos (090207)

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 1: Escucha activa (4920)
- Mostrar interés en la paciente
- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar sentimientos y preocupaciones
- Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones

❑ NIC 2: Entrenamiento de la asertividad (4340)

- Ayudar al paciente a que reconozca y reduzca las distorsiones cognitivas que bloquean la afirmación
- Instruir al paciente en las distintas formas de actuar afirmativamente

PLAN DE CUIDADOS

- DX NANDA 6: **Deterioro de la interacción social (00052)**

- Dominio 7: Rol/Relaciones
- Clase 3: Desempeño del rol

❑ NOC 1: Habilidades de la interacción social (1502)

- Uso de la asertividad si procede (150205)
- Mostrar consideración (150207)
- Relaciones con los demás (150212)
- Utilizar formas/métodos de resolución de conflictos (150216)

PLAN DE CUIDADOS

- NOC 2: Implicación social (1503)
- Interacciona con amigos (150301)
- Interacciona con miembros de su familia (150303)
- Participación en actividades de ocio (150311)

❑ NOC 3: Autoestima (1205)

- Manifiesta sentimientos positivos sobre su propia persona (120519)

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 1: Escucha activa (4920)
- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación
- Estar atento a la propia actividad física en la comunicación de mensajes no verbales
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura)
- Mostrar interés en el paciente

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 2: Potenciación de la socialización (5100)
- Fomentar su participación en actividades familiares, sociales y comunitarias
- Fomentar su implicación en intereses totalmente nuevos
- Ayudarle a aumentar la conciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás
- Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones
- Facilitar o fomentar la participación en grupos de apoyo
- Determinar su confianza en sus propios juicios

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 3: Potenciación de la conciencia de sí mismo (5390)

- Ayudarle a identificar prioridades en la vida
- Manifestar verbalmente la negación de la realidad por parte de la persona, si procede
- Ayudarle a ser consciente de sus frases negativas acerca de sí mismo/a
- Ayudarle a identificar los atributos positivos de sí mismo/a

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 4: Potenciación de la autoestima (5400)
- Animarle a identificar sus virtudes
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con oras personas
- Mostrar confianza en su capacidad para controlar una situación, aumentando su responsabilidad
- Ayudarle a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta
- Animarle a evaluar su propia conducta
- Recompensarle o alabarle sus progresos en la consecución de objetivos

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 5: Vigilancia: Seguridad (6654)

- Observar si hay alteraciones de su función física o cognoscitiva que puedan conducir a una conducta insegura
- Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad
- Determinar el grado de vigilancia requerido por la persona en función del nivel de funcionamiento y los peligros presentes
- Comunicar la información acerca del riesgo de esta persona a los otros miembros del personal de cuidados

PLAN DE CUIDADOS

- ❑ DX NANDA 7: **Afrontamiento ineficaz (00069)**
- Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés
- Clase 2: Respuestas de afrontamiento
- ❑ NOC 1: Aceptación del estado de salud (1300)
- Reconocimiento de la realidad de la situación de salud (130008)
- Toma de decisiones relacionadas con la salud (130011)
- ❑ NOC 2: Afrontamiento de problemas (1302)
- Identificar patrones de superación eficaces (130201)
- Verbaliza aceptación de la situación (130205)
- Verbaliza necesidades de asistencia (130214)

PLAN DE CUIDADOS

- ❑ NIC 1: Apoyo emocional (5270)
- Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza y animarle a expresarlos
- ❑ NIC 2: Aumentar el afrontamiento (5230)
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones
- Valorar la comprensión del paciente sobre el proceso de enfermedad
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones

PLAN DE CUIDADOS

- ❑ NIC 3: Apoyo en la toma de decisiones (5250)
- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso
- Proporcionar información solicitada por el paciente
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones
- ❑ NIC 4: Disminución de la ansiedad (5820)
- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad
- Escuchar con atención
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos

PLAN DE CUIDADOS

- ❑ DX NANDA 8: **Riesgo de violencia dirigida a otros** (00138)
- Dominio 11: Seguridad/Protección
- Clase 3: Violencia
- ❑ NOC 1: Autocontrol de la agresión (1401)
- Identifica situaciones que desencadenan hostilidad (140412)
- Se abstiene de dañar a los demás (140104)
- Autocontrola conductas agresivas (140118)
- ❑ NOC 2: Autocontrol de los impulsos (1405)
- Identifica conductas impulsivas perjudiciales (140501)
- Evita ambientes y situaciones de alto riesgo (140506)
- Acepta ser remitido para tratamiento (140510)

PLAN DE CUIDADOS

- ❑ NOC 3: Autocontrol de la conducta abusiva (1400)
- Evita una conducta abusiva físicamente (140001)
- Evita una conducta abusiva sexualmente (140003)
- ❑ NOC 4: Afrontamiento de problemas (1302)
- Verbaliza sensación de control (130203)
- Refiere disminución de estrés (130204)
- ❑ NOC 5: Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403)
- Interacciona con los demás de forma apropiada (140309)
- Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente (140310)

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 1: Ayuda para el control del enfado (4640)

- Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado , dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente
- Limitar el acceso a situaciones estresantes hasta que el paciente sea capaz de expresar el enfado de una manera adaptada a las circunstancias
- Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros (limitar y retirar armas potenciales)

PLAN DE CUIDADOS

- ❑ NIC 2: Administración de medicación (2300)
- Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos según necesidades, si procede.
- ❑ NIC 3: Intervención en caso de crisis (6160)
- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámica de la crisis.
- Ayudar en la identificación de sistemas de apoyo disponibles
- Ayudar en la identificación de actuaciones alternativas para resolver la crisis

PLAN DE CUIDADOS

- ❑ NIC 4: Manejo de la conducta (4350)
- Hacer que el paciente se sienta responsable de su comportamiento
- Comunicar la esperanza de que el paciente mantendrá el control
- Medicar, si es necesario
- Redirigir la atención alejándola de las fuentes de agitación
- ❑ NIC 5: Entrenamiento para controlar los impulsos (4370)
- Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada
- Enseñar al paciente a “detenerse y pensar” antes de comportarse impulsivamente

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 6: Manejo ambiental: Prevención de la violencia (6487)
  - Eliminar las armas potenciales del ambiente
  - Retirar a las demás personas próximas al paciente violento o potencialmente violento
  - Controlar de forma rutinaria el ambiente para mantenerlo libre de peligros
- NIC 7: Potenciación de la seguridad (5380)
  - Escuchar los miedos del paciente/familia
  - Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 8: Manejo de las ideas ilusorias (6450)

- Realizar el seguimiento de las ilusiones por si hubiera presencia de contenidos que resulten dañinos o violentos para el paciente mismo
- Proteger al paciente y a los demás de las conductas basadas en la ilusión que puedan resultar dañinas
- Mantener un ambiente seguro
- Tranquilizar al paciente

TEMA 8. PARTOS INMADUROS: CAUSAS Y PROBABLES SECUELAS.

BLANCA ROSA INFANTE BUENO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- DEFINICION
- CAUSAS
- SECUELAS NEONATALES
- OBSERVACIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Aunque no hay mucha información al respecto, hay que distinguir entre el parto inmaduro del parto prematuro (más conocido como parto pretermino), pues aunque parezca o se crea que es lo mismo, nada más lejos de la realidad, pues los bebes nacidos prematuramente, al contrario que ocurre con los neonatos de partos inmaduros, tienen muchas más posibilidades de supervivencia y de desarrollo y con pocas o ninguna secuela, y cuyo nacimiento ronda entre las semanas 29 y la 37, es decir en el último trimestre.
Cabría señalar que pretermino significa según la OMS ¨ser vivo de menos de 37 semanas de gestación¨.

DEFINICION

El termino de parto inmaduro se utiliza para referirse a los partos acaecidos entre el segundo y el tercer trimestre, entre las semanas 20 y la 28 de gestación.
Los fetos tienen escasa o nula la posibilidad de sobrevivir, y si lo hacen, con grandes riesgo de padecer secuelas físicas y mentales de por vida.

CAUSAS

Hay múltiples causas que se asocian a este tipo de partos, como por ejemplo:

- ✓ Mala colocación de la placenta.
- ✓ Parto múltiple.
- ✓ Desgarro del cuello uterino en parto anterior.
- ✓ La genética también tiene su papel en estos casos.
- ✓ La edad de la madre
- ✓ Problemas de útero
- ✓ Causas fetales
- ✓ Etc.

SECUELAS NEONATALES

- Parálisis cerebral
- Bajo desarrollo pulmonar
- Ceguera
- Sordera
- Retraso en el aprendizaje
- Hiperactividad
- Déficit de atención
- Etc…

OBSERVACIONES

- Hay estudios que demuestran que nacer en países desarrollados hace aumentar la tasa de supervivencia y calidad de vida en estos casos..
- Del mismo modo, en estos mismos países hay más medios para intentar que estos partos no se lleven a termino tan tempranamente, proporcionando fármacos a la madre como los corticosteroides, haciendo cerclajes…

BIBLIOGRAFÍA

- **Paginas web:**

https://letsfamily.es/embarazo/se-adelanto-diferencias-entre-parto-prematuro-y-parto-inmaduro

https://www.abc.es/salud/noticias/20150508/abci-prematuros-viabilidad-201505071900.html

https://www.mibebeyyo.com/embarazo/complicaciones/amenaza-aborto-evitar-300

https://embarazo10.com/parto-prematuro-posibles-causas-y-sintomas/

https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/06/140630_salud_bebe_prematuro_peligro_gtg

TEMA 9. SER DONANTE RENAL: calidad de vida post-donación.

ENARA IRIONDO BERNABEU

ÍNDICE

Introducción.....3.
Objetivos .....5.
Material y método .....6.
Resultados .....7.

Calidad de vida en el donante renal .....7.
Función renal en el donante de riñón .....8.
Hipertensión arterial en el donante renal .....9.
Alteraciones metabólicas en el donante renal .....10.
Satisfacción general del donante tras la donación ….11.

Conclusiones .....12.
Bibliografia .....13.

Introducción:

España en líder en donación mundial. Según datos de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) durante el año 2017 se realizaron 135.860 trasplantes de órganos sólidos en todo el mundo, un 7,25% más que el año anterior. España es líder con el 19,2% de todas las donaciones registradas en la Unión Europea en 2017, y con el 7,7% de las donaciones renales de vivo. En el año 2017, ha vuelto a revalidar por vigésimo sexto año consecutivo su liderazgo mundial. En total, se efectuaron en nuestro país 5,261 trasplantes, siendo 3.269 trasplantes renales, 1.247 hepáticos, 304 cardíacos, 363 pulmonares, 70 de páncreas y 8 intestinales.

De todos estos trasplantes renales, 332 fueron de donantes vivos. Representa el 10,15% del total de los trasplantes renales efectuados en España.

Por todos estos datos que destacan el peso e importancia que la donación tiene en España, es de gran interés e importancia realizar una revisión bibliográfica sobre el seguimiento que tienen los donantes renales una vez el trasplante se ha realizado. La cantidad de artículos sobre los receptores de órganos es lógicamente muy extenso, por ello nos centramos con este trabajo en el otro lado de la donación, en los donantes. Sólo con ver el alto número de donaciones al año se puede llegar a la conclusión de que la donación no supone un perjuicio para el donante, pero como todo acto médico conlleva un riesgo, cuanta más información y estudios se tengan con respecto a la donación, más complicaciones se podrán evitar, favoreciendo así el aumento de los donantes.

Objetivos:

1. Evaluar la calidad de vida del donante renal tras la donación.

2. Evaluar la morbilidad asociada a la donación renal así como la prevalencia de las mismas comparándolas con población no donante.
Específicamente se ha estudiado la prevalencia de alteraciones a nivel de la función
renal (filtrado glomerular, niveles de creatinina (Cr), albuminuria, y enfermedad renal
crónica (ERC)), a nivel cardiovascular (hipertensión arterial), y a nivel metabólico.

3. Valorar la satisfacción general del donante tras la donación.

Material y método

Revisión bibliográfica de los artículos publicados en los entre 2010-15 en la base de datos PubMed. Los artículos debían incluir los términos MeSH: “kidney donor”, “quality of life” y “risk”. Además se usaron una serie de filtros en la búsqueda: solo donación renal y de donante vivo. Se ha realizado la revisión de 11 artículos: 4 estudios transversales retrospectivos, 3 estudios de cohortes prospectivos, 2 revisiones y 2 estudios de casos-controles.

Una vez seleccionados los artículos se hizo una lectura de los mismos buscando información que contestara a los tres objetivos, haciendo una comparación de las evidencias aportadas por cada uno de ellos.

Resultados:

- CALIDAD DE VIDA DEL DONANTE RENAL: La calidad de vida del donante renal no es inferior a la de la población general. Se han encontrado puntuaciones significativamente mejores en donantes de riñón que en grupos control al aplicar el cuestionario SF-36 de calidad de vida. Los donantes tienen mejores puntuaciones en las diferentes 8 dimensiones que evalúa el SF-36 que los pacientes intervenidos de nefrectomía por otra causa distinta a la donación (ej. tumor renal). No se han encontrado estudios que evidencien una pérdida de calidad de vida en los donantes debido a la donación. Varios estudios han obtenido resultados similares al comparar los valores obtenidos en la encuesta SF-36 por parte de donantes renales y la población general.

- FUNCIÓN RENAL EN EL DONANTE DE RIÑÓN: En 2013 el grupo Hassan N. Ibrahim et. al realizó un seguimiento de 255 donantes renales, en los que se valoró su estado de salud pre y post donación. En el momento de la donación todos los donantes eran normotensos, no diabéticos y su FG> 80 ml/min/1,73 m2. El nivel de creatinina en plasma en el momento de la donación fue de 0,9 ± 0,2 mg por decilitro; el IFG (MDRD) fue 84,0 ± 13,8 ml/min/1,73 m^2. Se volvió a repetir la medición 12,2 ± 9,2 años después de la donación, esta vez el nivel de creatinina sérica aumentó a 1,1 ± 0,2 mg por decilitro y el IFG estimado disminuyó a 63,7 ± 11,9 ml/min/1,73 m2. A pesar de este descenso en el FG, al final del seguimiento el 100% de los donantes tenían valores >30 ml/min/1,73 m2 y en el 85% de los casos era >60 ml/min/1,73 m2 . La supervivencia de los donantes de riñón fue similar a la de los controles, quienes fueron agrupados por edad, sexo y raza.

- HTA EN EL DONANTE RENAL:

En cuanto a los cambios sobre la tensión arterial tras la donación, según los resultados del estudio Hassan N. Ibrahim et. al la tensión arterial pre y post donación se mantuvo sin cambios en los donantes de su estudio. (PAS 124,3 ± 15,0 y 124,0 ± 16,6 mmHg, PAD 71,5 ± 6,7 y 72,5 ± 7,0 mmHg). Ninguna de las diferencias fueron significativas. La prevalencias de HTA y albuminuria en los donantes fue similar a las de los controles, quienes fueron agrupados por edad, sexo, raza o grupo étnico, y el índice de masa corporal, incluso dos décadas después de la donación. El estudio del grupo M. D. Doshi et al. [5] mostró que la donación de riñón en vivo se asocia con mayor riesgo de hipertensión en afroamericanos. A los 6 años de la donación, el 42% de los donantes desarrolló HTA, y en términos absolutos, uno de cada cinco donantes desarrolló HTA. Sin embargo, la prevalencia de hipertensos en estadio II era similar en ambos grupos.

- ALTERACIONES METABÓLICAS EN EL DONANTE RENAL:

En los artículos revisados solo se ha encontrado valoraciones del nivel de glucosa y de la incidencia de diabetes en los donantes. El grupo M.D.Doshi et. al [5], no encontró diferencias entre los dos grupos en cuanto a la incidencia de diabetes, fue de 1,9% y 1,7% para el grupo de donantes y control respectivamente con una p= 0,33. En el estudio de Hassan N. Ibrahim et al. [4] se obtuvo la media de la glucosa plasmática en ambos grupos, siendo en los donantes de 90,9±11,9mg/dl, significativamente más baja que en el grupo no donante que tuvieron una media de 102,8±33,1 mg/dl, con una $p<0,001$.

- SATISFACCIÓN GENERAL DEL DONANTE RENAL TRAS LA DONACIÓN:

Aunque la satisfacción general tras la donación es muy buena por parte de los donantes, también se han encontrado algunos resultados negativos en este aspecto. Los donantes cercanos al receptor, parientes de primer grado, obtienen mayores puntuaciones en las escalas de calidad de vida así como mayor grado de satisfacción general tras la donación según lo publicado por el grupo Schroder et al. A la hora de valorar la calidad de vida del donante, influye como ha respondido el receptor al trasplante. Se ha visto que aquellos trasplantes fallidos durante el primer año de vida, han producido en el donante un mayor estrés y malestar, condicionando así su calidad de vida y su percepción sobre la donación. Los donantes que percibieron haber sido poco informados sobre el proceso de la donación y sus posibles efectos adversos, relatan una mayor insatisfacción.

Conclusiones:

1. La donación renal en vivo está aumentando considerablemente, los donantes de riñón tienen una muy buena calidad de vida tras la donación y una supervivencia similar a la población general, incluso con mejores puntuación en vitalidad, dolor corporal y función social.

2. La donación renal no supone un deterioro de la salud general del donante. La prevalencia de FG<30ml/min/1,73m² y de microalbuminuria es similar a la de la población general. La HTA tras la donación se mantiene estable con respecto a la medición pre donación. La prevalencia de alteraciones metabólicas es similar a la población general.

3. En general los donantes renales el proceso de la donación como algo satisfactorio. España es el país líder en el trasplante de órganos. Este éxito se debe al avance que se está desarrollando en la investigación y a un continuo seguimiento y evaluación de los receptores y donantes.

BIBLIOGRAFÍA

•1. Mjøen G, Stavem K, Westlie L, et al. Quality of life in kidney donors. Am J Transplant. 2011;11(6):1315–1319.

•2. Maglakelidze N, Pantsulaia T, Tchokhonelidze I, Managadze L, Chkhotua A. Assessment of health-related quality of life in renal transplant recipients and dialysis patients. Transplant Proc. 2011;11:376–379.

•3. Clinton D. Bahler, Chandru P. Sundaram. Quality of Life Following Laparoscopic Living-Donor Nephrectomy. JSLS. 2013 Apr-Jun; 17(2): 273–278.

•4. Hassan N. Ibrahim, Robert Foley, LiPing Tan, Tyson Rogers, Robert F. Bailey, Hongfei Guo, Cynthia R. Gross, and Arthur J. Matas. Long-Term Consequences of Kidney Donation. N Engl J Med 2009;360:459-69 .

TEMA 10. MEDICACIÓN ANTIPSICÓTICA DE LIBERACIÓN PROLONGADA.

ALBA FERNANDEZ FALCES

ÍNDICE

- **HISTORIA DE LOS PSICOFÁRMACOS**
- **CLASIFICACIÓN DE LOS ANTIPSICÓTICOS DE LARGA DURACIÓN.**
- **EFECTOS SECUNDARIOS**

HISTORIA DE LOS PSICOFÁRMACOS

•A principios de la década del 50 se produjo el descubrimiento en forma aleatoria y accidental del primer fármaco antipsicótico: la **clorpromazina**, que en principio fue creado como antihistamínico. Por distintas razones, estos fármacos se administraron a enfermos psiquiátricos, y los clínicos constataron y especificaron su acción terapéutica sobre los trastornos mentales.

•Todos los neurolépticos se caracterizan por bloquear los sistemas *dopaminergicos* centrales. Algunos también actúan sobre los sistemas *colinergico* y *noradrenergico:* sus efectos neurológicos, neurovegetativos, neurohormonales y, en particular, el aumento de la prolactina y los efectos cardiovasculares observados en la clínica, son buena prueba de ello.

•Otro hito en la evolución de la medicación antipsicótica fue la aparición en 1960 de la **Clozapina**. Supuso un cambio radical en el planteamiento de las bases farmacológicas de la esquizofrenia: el concepto de “atipicidad” aparece con la demostración de la eficacia antipsicótica de este producto, desligada de su potencial antagonismo dopaminergico. La incorporación del término “atípico” no se produjo hasta la década de 1980.

•Con la llegada de los antipsicóticos atípicos se produce la última revolución farmacológica, abriéndose una gran ventana de esperanza en el tratamiento de la esquizofrenia u otras psicosis. (1)

- Pasados los años ´80, aparece la segunda generación de antipsicóticos. Comenzando con la risperidona que es una molécula de características peculiares porque tiene un funcionamiento como atípico en bajas dosis pero típico cuando la dosis se incrementa. En verdad, no fue la risperidona el primer atípico. En el año 1958 ya se había sintetizado una molécula, la clozapina, que comenzó a utilizarse en la clínica en 1965. Tiene la particularidad de ejercer un efecto antipsicótico más limpio, despojado del efecto de neurolepsis característico de los antipsicóticos convencionales pero la clozapina conjuga una alta efectividad con un riesgo indeseable: la posibilidad de producir una abrupta caída de los glóbulos blancos con la consiguiente inmunodeficiencia. Los siguientes atípicos sí lograron imponerse como la primera opción en el tratamiento.

CLASIFICACIÓN DE LOS ANTIPSICÓTICOS DE LARGA DURACIÓN

Xeplion (Palmitato de paliperidona): Existen presentación de 25, 25, 75,100 y 150 mg. Xeplion está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.
En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, Xeplion puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada. (2)

- **Risperdal Consta (Risperidona):** Existen presentaciones de 25, 37,5 y 50 mg.
- Está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes actualmente estabilizados con antipsicóticos orales. Este medicamento ha de ser almacenado refrigerado. (3)

- **Abilify Maintena (Aripiprazol):** Existen presentaciones de 300 y 400 mg.
- Abilify Maintena está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con aripiprazol oral. (4)

- **Trevicta (Palmitato de paliperidona):** Existen presentaciones de 175, 263, 350 y 525 mg. TREVICTA, inyección trimestral, está indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos clínicamente estables con la formulación inyectable mensual de palmitato de paliperidona. Los pacientes que están adecuadamente tratados con palmitato de paliperidona inyectable mensual (preferiblemente durante cuatro meses o más) y no requieren ajuste de dosis pueden ser cambiados a TREVICTA. (5)

- **Zhypadera (Olanzapina)**: Existen presentaciones de 210, 300 o 405 mg en Polvo para administración IM. Está indicado para el tratamiento y mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos clínicamente estables con Olanzapina vía oral. Primero han de ser estabilizados con una dosis oral para poder garantizar una buena tolerancia intramuscular.

- Durante ensayos clínicos pre-comercialización, se notificaron reacciones que se correspondían con signos y síntomas indicativos de sobredosis de olanzapina, en pacientes tras haber recibido una inyección de ZYPADHERA. Estas reacciones ocurrieron en <0,1% de las inyecciones y aproximadamente en el 2% de los pacientes. La mayoría de estos pacientes desarrollaron síntomas de sedación (oscilando entre una sedación de carácter leve en cuanto a gravedad y coma) y/o delirium (incluyendo confusión, desorientación, agitación, ansiedad y otras alteraciones cognitivas). Entre otros síntomas detectados se incluyeron síntomas extrapiramidales, disartria, ataxia, agresión, mareos, 5 debilidad, hipertensión y convulsiones. En la mayoría de los casos, los signos y síntomas iniciales relacionados con esta reacción aparecieron dentro de la primera hora después de la inyección y en todos los casos se ha notificado una recuperación total en un plazo de entre 24 y 72 horas tras la inyección.

- Estas reacciones ocurrieron raramente (< 1 de cada 1.000 inyecciones) entre la 1ª y la 3ª hora, y muy raramente (< 1 de cada 10.000 inyecciones) al cabo de 3 horas. Hay que advertir a los pacientes de este riesgo potencial y de la necesidad de someterse a vigilancia durante 3 horas en un centro sanitario cada vez que se administra ZYPADHERA. Los informes post comercialización sobre el síndrome post-inyección, desde la autorización de comercialización de ZYPADHERA, son generalmente consistentes con la experiencia vista en los estudios clínicos. Después de cada inyección, los pacientes deben permanecer bajo la supervisión de personal debidamente cualificado en un centro sanitario durante al menos 3 horas para identificar los signos y síntomas indicativos de una sobredosis de olanzapina.

- Inmediatamente antes de abandonar el centro sanitario, se debe confirmar que el paciente esté alerta, orientado y que no presenta ningún signo o síntoma de sobredosis. Si se sospecha sobredosis, deben mantenerse la vigilancia médica estrecha y el seguimiento hasta que el examen indique que se han resuelto los signos y síntomas. En aquellos pacientes que muestren signos y síntomas indicativos de una sobredosis de olanzapina, el periodo de observación de 3 horas se debe alargar según el criterio clínico. Se debe recomendar a los pacientes que, después de haber recibido la inyección, esté atento el resto del día, por si aparecen signos y síntomas de sobredosis secundarias a reacciones adversas postinyección, que puedan obtener asistencia en caso necesario y que no deben conducir vehículos ni utilizar máquinas. (6)

EFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios de estos fármacos son uno de los factores de riesgo de la mala adherencia terapéutica.
En términos generales, los APS típicos tienen mayor riesgo de efectos secundarios extrapiramidales, y los APS atípicos efectos metabólicos. (7)

- Sedación, de mayor intensidad entre los APS típicos levomepromazina y clorpromazina, y entre los atípicos clozapina.

- **Efectos extrapiramidales.** Alrededor del 60% de los pacientes tratados con APS típicos manifiestan algún tipo de efecto adverso extrapiramidal clínicamente significativo que pueden ser:
- - De tipo agudo que aparecen al principio del tratamiento y suelen ser dosis dependientes, con síntomas como bradicinesia, rigidez y temblor (pseudoparkinsonismo), distonía (contracción espástica de grupos musculares aislados), y acatisia (inquietud y preocupación mental, la cual puede ser intensa).
- - De tipo crónico, después de meses o años de tratamiento, con manifestaciones como la discinesia tardía (movimientos rítmicos involuntarios de la lengua, cara y maxilares).

- **Sd. neuroléptico maligno,** de inicio repentino, más frecuente en la primera semana de tratamiento o tras haber aumentado la dosis. Se caracteriza por rigidez, hipertermia e inestabilidad autónoma, incluidas la hipertensión, taquicardia y elevación de la concentración sérica de la creatin-quinasa. Se relaciona con los APS típicos de alta potencia.

- **Efectos anticolinérgicos,** como sequedad de boca, somnolencia, estreñimiento, hipersalivación y retención urinaria. En general son de intensidad leve, pero son especialmente relevantes en pacientes con hipertrofia prostática.
- El sd. anticolinérgico grave (confusión, delirium, somnolencia y alucinaciones) se observa en pocos casos, y es más frecuente con clozapina, en pacientes ancianos o debilitados, y por la administración conjunta de algunos fármacos, como los anticolinérgicos.

- **Aumento de peso,** principalmente con olanzapina y clozapina entre los APS atípicos, y entre los típicos, clorpromazina.
- **- Aumento de la glucemia, y en ocasiones síndrome metabólico** (obesidad, hiperglucemia e hipertrigliceridemia). Estos factores pueden conducir a enfermedades como diabetes o cardiopatía isquémica.
- Olanzapina y clozapina son los APS que más se relacionan con la hiperglucemia.
- **- Efectos cardiovasculares: hipotensión ortostática, taquicardia y prolongación del intervalo QT,** que supone un incremento del riesgo de arritmias cardiacas y muerte súbita de origen cardíaco. La incidencia de alargamiento del intervalo QT es aproximadamente del 3%35. Pueden producirlo tanto los APS típicos como atípicos (más con ziprasidona, después quetiapina y sertindol) y se ha relacionado con las dosis
- **- Aumento de la prolactina,** sobre todo haloperidol, risperidona y paliperidona.

- **Efectos hematológicos:** más relacionados con la clozapina, con riesgo de aparición de neutropenia y agranulocitosis (aproximadamente del 3% y del 1% respectivamente).
- **- Incremento del riesgo de accidente cerebrovascular.** En ensayos controlados con placebo realizados con pacientes de edad avanzada con demencia, se observó una incidencia significativamente mayor de ACV (aproximadamente aumentó 3 veces más), como ictus (incluida la muerte) y ataques isquémicos transitorios. Se desconoce el mecanismo de este aumento del riesgo y no se puede excluir en otras poblaciones de pacientes.

- La Agencia Española de los Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) tras detectar y notificar el incremento de riesgo de episodios isquémicos cerebrales en pacientes con demencia ha limitado el uso de antipsicóticos atípicos (amisulprida, aripiprazol, asenapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, paliperidona y ziprasidona) en pacientes mayores de 75 años, mediante el visado de inspección.
- - Otros efectos adversos: fotosensibilidad (especialmente clorpromazina), efectos alérgicos dermatológicos, convulsiones, elevación de las enzimas hepáticas, ictericia colestásica, retinopatías pigmentarias (clorpromazina), opacidades corneales, efectos sobre la función sexual, y dismotilidad esofágica y aspiración (asociadas a aripiprazol y quetiapina), tromboembolismo venoso, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1- Eguíluz Uruchurtu, I. Historia de la psicofarmacología.Tratado de psicofarmacología. Ed: Medica Panamericana. 2010 p.11-12.

2- Palmitato de paliperidona. Ficha técnica. Agencia Española del Medicamento y productos sanitarios. Disponible en: http://www.agemed.es/

3- Risperidona. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Disponible en: http://www.agemed.es/

4- Aripiprazol. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Disponible en: http://www.agemed.es/

- 5- Palmitato de paliperidona trimestral. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Disponible en: http://www.agemed.es/
- 6- Olanzapina intramuscular. Ficha técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Disponible en: http://www.agemed.es/

- 7- Montes Gómez E, Acosta Artiles FJ, Plasencia Núñez M, Guerra Rodríguez M, de la Nuez Viera F, Martín Morales A, Altabas Betancort M. Antipsicóticos en la esquizofrenia. Boletín canario del uso racional del medicamento del SCS. Servicio Canario de Salud. [Internet] Disponible en: **http://goo.gl/VdDK4Y**

TEMA 11. DISEÑO DE PROYECTO EDUCACIONAL SANITARIO MULTICÉNTRICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR.

SANDRA MORGA GARRE

MARINA RUBIO BAÑO

ÍNDICE

1. Justificación del tema
2. Objetivos
   2.1 Objetivos Generales
   2.2 Objetivos Específicos
3. Aplicabilidad y utilidad de los Resultados
4. Diseño y Método
   4.1 Áreas de trabajo
   4.2 Criterios Inclusión y Exclusión
   4.3 Método de recogida de datos
   4.4 Estrategia de análisis estadístico
   4.5 Variables a estudio
5. Calendario Previsto para el estudio
6. Limitaciones y posibles sesgos
7. Problemas éticos
8. Plan de Ejecución
9. Organización del estudio
10. Presupuestos
11. Bibliografía

1. JUSTIFICACIÓN: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La fibrilación auricular no valvular (FANV) es la arritmia cardiaca más frecuente. Su prevalencia se estima en 1-2% de la población general y aumenta hasta 8,5% entre la población mayor de 60 años, con una previsión de incremento progresivo por el mayor envejecimiento y supervivencia de la población, y por el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas[1]. En diferentes estudios poblacionales se han comunicado tasas de incidencia global de FANV comprendidas entre 1.9 y 9.9 por 1000 años-persona, y está previsto que este número aumente, debido en parte al envejecimiento de la población y a la mayor esperanza de vida[13].

El diagnóstico de FANV se establece cuando los pacientes no presentan signos de valvulopatía mitral reumática y no han recibido una prótesis valvular (biológica o mecánica) ni una valvuloplastia mitral13. La FANV se asocia a un riesgo significativamente mayor de Ictus; es responsable de cerca del 15% de todos los ictus isquémicos y del 30% de los ictus en las personas mayores de 80 años. Dicho riesgo aumenta en presencia de otros factores, principalmente edad avanzada e hipertensión arterial.

El tratamiento con anticoagulantes ha demostrado su eficacia en la prevención de complicaciones cardioembólicas. Los antagonistas de la vitamina K han sido durante muchos años el único tratamiento. La estandarización del International Normalized Ratio (INR) ha permitido que el seguimiento de estos fármacos se generalizara, se descentralizara y se extendiera el control a otros ámbitos como la atención primaria.

Sin embargo, a pesar de la mayor facilidad para el seguimiento del paciente anticoagulado, la enorme variabilidad individual inherente a estos fármacos y su influencia por factores externos como la dieta, cambios de peso y enfermedades o tratamientos concomitantes, hace que sea difícil mantener el tratamiento en el estrecho margen terapéutico que se exige (INR entre 2 y 3). Distintos estudios establecen que el porcentaje de pacientes que se mantienen en rango terapéutico oscila entre el 29 y el 75%3. A través de estudios frente a warfarina, los nuevos fármacos anticoagulantes orales (dabigatrán, rivaroxabán y apixabán) (RE-LY4, ROCKET-AF5 y ARISTOTLE6) han demostrado su eficacia en términos de eficacia y seguridad. Todos ellos presentan un buen perfil beneficio/riesgo en la prevención embólica en pacientes con FANV y tienen la ventaja de no precisar controles del INR. Su uso está sujeto a diversos criterios y recomendaciones, en función

principalmente de la existencia de otros factores de riesgo cardiovascular y del nivel de riesgo cardioembólico.[11]

Sin embargo, y a pesar de las ventajas e indicaciones de los nuevos anticoagulantes orales (NACO), su uso no se ha extendido en atención primaria, probablemente por inercia terapéutica de continuidad con los antagonistas de la vitamina K (AVK), aun cuando el grado de control de INR o el nivel de riesgo cardioembólico aconsejan un cambio de tratamiento, y también por las dificultades de acceso a la prescripción (necesidad de visado de inspección). La falta de antídoto es una cuestión relevante respecto a la generalización en todas las situaciones y que genera incertidumbre, sobre todo por la poca experiencia existente en el tratamiento de las complicaciones hemorrágicas. [9]

Clínicamente, entre los distintos episodios de FA, los pacientes pueden o no presentar síntomas, pero el recuerdo de la arritmia puede limitar las actividades y las ambiciones del paciente.

En muchos pacientes con FA persistente o permanente, la arritmia puede ser silente clínicamente7, hasta que se produce una consecuencia grave, a menudo difícil de revertir, como un ictus o una insuficiencia cardiaca descompensada, que reduce entonces drásticamente la calidad de vida del paciente. Así pues, los factores determinantes de la calidad de vida en un paciente con FA pueden depender de varios factores cruciales: la edad y la actividad del paciente, los trastornos que subyacen en la FA y su tratamiento, las consecuencias médicas de la FA y, finalmente, la propia FA y su patrón temporal. Existen pocas o ninguna duda respecto a que, en general, los pacientes con FA presentan
una degradación sustancial de la calidad de vida, en comparación con la población normal8. El uso de ACO requiere algunos cuidados con el objetivo de controlar los niveles deseables de coagulación sanguínea y la prevención de complicaciones hemorrágicas y tromboembólicas.

Esos cuidados pueden ocasionar cambios en el estilo de vida de los usuarios una vez que engloban desde cambios en los hábitos alimentares, uso de bebidas alcohólicas y realización de actividades físicas12, hasta la sobrecarga ocasionada por nuevas tareas relacionadas al uso del medicamento, tales como el hábito de toma diaria del medicamento y la necesidad de visitas frecuentes a los servicios de salud para acompañamiento del intervalo de anticoagulación, en el caso de los antivitamina K, también el miedo de complicaciones como la hemorragia y formación de trombos está presente13. Todos esos cambios generados por el uso del medicamento pueden comprometer la calidad de vida del paciente.

En cuanto al tratamiento, es muy importante favorecer la adherencia de los pacientes, sobre todo mediante una educación específica como paciente anticoagulado, ya que, independientemente del anticoagulante prescrito, existen riesgos y precauciones comunes a todos los pacientes que reciben anticoagulantes. Si la adherencia a los anticoagulantes disminuye, en parte por la falta de controles y por la falsa sensación de seguridad, las posibles ventajas de eficacia y seguridad pueden verse sobrepasadas por una mayor incidencia de complicaciones tromboembólicas en los pacientes con mala adherencia. Por todo esto, es crucial reforzar en el paciente la importancia de la adherencia y el correcto cumplimiento terapéutico.14

La finalidad de este estudio es realizar un seguimiento durante un año a pacientes con FANV que inician tratamiento con anticoagulantes orales, analizar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento, así como la estimación del INR en pacientes que toman antagonistas de la vitamina K, analizando de manera indirecta la efectividad del tratamiento y la variabilidad del mismo. Haciendo constar la presencia o no de eventos clínicos cardioembólicos o hemorrágicos según el tratamiento que tomen, NACOS o AVK.

2.-. Objetivos de la investigación

Objetivos Generales

- Analizar la utilización y adherencia al tratamiento de fármacos anticoagulantes orales en pacientes con fibrilación auricular no valvular.
- Estimar el grado de control del INR en pacientes que toman antagonistas de la vitamina K durante el periodo de un año.
- Analizar la CVRS de los pacientes que inician tratamiento ACO.
- Estimar el riesgo de accidente cerebrovascular tromboembólico en los próximos doce meses con la escala CHA2DS1-VASc Score.
- Analizar la presencia de eventos clínicos cardioembólicos o hemorrágicos.

Objetivos específicos

- **Comparar la calidad de vida relacionada con la arritmia al inicio del tratamiento con**
ACO y al cabo de un año.
- Establecer el grado de influencia entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida
relacionada con la arritmia y evolución de la misma en el momento de diagnóstico de
FANV, a los tres, seis, nueve y doce meses desde el inicio del tratamiento con ACO.
- Analizar el grado de control de INR y la presencia concomitante de eventos clínicos
cardioembólicos o hemorrágicos, en caso de pacientes que tomen AVK.

• Correlacionar riesgo cerebrovascular estimado con CHADS2-VASC score y presencia de
eventos tromboembólicos durante el seguimiento.

• Comparar la aparición de eventos clínicos en pacientes que toman NACOS vs pacientes
que toman AVK.

3-Aplicabilidad y utilidad de los resultados.

La utilidad del estudio es analizar e interrelacionar la adherencia del paciente al tratamiento y la calidad de vida que conlleva sufrir esta enfermedad, así como estimar el grado de control y eventos clínicos susceptibles del mismo según el anticoagulante prescrito, en el periodo de un año. De esta manera se pretende estudiar cómo afectan estos tratamientos anticoagulantes de forma objetiva y subjetiva al paciente así como interrelacionar los eventos que puedan derivar del mismo. Pudiendo así analizar y describir distintos aspectos importantes del tratamiento con ACO, tanto para pacientes como profesionales.

4.- DISEÑO Y METODOS

Estudio descriptivo, observacional prospectivo, utilizando un método de muestreo no probabilístico de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular no valvular (FANV) permanente, pertenecientes al Áreas de Salud I, II y III de la Región de Murcia, con indicación de tratamiento con anticoagulantes orales, considerando 2 tipos: Antagonistas de la vitamina K y Nuevos anticoagulantes orales (Apixabán, Dabogatrán, Rivaroxabán).
Los pacientes serán identificados de FANV en OMIAP de todos los usuarios pertenecientes a estas Áreas de la Región de Murcia.

Área de trabajo.

El estudio será realizado en las Áreas de Salud I, II y III de la Región de Murcia.
El Área I de Salud de la Región de Murcia (Murcia/Oeste) tiene como hospital de referencia el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Área la componen 14 Zonas Básicas de Salud adscritas y 48 Centros de salud, centros de especialidades y consultorios que pertenecientes las Zonas Básicas de Salud.
El Área II de Salud de la Región de Murcia (Cartagena) tiene como hospitales de referencia el Hospital General Universitario Santa María del Rosell y Hospital General Universitario Santa Lucía. El Área la componen 17 Zonas Básicas de Salud adscritas y 57 Centros de salud, centros de especialidades y consultorios pertenecientes las Zonas Básicas de Salud.

El Área III de Salud de la Región de Murcia (Lorca) tiene como hospital de referencia el Hospital Rafael Méndez. El Área la componen 11 Zonas Básicas de Salud adscritas y 36 Centros de salud, centros de especialidades y consultorios que pertenecientes las Zonas Básicas de Salud.

Criterios de inclusión: paciente de cualquier edad con diagnóstico de FANV en tratamiento con anticoagulantes orales.
Criterios de exclusión: no aceptación de la participación en el estudio, pacientes con déficit cognitivo o secuelas neurológicas graves que no puedan cumplimentar los cuestionarios del estudio. Pacientes que se les prescriban anticoagulantes orales por un periodo inferior a 6 meses, incumplimiento de citas de control del INR, enfermedades terminales con tratamientos intensivos que alteren el control del INR.
Los pacientes que cumplan los criterios de selección se les realizarán la medición de
todas las variables descritas, bajo previo consentimiento informado.

1. Método de recogida de datos.

La recogida de datos se realizará mediante cuestionarios; instrumento básico en los cuales se formularán una serie de preguntas que permitirán medir las variables a estudio.

Cuestionarios:

1. Escala CHADS2-VASc Score. (Anexo I)

El CHADS2-VASc Score es la evolución de un instrumento muy utilizado con el fin de
estimar, de una forma relativamente sencilla el riesgo de sufrir un Accidente Cerebrovascular en el caso de los enfermos con Fibrilación Auricular de origen no reumático, el CHADS2. Fundamentalmente se utilizan ambos para decidir cuáles de estos enfermos deberían tener tratamiento anticoagulante o antiagregante.

Su resultado es una puntuación, que indica el porcentaje de riesgo de sufrir un ACV por el enfermo en los siguientes doce meses.
A las siglas de CHADS2, que proceden de: Congestive Heart Failure, Hypertension, Age, Diabetes, Previous Stroke, se añaden la evaluación de enfermedad cardiovascular previa, y el sexo, que son los parámetros en los que se basa el sistema de evaluación.
Esta escala será completada por el profesional Médico o Enfermera, completando los datos con la historia clínica del paciente en la primera cita de inclusión en el estudio.

2. Calidad de vida relacionada con la arritmia: Test ASTA (Arrhytmia-specific questionnaire in tachycardia and arrhytmia). (Anexo II)

Instrumento validado para evaluar la Calidad de vida en relación a los síntomas específicos de arritmia cardiaca y afectación en la vida diaria. Consta de 3 apartados:
ASTA parte I: Último episodio sentido de arritmia y tratamiento prescrito para la FANV.
ASTA parte II: Síntomas específicos de la arritmia; frecuencia, duración e intensidad.
ASTA parte III: Calidad de vida relacionada con la salud. Relación de clínica subjetiva de la arritmia con distintos aspectos y acontecimientos de la vida diaria.

3. Seguimiento y adhesión al tratamiento con Anticoagulantes orales: Test Morynsky-greeen-levine modificado. (Anexo III)

Este método está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Considerando la enfermedad a estudio y el tipo de tratamiento, hemos añadido más ítems
para complementar el cuestionario, en total consta de 9 preguntas, donde se trata la adhesión y conocimiento del tratamiento, hábitos y control de tomas.

4. Grado de control INR.18

El cociente INR (International Normalized Ratio) es un método para estandarizar los tiempos de protrombina obtenidos en distintos laboratorios. Se obtiene dividiendo el TP del paciente entre el TP control (ratio) y elevándolo al Índice de Sensibilidad Internacional (ISI). El INR recomendado en la prevención del ictus cardioembólico en el paciente con fibrilación auricular está entre 2 y 3.

En nuestro estudio, calculamos en INR mediante el Tiempo en rango terapéutico. Existen dos métodos para determinar el TRT:

- TRT directo: se toman todos los INR en un periodo de tiempo determinado y se calcula
el porcentaje de valores de INR que se encuentran dentro del rango 2-3.

- TRT Rosendaal: calcula el porcentaje de tiempo que el paciente se encuentra dentro del rango 2-3 asumiendo una progresión lineal entre los valores de INR consecutivos y calculando el INR específico para cada día.

Según informe de posicionamiento terapéutico del SNS, se considera control inadecuado:

- (TRT) <65% calculado por el método Rosendaal.
- (TRT) <60% calculado mediante el método Directo.

5. Anotación de antecedentes clínicos: ictus, diagnóstico de arteriopatía periférica, cardiopatía isquémica o de tromboembolismo pulmonar, antecedentes de trombosis periférica y antecedentes o historia de sangrados previos. La recogida de datos para el estudio se realizará en 5 ocasiones:

En una primera ocasión, tras ser diagnosticado el paciente de FANV y prescribir anticoagulantes orales, será entregado el cuestionario *ASTA de calidad de vida relacionada con la arritmia, y se recogerán los datos básicos demográficos.* Además, se estimará el riesgo cerebrovascular con la escala *CHADS2-VASc Score.*

El seguimiento y programación de las siguientes citas, dependerá el tipo de tratamiento
prescrito:

-Si se prescribe antagonistas de la vitamina K, el profesional responsable Médico o Enfermera, citará al paciente a los 3 meses coincidiendo con la determinación del INR en
su centro de salud.

-Si el tratamiento prescrito son anticoagulantes orales directos (Rivaroxabán, Dabigatrán, Apixabán), el paciente cumplimentará los cuestionarios vía telefónica, y el encargado de citación y programación del seguimiento será el ayudante técnico de apoyo a la investigación.
Las siguientes citas programadas asistenciales o vía telefónica serán cada 3 meses (0-3-6-9-12 meses).

En las 4 citas restantes, los cuestionarios a cumplimentar por parte del paciente serán:

-Cuestionario ASTA de calidad de vida relacionada con la arritmia.
-Cuestionario de Adhesión al Tratamiento Anticoagulante Morynski-levine modificado.

-Si los pacientes toman antagonistas de la vitamina K, cada 3 meses coincidiendo con una de las tomas de control de INR (International Normalized Ratio) se les pasará los cuestionarios correspondientes y se introducirán todos los INR realizados en la base de datos para su posterior análisis

Estrategia de análisis estadístico.

Las variables estudiadas serán introducidas en una tabla Excel. Posteriormente serán
analizadas con el paquete estadístico SPSS versión 18, data entry.
Para el análisis descriptivo, las variables cuantitativas se describirán con medidas de centralización y de dispersión (media ± desviación típica) y las variables cualitativas, como frecuencias absolutas (n) y relativas (%). En el análisis bivariable para la comparación de dos medias, se realizarán tests estadísticos paramétricos (t de Student) o no paramétricos
(U de Mann-Whitney) en función de la distribución muestral, y para comparar porcentajes, se usará la prueba de la χ^2 o la de Fisher, en función del tamaño de la muestra. Se realizarán análisis bivariables para identificar qué factores están asociados individualmente con el control de la INR.

Con los factores identificados individualmente, se realizará un análisis de regresión logística.

Variables a estudio.

Variable Dependiente	Definición	Naturaleza	Concepto	Instrumento Medición
Calidad de vida relacionada con la arritmia	Percepción del sujeto de los resultados de la interacción entre la severidad de los síntomas clínicos, efectos colaterales de la medicación y nivel de desarrollo psicosocial.	Cualitativa nominal	-Tipo de arritmia -Síntomas específicos de la arritmia -Calidad de Vida relacionada con la Salud	Cuestionario ASTA. % de acuerdo a condición
Adherencia terapéutica	Grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos.	Cualitativa nominal	-Adherencia terapéutica -Cumplimiento del tratamiento -Colaboración del paciente -Conocimiento de la Enfermedad	Cuestionario Morinsky-Levine modificado. % de acuerdo a condición
INR (International Normalized Ratio)	Método para estandarizar los tiempos de protrombina obtenidos en los controles del paciente que toma anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K.	Cuantitativa continua	Cálculo de INR mediante dispositivo ambulatorio. Consideración en Rango en terapéutico INR 2-3.	-TRT directo -TRT Rosendaal Control Inadecuado: - (TRT) <60% calculado mediante el método Directo - (TRT) <65% calculado por el método Rosendaal. % de acuerdo a condición

Variables a estudio

Riesgo de sufrir un Accidente Cerebrovascular	Porcentaje de riesgo de sufrir un ACV en paciente con fibrilación auricular no valvular en los siguientes doce meses.	Cualitativa nominal	Medición de parámetros que influyen directamente en la aparición de ACV e indica el tratamiento anticoagulante o antiagregante a prescribir.	Escala CHA2DS2-VASc % de acuerdo a condición

Variable dependiente	Definición	Naturaleza	Concepto	Instrumento Medición
Anticoagulantes orales	Fármacos que tienen la propiedad de afectar la coagulación sanguínea.	Cualitativa nominal	Tipo de tratamiento prescrito al paciente con Fibrilación auricular no valvular	-Antagonistas de la vitamina K (Warfarina, Acenocumarol) -Anticoagulantes directos (Rivaroxabán, apixabán, dabigatrán) % de acuerdo a condición
Eventos Clínicos	Situación que experimenta el paciente en contexto clínico Cardioembólico o Hemorrágico durante el seguimiento en un año.	Cualitativa nominal	Ictus, diagnóstico de arteriopatía periférica, cardiopatía isquémica o de tromboembolismo pulmonar, trombosis periférica y/o hemorragia	Descripción de eventos clínicos cardioembólicos o hemorrágicos. % de acuerdo a condición

Variables Demográficas.

VARIABLES INDEPENDIENTES	NATURALEZA	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Cuantitativa de razón	Años, grupos etareos
sexo	Cualitativa nominal	% mujeres % hombres
Estado civil	Cualitativa nominal	% de acuerdo a condición
Nivel de estudios completados	Cualitativa nominal	% de acuerdo a condición
Tratamiento ACO prescrito	Cualitativa nominal	% de acuerdo a condición

5. Calendario previsto para el estudio.

FASES DE LA INVESTIGACIÓN	Enero-Febrero 2019	Marzo-Julio 2019	Agosto2019-Marzo 2020	Abril-Junio 2020	Julio 2020
Asesoría estadística para elaboración de diseño. Asesoramiento estadístico.					
Envío del proyecto al comité de Ética.					
Implantación y explicación del proyecto y base de datos en las ZBS.					
Inicio de inclusión de pacientes.					
Seguimiento de pacientes					
Análisis de datos. Validez del contenido.					
Interpretación y resultados					
Elaboración y entrega del informe final.					
Divulgación de los resultados.					

6. Limitaciones y posibles sesgos.

Las limitaciones de este estudio son las propias de un estudio observacional. Muchas variables serán recogidas de la historia clínica del paciente, con el problema de que no estén registradas y la posibilidad de no continuidad por parte del paciente por cambio de domicilio o dificultad para contactar con él. Sin embargo, el número de pacientes que serán incluidos, así como la meticulosidad en el control de calidad de los datos registrados y el rigor en la monitorización, puede disminuir notablemente el efecto de estas posibles limitaciones. Además, el propio sistema electrónico dispondrá de un programa automático de validación, con unos valores límites adecuados que asegurarán la coherencia lógica de los datos, que generará alertas cuando se detecten discrepancias o incongruencias.

Otra limitación posible es el cálculo de los tiempos, ya que cada paciente será introducido
en la base de datos el día que es diagnosticado de FANV e inicia el tratamiento con anticoagulantes orales. Esto supondrá un seguimiento detallado de cada paciente en los tiempos propuestos. Los pacientes con diagnóstico de FANV en días consecutivos, podrán ser agrupados para facilitar el seguimiento y el cumplimiento de los cuestionarios

7. Problemas éticos.

Se presentará una solicitud formal ante la Comisión de ética de la organización de investigación y el comité de ética pertinente. En dicha solicitud se incluirá la información detallada sobre los procedimientos de investigación e información sobre las medidas adoptadas para mantener la confidencialidad de la información recopilada. Se solicitará a los participantes que den su consentimiento por escrito utilizando el formulario previsto para tal fin. Todos los datos se tratarán de forma confidencial. Modelo de Consentimiento Informado (Anexo IV).

8. Plan de ejecución.

En una primera fase, los técnicos de apoyo serán los encargados de visitar los centros
asignados para hablar con el equipo de Atención Primaria, Médico y Enfermera. Se explicará el proyecto a realizar y funciones de cada uno.
Tras la inclusión por parte del Médico o Enfermera de AP del paciente en el estudio bajo consentimiento informado y firmado, y tras haberle pasado el cuestionario de *Calidad de vida relacionada con la arritmia ASTA, y anotar los datos demográficos pertinentes, el TAI* recogerá toda la información y la introducirá en la base de datos.

Además, tras analizar la historia clínica del paciente, se estimará el riesgo cerebrovascular con la escala *CHADS2-VASc Score y será anotado en la ficha del* paciente.

El TAI deberá tener acceso a Selene y OMI (Programa de Historial clínico de pacientes en atención especializada y atención primaria) para recoger todos los datos, antecedentes de interés para el estudio y eventos clínicos ocurridos durante el estudio, cuestión que se gestionará con cada una de las Gerencias de Área.
La programación de las siguientes citas para el seguimiento, se clasificará según el tratamiento que tome el paciente;

Si el paciente tiene prescrito antagonistas de la vitamina K, las citas programadas cada 3 meses lo hará el profesional de Enfermería o el Médico responsable de citar para el control de INR.
Si el paciente tiene prescrito alguno de los nuevos anticoagulantes orales directos que no precisan control INR, se deriva al técnico de apoyo, el cual será el encargado de concretar las citas por vía telefónica para el cumplimiento de los cuestionarios.
En caso de que el paciente necesite un cambio de tratamiento, cese o algún otro evento que influya según lo previsto en el protocolo, deberá comunicárselo al TAI, para anotarlo y tener en cuenta dicha variación.

Deberá haber comunicación directa entre los profesionales del centro de salud y el equipo de investigación para llevar a cabo la inclusión de los pacientes y su seguimiento, así como cualquier anotación pertinente para la investigación.
Si durante el seguimiento del paciente, éste tiene algún evento clínico tromboembólico o hemorrágico, el Médico o Enfermera deberán a notarlo en la base de datos y comunicárselo al TAI para proceder al estudio correlacionar de dicho evento según los objetivos establecidos.

9. Organización del estudio.

El equipo de investigación estará formado por un investigador principal y 3 técnicos de apoyo. Se solicitará una beca a FFIS (Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia), para cubrir los salarios del personal Técnico de Apoyo a la Investigación (TAI)

El **investigador principal** será el responsable de la conducción del estudio clínico en la institución y responsable del grupo de investigación que va a llevar a cabo el estudio, asegurando el adecuado cumplimiento del protocolo diseñado del estudio.

Los **técnicos de apoyo a la investigación serán contratadas para realizar labores y**
funciones relacionadas con el estudio y deberán tener formación específica en investigación y será responsable cada uno de la puesta en marcha del estudio en los Centros de Salud/Centros de Especialidades/Consultorios que componen estas áreas de salud.

10. Presupuestos.

Gastos materiales.

Producto	Unidad	Presentación	Precio	Cantidad	Total
Hojas de papel	Uno	Paquete x 500	4.50	10	45.00
Tonner Fotocopiadora	Uno	Caja por 4	80	1	80.00
				Total €	**125.00**
Nota: El gasto en teléfono será asumido por el Área correspondiente.					

BIBLIOGRAFÍA

1. L. Cea-Calvo, J. Redón, J.V. Lozano, C. Fernández Pérez, J.C. Martí Canales, J.L. Llisterri, et al.Prevalencia de la fibrilación auricular en la población española de 60 o más años de edad. Estudio PREV-ICTUS. Rev Esp Cardiol, 60 (2007), pp. 616-624.

2. M. Ruiz Ortiz, E. Romo, D. Mesa, M. Delgado, M. Anguita, A. López Granados, *et al.Predicción de eventos embólicos en pacientes con fibrilación auricular no valvular:* evaluación del score CHADS2 en una población mediterránea Rev Esp Cardiol, 61 (2008), pp. 29-35.

4.S.J. Connolly, M.D. Ezekowitz, S. Yusuf, J.Eikelboom, J. Oldgren, A. Parekh, *et al., RELY* Steering Committee and Investigators Dabigatrán vs warfarin in patients with atrial

Fibrillation N Engl Med, 361 (2009), pp. 1139-1151

5.M.R. Patel, K.W. Mahaffey, J. Garg, G. Pan, D.E. Singer, W. Hacke, *et al., ROCKET AF* investigators Rivaroxabán vs warfarin in non-valvular atrial fibrillation N Engl Med, 365 (2011), pp. 883-891.
6.C.B. Granger, J.H. Alexander, J.J. McMurray, R.D. Lopes, E.M. Hylek, M. Hanna, *et al., ARISTOTLE Committes and Investigators Apixaban vs warfarin in patients with atrial* Fibrillation N Engl Med, 365 (2011), pp. 981-992.
7. Savelieva I, Camm AJ. Clinical relevance of silent atrial fibrillation: prevalence, prognosis, quality of life, and management. *J Interv Card Electrophysiol. 2000;4:369-82.* Medline.
8. Jenkins LS, Bubien RS. Quality of life in patients with atrial fibrillation. *Cardiol Clin.* 1996;14:597-606. Medline.

9. Dorian P, Jung W, Newman D, Paquette M, Wood K, Ayers GM, et al. The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy. *J Am Coll Cardiol. 2000;36:1303-9.* Medline
10. Savelieva I, Paquette M, Dorian P, Lüderitz B, Camm AJ. Quality of life in patients with silent atrial fibrillation. *Heart. 2001;85:216-7.* Medline.
11. Casais P, Meschengieser SS, Sanchez-Luceros A, Lazzari MA. Patients' regarding oral anticoagulation therapy and its effect on quality of life. Curr Med Res Opin. 2005;21(7):1085-90.
12. McCahon D, Murray ET, Holder RL, Fitzmaurice DA. Does self-management of oral anticoagulation therapy improve quality of life and anxiety? Fam Pract. November 10, 2010; doi:10.1093/fampra/cmq089.

13. Renoux C, Patenaude V, Suissa S. Incidence, mortality, and sex dif-ferences of nonvalvular atrial fibrillation: a population-based study. J Am Heart Assoc 2014;3:e001402.
14. Arihiro S, Todo K, Koga M, et al. Three-month risk-benefit profile of anticoagulation after stroke with atrial fibrillation: The SAMURAI Nonvalvular Atrial Fibrillation (NVAF) study. Int J Stroke 2016;11:565-74.
15. S. Deitelzweig, C. Farmer, X. Luo, L. Vo, X. Li, M. Hamilton, R. Horblyuk & A. Ashaye (2017) Risk of major bleeding in patients with non-valvular atrial fibrillation treated with oral anticoagulants: a systematic review of real-world observational studies, Current Medical Research and Opinion, 33:9,1583-1594, DOI: 10.1080/03007995.2017.1347090
16. Ávila CW, Aliti GB, Feijó MKF, Rabelo ER. Adhesión farmacológica al anticoagulante oral y factores que influyen en la estabilidad del índice de estandarización internacional. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-feb. 2011. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_04.pdf

17. Vivencio Barrios, Carlos Escobar, Luis Prieto, Genoveva Osorio, José Polo, José María Lobos, Diego Vargas, Nicolás García. Control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular asistidos en atención primaria en España. Estudio PAULA. Rev Esp Cardiol. 2015;68:769-76 - Vol. 68 Núm.09 DOI: 10.1016/j.recesp.2015.04.017. Disponible en: http://www.revespcardiol.org/es/controlanticoagulacion-pacientes-con-fibrilacion/articulo/90435979/#sec0050
18. Rafael Alonso Roca et al, Grado de control del tratamiento anticoagulante oral en los centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid: estudio CHRONOS-TAO.

ANEXOS.

Anexo I. Escala CHA2DS2-VASc.

	Puntos
Insuficiencia Cardiaca o FEVI menor de 40%	1
Hipertensión Arterial	1
Edad:	
Menor de 65 años	0
Entre 65 y 74 años	1
Mayor de 75 años	2
Diabetes Mellitus	1
Ictus, Embolia periférica o AIT	2
Enfermedad Vascular Periférica, coronaria o aórtica	1
Sexo Femenino	1*

(*Solo contabiliza si hay otro factor de riesgo)

- Riesgo de Ictus
- Score de 0 puntos: Riesgo Bajo. No precisa anticoagulación.
- Score de 1 punto: Riesgo Moderado. Considerar antiagregación o anticoagulación.
- Score de 2 puntos o mayor: Riesgo Moderado-Alto. Anticoagulación, salvo contraindicación.

Anexo II. Cuestionario ASTA

ASTA (Cuestionario específico en taquicardia y arritmia)
Síntomas específicos de arritmia y calidad de vida relacionada con la salud en relación con la alteración del ritmo cardiaco

Vivir con perturbación del ritmo cardiaco (arritmia cardiaca) afecta a las personas en distintas formas. El cuestionario ASTA tiene como fin establecer tanto los síntomas de su arritmia como
la forma en que afectan su vida y su salud.

Para la persona que llena el cuestionario ASTA:
Además de responder a las preguntas acerca de su arritmia, nos gustaría que respondiera algunas preguntas adicionales:

- Usted es:

o Mujer
o Hombre

Usted tiene _____ años de edad.

- ¿Con quién vive? (Puede escoger más de una opción):

o Vivo solo
o Con mi esposa / esposo / compañero (a)
o Hijos
o Otro

ASTA Parte I

Vivir con arritmia afecta a las personas de diferentes maneras. Por medio de las siguientes preguntas, nos gustaría que describiera su experiencia. Escoja la alternativa que mejor corresponda a su situación.

Pregunta 1.

¿Cuándo sintió la arritmia cardiaca por última vez?

(Por favor elija una alternativa rodeando con un círculo la opción que considere).

- Tengo una arritmia persistente/continua
- Hace menos de una semana
- Hace menos de un mes
- Menos de tres meses
- Menos de seis meses
- Menos de 12 meses
- Hace más de 12 meses

Pregunta 2.

¿Está tomando algún medicamento para controlar la arritmia cardiaca?

- No
- Sí

b) Por favor escriba qué medicamento(s) está tomando para controlar la arritmia Cardiaca.

_____.

ASTA Parte II – Síntomas específicos de arritmia

Las arritmias pueden variar en frecuencia, duración y síntomas. Al responder las siguientes preguntas, nos gustaría que usted describiera su experiencia escogiendo la alternativa que mejor describa su situación.

Pregunta 1.

Cuando le da la arritmia cardiaca, ¿cuánto tiempo le dura?

(Por favor elija una alternativa rodeando con un círculo la opción que considere).

- Menos de una hora
- Menos de siete horas
- Menos de 24 horas
- 24 horas – menos de dos días
- Dos días – siete días
- Más de siete días

Pregunta 2.

¿Cuánto ha sido el tiempo más largo que usted ha sentido la arritmia cardiaca?

(Por favor elija una alternativa rodeando con un círculo la opción que considere).

- Menos de una hora
- Menos de siete horas
- Siete horas – menos de 24 horas
- 24 horas – menos de dos días
- Dos días – siete días
- Más de siete días

Pregunta 3.

¿Cuántas veces ha sentido la arritmia cardiaca en los últimos tres meses?

(Por favor elija una alternativa rodeando con un círculo la opción que considere).

- Ninguna
- Menos de cinco veces
- Entre 5 y 15 veces
- Entre 16 y 30 veces
- Más de 30 veces (pero no diariamente)
- Tengo arritmia persistente/continua

Pregunta 4.

¿Usted ha tenido alguno de los siguientes síntomas durante la arritmia cardiaca?

(Puede escoger más de una alternativa).

- Palpitaciones rápidas del corazón
- Palpitaciones cardiacas desordenadas
- Palpitaciones cardiacas más fuertes de lo normal
- Sensación de que el corazón se detiene un instante

Pregunta 5.

¿La arritmia cardiaca se presenta en momentos específicos? (por ejemplo durante el ejercicio, ingesta de bebidas o comidas, estrés…

- No
- Sí

Pregunta 6.

¿Qué otros síntomas tiene usted durante la arritmia cardiaca?

a) Falta de aire durante la actividad física.

o Sí, mucho
o Sí, en cierta medida
o No f) Cansancio.

o Sí, mucho
o Sí, en cierta medida
o No

b) Falta de aire en reposo

o Sí, mucho
o Sí, en cierta medida
o No g) Dolor en el pecho

o Sí, mucho
o Sí, en cierta medida
o No
c) Mareos

o Sí, mucho
o Sí, en cierta medida
o No
d) Sudor frío (palidez, frío, sudoroso)

o Sí, mucho
o Sí, en cierta medida
o No i)Preocupación o ansiedad

o Sí, mucho
o Sí, en cierta medida
o No
e) Debilidad / fatiga

o Sí, mucho
o Sí, en cierta medida
o No

Pregunta 7.

¿Alguna vez ha sentido que se va a desmayar durante la arritmia cardiaca?

- No
- Sí

ASTA Parte III – Calidad de vida relacionada con la salud

Esta parte del cuestionario está relacionada en cómo la arritmia cardiaca afecta su vida diaria. Escoja la alternativa que mejor corresponda a su situación Si usted siente que no sabe si su arritmia afecta el aspecto de su vida sobre el cual se le pregunta, le recomendamos que responda no. Por favor elija la alternativa rodeando con un círculo la opción que considere.

Pregunta 1.

¿La arritmia cardiaca no lo deja trabajar, estudiar o realizar las actividades cotidianas que quisiera?

- Sí, mucho
- Sí, en cierta medida
- No

Pregunta 2.

¿Debido a la arritmia cardiaca dedica menos tiempo a sus familiares y amigos más cercanos de lo que le gustaría?

- Sí, mucho
- Sí, en cierta medida
- No

Pregunta 3.

¿Usted evita planear cosas que le gustaría hacer, por ejemplo viajar o actividades de esparcimiento, debido a la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho
- Sí, en cierta medida
- No

Pregunta 4.

¿La arritmia cardiaca ha disminuido su capacidad física?

- Sí, mucho
- Sí, en cierta medida
- No

Pregunta 5.

¿Su habilidad para concentrarse ha disminuido debido a la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho
- Sí, en cierta medida
- No

Pregunta 6.

¿Se siente bajo de ánimo o triste debido a la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho
- Sí, en cierta medida
- No

Pregunta 7.

¿Se siente irritado o cabreado debido a la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho
- Sí, en cierta medida
- No

Pregunta 8.

¿Tiene problemas para dormir por la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho
- Sí, en cierta medida
- No

Pregunta 9.

¿Su vida sexual se ha afectado por la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho
- Sí, en cierta medida
- No

Pregunta 10.

¿Tiene miedo de morir debido a la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho
- Sí, en cierta medida
- No

Pregunta 11.

¿Su vida se ha deteriorado debido a la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho
- Sí, en cierta medida
- No

Pregunta 12.

¿Se siente preocupado de que los síntomas vuelvan a aparecer durante el tiempo que usted no experimenta la arritmia cardiaca?

- Sí, mucho
- Sí, en cierta medida
- No

Gracias por su atención.

Tabla 1. Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 ítems (MMAS-8)

Preguntas	Opciones de respuesta	
1. ¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Sí=0	No=1
2. A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su hipertensión arterial?	Sí=0	No=1
3 ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarla?	Sí=0	No=1
4. Cuando viaja o está fuera del hogar, ¿se le olvida llevar la medicina para su hipertensión arterial alguna vez?	Sí=0	No=1
*5. ¿Tomó la medicina para su hipertensión arterial ayer?	Sí=1	No=0
6. Cuando siente que su hipertensión arterial está bajo control, ¿deja a veces de tomar su medicina?	Sí=0	No=1
7. Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su hipertensión arterial?	Sí=0	No=1
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Nunca/Casi nunca	1
	Rara vez	0,75
	Algunas veces	0,5
	Habitualmente	0,25
	Siempre	0

Fuente: Morisky D, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. J Clin Hypertens. 2008; 10(5): 348–354 [7].

*Inversión de puntaje

TEMA 12. LA TESTOSTERONA EN EL HOMBRE ADULTO.

MARIA DEL CARMEN DIAZ DIAZ

ANA GOMEZ UBIAÑO

INDICE

- INTRODUCCION.
- COMO INFLUYE LA TESTOSTERONA EN LOS HOMBRES.
- NIVELES BAJOS.
- CONCLUSION.
- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

- La testosterona , es una hormona que se produce en los testículos de los hombres , en más de un 90%, en las células de leyding, cuya regulación esta a cargo de la glándula pituitaria y el hipotálamo y el 10 % es segregado por las glándulas suprarrenales . Una hormona, es una sustancia que circula por sangre y actúa en diversos órganos y tejidos, regulando su desarrollo y funcionamiento .

COMO INFLUYE LA TESTOSTERONA EN EL HOMBRE

- En los hombres, es considerada la hormona más importante, influye en el mantenimiento de los huesos y músculos, en la producción de espermatozoides y glóbulos blancos, es responsable del estado de animo y mantiene el deseo sexual , según avanza la edad, los niveles de esta hormona disminuyen progresivamente, se estima que un 2% al año, a partir de los 30-40 años. La testosterona influye en el cerebro produciendo dopamina, conocida como la causante de las sensaciones placenteras, también se relaciona con la acetilcolina, que afecta a la memoria, es un neurotransmisor especifico en los sistemas del sistema nervioso, es una sustancia química que al permitir el funcionamiento de varias neuronas a la vez, deja que se realicen varias actividades cerebrales a la vez.

NIVELES BAJOS

- Los niveles bajos de testosterona pueden relacionarse con depresión y ansiedad. La falta de testosterona se llama hipogonadismo, es un trastorno en el que los testículos no son funcionales, o hay incapacidad genética del hipotálamo para segregar GNRH (hormona liberadora de gonadotropinas).Los principales síntomas de que los niveles de esta hormona están bajos son: fatiga ,depresión, irritabilidad ,menor deseo sexual baja concentración y memoria Con el paso de los años el hipogonadismo, incrementa el riesgo de osteoporosis, también se relaciona con la obesidad y la diabetes de tipo 2.

CONCLUSION

- Después de realizar numerosos estudios, se llega a la conclusión que la testosterona en sangre ejerce un papel activador de las conductas sexuales.
- Para determinar el nivel de esta hormona se realiza una analítica hormonal, a primera hora de la mañana ,ya que en el testículo del hombre adulto, se produce de 5 a 7 mg de testosterona al día, se ajusta la secreción de esta hormona al ritmo circadiano, por lo que los niveles son menores por la tarde.
- Con valores mayores a 12nmol/l (350 ng/dl) no se requiere tratamiento hormonal sustitutivo, mientras que en valores inferiores a 8 nmol/l (230ng/dl) podría usarse el tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- libros: -kaufmon jm, vermeulen A.The decline of androgen levels in elderly men and its clinical and therapeutic implications. Endoor rev 2005,26:833-76.
- Ternover JI. Testosterone and the aging male. J. Androl 1997;18:103-6.
- Vignozzi L. Corona G, petrone I, Filippi S, Morelli A ,Forti, Maggi M testosterone and sexual activity J. Endocrinol invest 2005;28 (3 suppl) :39-44.
- Werner AA. The male climacteric. Jama 1939; 112:1441-1443.
- Testosterone and men´s health. Journal of behavional medicine, 22 (1999).
- Herbert J. The age of dehidroepiandrosterone lancet. 1995;345 (8959); 1193-1194.
- Adan L, Souberbielle JC,Brauner R. Management of the short stature due to pubertal delay in boys.J. Clin endocrinol metab 1994; 78:478-482.

TEMA 13.CONSUMO OCASIONAL DE COCAINA ¿MODA O EPIDEMIA?- A propósito de un caso.

MARINA RUBIO BAÑO

SANDRA MORGA GARRE

ÍNDICE

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
3. OBJETIVOS
- OBJETIVO GENERAL
- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO
5. RESULTADOS (CASO, DIAGNÓSTICO ENFERMERO, JUSTIFICACIÓN, REDES DE RAZONAMIENTO CLÍNICO, COMPLICACIONES POTENCIALES, DESARROLLO DE LA PLANIFICACIÓN)
6. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES
7. CONCLUSIONES
8. BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

A propósito de un ingreso en urgencias por accidente de tráfico derivado del consumo ocasional de cocaína fue realizado un estudio para analizar la situación actual de consumo de cocaína en jóvenes, las complicaciones derivadas de su uso, factores de riesgo y protección, así como el abordaje disponible por parte de sistemas sanitarios y no sanitarios ante esta consecuencia del consumo. Para realizar el estudio de caso, se utiliza el proceso enfermero mediante la construcción de diagnósticos NANDA, intervenciones NIC y resultados NOC. El estudio fue realizado en el año 2011, en urgencias hospitalarias del hospital universitario Reina Sofía.

INTRODUCCION

El consumo de drogas y sus consecuencias constituye un problema social y sanitario que afecta a España y a la comunidad internacional

Un número muy importante de la población, en gran parte jóvenes e incluso adolescentes, consume sustancias como el alcohol, el tabaco, el cannabis, cocaína y drogas de síntesis.

Una de las drogas con mayor capacidad de crear adicción es la cocaína, un gran estimulante del Sistema nervioso central.

Los problemas asociados al consumo de cocaína están experimentando un rápido crecimiento.

Ha aumentado de forma desmesurada el consumo, hay una baja percepción de riesgo, un incremento de accesibilidad a sustancias, una disminución de la edad de consumo de drogas y aumento de daños en la salud.

INTRODUCCIÓN

Además, no disponemos de ningún tratamiento farmacológico eficaz contra la adicción a la cocaína y las intervenciones psicosociales nos aportan datos de que podemos conseguir pocos cambios conductuales que nos lleven a la reducción de tasas de consumo de drogas tras una intervención. Además para solucionar el problema se necesita la implicación de toda la sociedad: intervención política, de medios de comunicación y recursos, pues, hay que tener en cuenta que muchos países tienen en este sistema la fuente principal de sus ingresos. En vista de lo anteriormente expuesto se plantean los siguientes objetivos

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Elaborar un plan de cuidados utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC, para un paciente consumidor ocasional de cocaína, evaluando los abordajes terapéuticos disponibles y con especial énfasis de la educación para la salud como parte fundamental en el abordaje biológico psicológico y social.

OBJETIVOS

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Conocer las drogas, en especial la cocaína, su mecanismo de acción, factores de riesgo y la situación actual del consumo en jóvenes, como uso recreativo.

- Identificar las complicaciones del consumo de drogas a corto y a largo plazo.

- Evaluar el abordaje bio-psico-social (las intervenciones psicosociales y farmacológicas disponibles para el consumo de cocaína en jóvenes e influencia desde otros organismos)

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

Diseño: Investigación cualitativa-descriptiva a propósito de un caso.
Ámbito y periodo: Desarrollado en Urgencias hospitalarias en el Hospital Universitario del Reina Sofía en la Región de Murcia, España en el año 2011.
Sujeto: Paciente consumidor ocasional de cocaína
Recogida de información: Para la recogida de datos se utiliza la historia clínica, valoración de enfermería, examen físico, entrevista y observación clínica directa.
Utilizo para análisis de datos de recogida de valoración de enfermería el proceso enfermero; construyendo diagnósticos enfermeros de acuerdo con la taxonomía NANDA, intervenciones según modelo NIC y resultados mediante NOC y su codificación en dichos manuales.

RESULTADOS

CASO: Varón de 23 años que ingresa en Urgencias por poli-contusión por accidente de tráfico. Refiere cervicalgia y lumbalgia. No dolor torácico. Moviliza las cuatro extremidades. Se observan restos de polvo blanco en la boca. Se solicita análisis de tóxicos que muestra cocaína positiva. Obnubilado, confuso, palabras incomprensibles.

Sudoración, taquicardia, taquipnea. Imposible exploración completa por no colaboración del paciente.

Tras esto se traslada al paciente a camas de observación para estabilización y petición de estudios complementarios para descartar TCE. Fumador de un paquete diario. Consumidor de cocaína de fin de semana. Inicio del consumo a los 15 años. Sin antecedentes médicos de interés.

RESULTADOS

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

- 00132 **Dolor agudo** r/c agentes lesivos físicos m/p conducta expresiva e informe verbal de dolor.

- 00136 **Ansiedad** r/c cambio en el entorno y abuso de sustancias m/p irritabilidad y conflicto inconsciente sobre los valores esenciales.

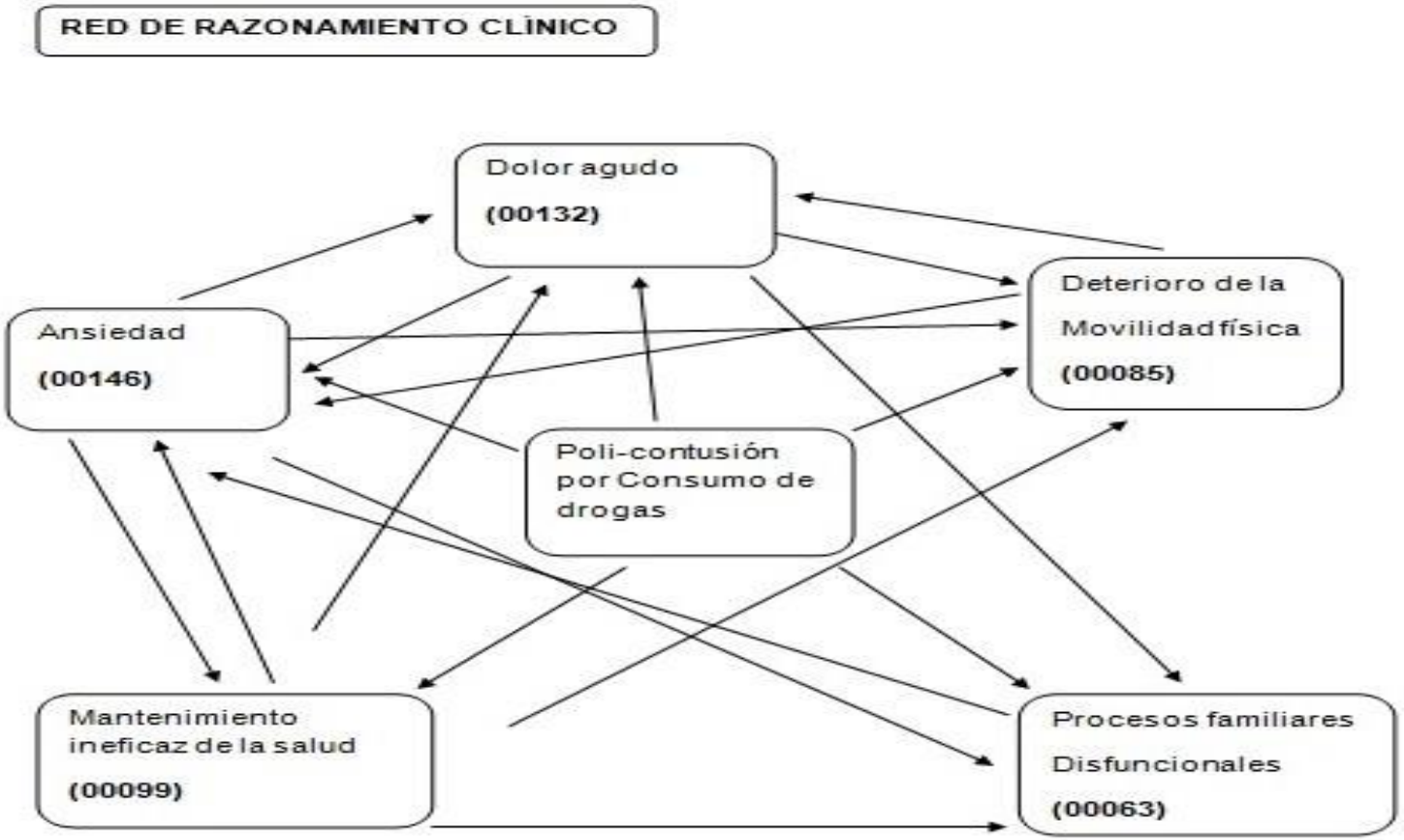
- 00063 **Procesos familiares disfuncionales** r/c falta de habilidades para la solución de problemas e influencias bioquímicas m/p mentiras, desconfianza y conflictos recientes.

RESULTADOS

- 00085 **Deterioro de la movilidad física** r/c dolor m/p dificultades para girarse y limitación de la capacidad para actividades motoras groseras.

- 00099 **Mantenimiento ineficaz de la salud** r/c afrontamiento individual ineficaz m/p falta demostrada de conocimientos respecto a prácticas sanitarias básicas

RESULTADOS



DXE: Mantenimiento ineficaz de la salud

RESULTADOS

JUSTIFICACIÓN: Aún siendo el diagnóstico médico principal poli-contusión, considero de especial importancia, aún trabajando en Urgencias, (donde se trata principalmente la clínica, dejando la Educación para la salud en un plano secundario) desarrollar mi plan de cuidados trabajando Mantenimiento ineficaz de la salud, ya que ha sido causante del diagnóstico principal. Trabajando con este diagnóstico desaparecerían tanto el dolor y deterioro de la movilidad física provocados por el accidente de tráfico, como procesos familiares disfuncionales y ansiedad, derivados ambos del consumo de cocaína

RESULTADOS

COMPLICACIONES POTENCIALES:

(P.C) **Poli-contusión**

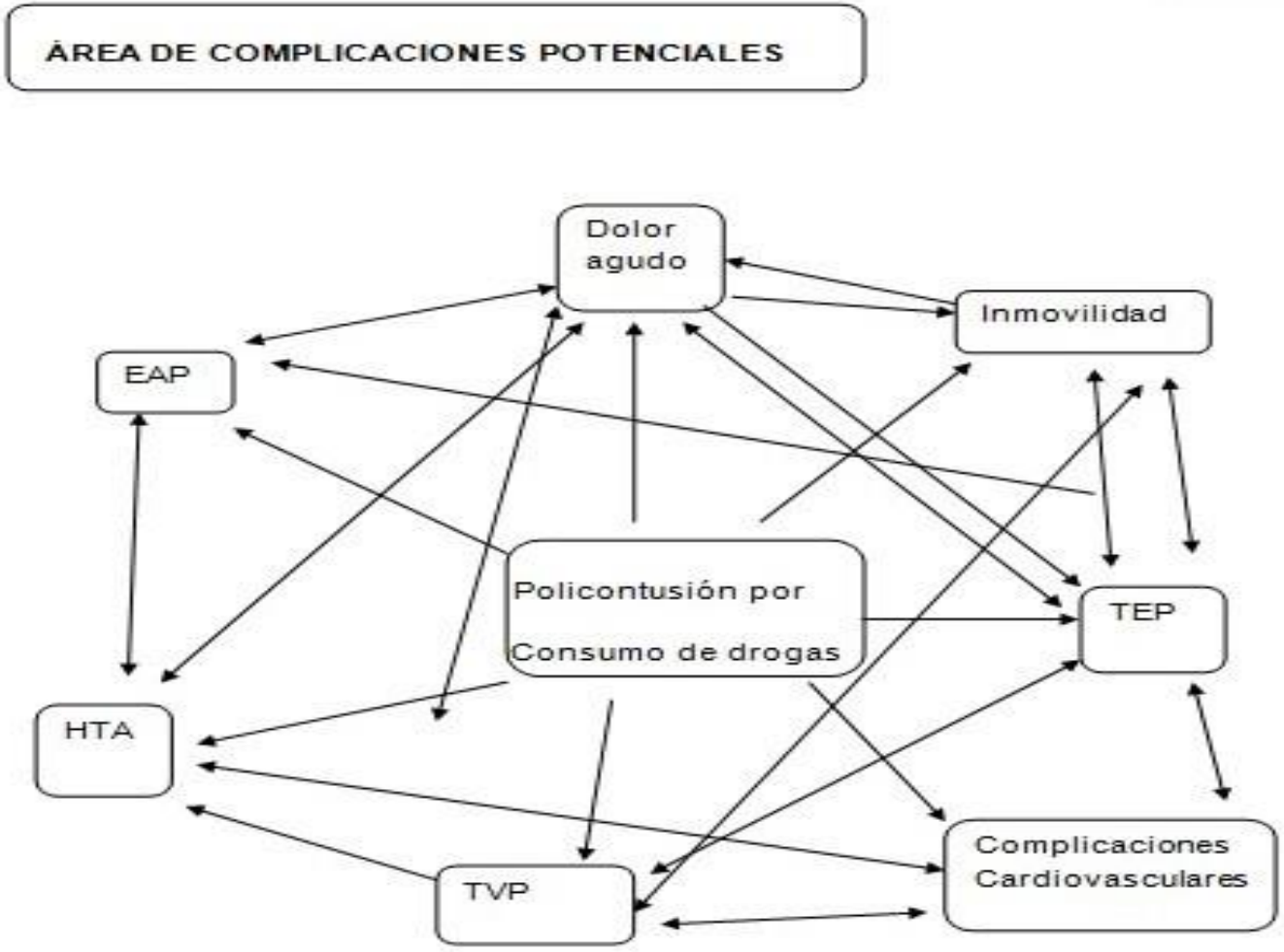
(C.P) - Inmovilidad
- TCE
- Neumotórax
- TVP
- Dolor agudo

(P.C) **Consumo de cocaína**

(C.P) - Cardiovasculares
- HTA
- EAP
- Nauseas y vómitos

Complicación potencial principal Dolor agudo

RESULTADOS



COMPLICACIÓN POTENCIAL PRINCIPAL: DOLOR AGUDO

RESULTADOS

DESARROLLO DE LA PLANIFICACIÓN:

DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)

Resultado:

-Conducta de fomento de la salud (1602)

Intervenciones:

-Prevención del consumo de sustancias nocivas (4500)

-Aumentar los sistemas de apoyo (5440)

-Modificación de la conducta (4360)

PROBLEMA DE COLABORACIÓN : Dolor agudo

Resultado:

-Control del dolor (1605)

Intervenciones:

-Manejo de la medicación (2380)

-Vigilancia (6650)

DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

DISCUSIÓN:

Signos de consumo: Pupilas dilatadas, Irritabilidad, Inquietud corporal, Excitación, Sudoración. Insomnio. Taquicardia, Palpitaciones. Taquipnea. *(Ramos Cejudo,J.2009)*

Problemas: Desarrollo escolar y laboral (abandono de estudios, problemas laborales).

Problemas familiares, violencia, personalidad agresiva. *(MSC,2007)*

Daños indirectos: Afectación aptitud para conducir. *(Adicciones, 2008)*

Motivo del consumo: búsqueda de placer, diversión, hiperactividad, evasión de problemas. *(Elsevier,2010)*

DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

DISCUSIÓN:

Factores de riesgo: *(Plan nacional sobre drogas,2007)*

Amigos que consumen .Antecedentes de consumo de drogas

Conflictos familiares. Fracaso escolar y laboral *(MSC,2007)*

Consumo: Inicio precoz (15 años) *(Jiménez Frutos A.2009)*

En tiempo de ocio: Viernes noche.

Drogas consumidas: alcohol y cocaína *(Medline, 2011)*

Preocupación por abuso y no por el uso. *(MSC,2007)*

Aparente normalidad y aceptación. *(OMS,2003)*

Conocimientos deficientes sobre efectos adversos

Tratamiento

Dolor + sintomatología. Acción curativa. Resultados a corto plazo.

Ausencia de prevención. *(OMS,2008)*

DISCUSIÓN Y LIMITACIONES

LIMITACIONES:

- Ámbito de trabajo. Urgencias: Abordaje puntual, no longitudinal.
- Tiempo escaso
- Visión biológica de sistemas sanitarios, priorizando medicalización.
- Imposibilidad de tratamiento integral e integrado.

CONCLUSIONES

Es importante para enfermería: **aumentar el conocimiento sobre drogas** para tratar adecuadamente a estos pacientes. (Prevención primaria, secundaria y terciaria)
Urgencias: Dificultad para implantar el plan de cuidados.
Ámbito ideal: atención primaria
Un servicio de urgencias podría ser un buen sitio de **captación de drogodependientes**.
Dado que el tratamiento farmacológico no existe, y las intervenciones psicosociales son poco efectivas se considera importante la **educación para la salud en atención especializada** y posterior derivación.

BIBLIOGRAFÍA

- Cadahía C, González E. Guía sobre Drogas. Plan nacional sobre drogas. Ministerio de sanidad y consumo.2007.
- Sánchez Pardo, L. Los jóvenes y la cocaína. Agencia antidroga. Conserjería de sanidad y consumo.2004.
- Zarco Montejo J, Caudevilla Galligo F, Asensio López S, Apolinar Álvarez Mazariegos J, Martinez Osorio S (Especialistas en Medicina familiar y comunitaria) . El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Ministerio de sanidad y consumo. Barcelona. SemFYC. 2007. Pag 11. [Disponible en http//: www.pnsd.msc.es]
- Gaser y Rubinat M. Especial cocaína. Fundación española para la ciencia y la tecnología. Dic 2005. Disponible en URL: [http//:www.fecyt.es]

BIBLIOGRAFÍA

- Ramos Cejudo J. Correlatos Neuropsicológicos y emocionales implicados en el consumo de cocaína: una revisión teórica a los nuevos hallazgos. Intervención psicosocial. Vol 18. Nº3. Madrid. 2009. Disponible en URL: [http//:www.scielo.isciii.es]
- Pereiro Gómez C, Bermejo Barrera A. Daños relacionados con el consumo de cocaína: La punta del iceberg es lo que vemos. Adicciones. Vol 20 Nº1 Pgs 15-18. A Coruña.2008.
- González Menéndez. La droga: esa tragedia mundial. Periódico Trabajadores. Sección salud.Abril.2003. Publicado: Dic 2011.
- Moya García C, Torrens Melich M, Sanchez Máñez A, Sendino Gómez R. Cocaína. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.2007.

TEMA 14. ICTERICIA NEONATAL

LORENA ALONSO SOBRINO
LAURA VALDÉS SOBRECUEVA
MARGARITA TEJÓN MORÁN

ÍNDICE

1. Marco conceptual
2. Marco metodológico:
    2.1. Objetivos
    2.2. Método
3. Resultados:
    3.1. Concepto
    3.2. Clasificación de la ictericia neonatal
    3.3. Evaluación del recién nacido ictérico
    3.4. Diagnóstico
    3.5. Complicaciones
    3.6. Tratamiento
4. Discusión-Conclusiones
5. Referencias bibliográficas
6. Anexos

1. Marco conceptual

La pigmentación amarilla de mucosas y piel conocida como ictericia, es una manifestación muy frecuente en los recién nacidos (RN) tanto a término como pretérmino durante su periodo de hospitalización, ocasionada por los depósitos de bilirrubina y siendo una de las causas que provocan la re-hospitalización de los RN.

Según estudios realizados a lo largo del tiempo, se determina que en torno a un 60% de los neonatos a término y un 80% de los neonatos pretérmino, la padecen.

Estos casos, son generalmente de ictericia fisiológica que se manifiesta a las 48 horas de vida y se resuelven en las dos primeras semanas.

Muchos de estos casos, se deben a la lactancia materna, aunque la etiología es multifactorial.

Cuando este proceso se manifiesta a las 24 horas de vida y se prolonga en el tiempo, nos encontramos ante la forma patológica de la enfermedad

La toxicidad de la bilirrubina en el sistema nervioso central ha sido suficientemente reconocida desde que ***Orth,*** en 1875, observara bilirrubina en cerebros de niños hiperbilirrubinémicos, y más tarde ***Schmor***l describiera el Kernicterus como expresión de la encefalopatía bilirrubínica .

2. Marco metodológico

2.1. ***Objetivos***.

El ***objetivo principal*** de esta revisión teórica sería analizar y actualizar los aspectos más relevantes sobre la ictericia neonatal.

Los ***objetivos específicos*** serían:

-Diferenciar los tipos de ictericia y saber cuál es la más frecuente.
-Comprobar qué factores son los responsables de la aparición de la ictericia neonatal en la población
-Conocer las manifestaciones clínicas así como sus posibles complicaciones y, saber actuar ante ellas.
-Describir los tratamientos más utilizados

2.2. ***Método.***

El siguiente trabajo consiste en una revisión teórica de la información científica disponible sobre los aspectos más relevantes de la ictericia neonatal.

Para ello he utilizado información disponible en las bases de datos Medline, Pubmed y Google Académico, consultando tanto artículos recientes como clásicos en español. Así como revisión en libros, revistas especializadas y material formativo.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron: ictericia, bilirrubina, hiperbilirrubinemia, neonatología, kernicterus.

3. Resultados.

3.1. Concepto.

Ictericia es un concepto clínico que se aplica a la coloración amarillenta de piel y mucosas ocasionada por el depósito de bilirrubina.

Ictericia neonatal: Hiperbilirrubinemia no conjugada, transitoria, que ocurre entre el segundo a quinto día de vida debido a la deficiencia de la enzima glucuroniltransferasa que se requiere para la desintoxicación adecuada de bilirrubina.

La ***bilirrubina*** es un pigmento biliar el cual es producto de degradación del hemo.

La ***hiperbilirrubinemia*** es un concepto bioquímico que indica una cifra de bilirrubina plasmática superior a la normalidad. Clínicamente se observa en el recién nacido (RN) cuando la bilirrubinemia sobrepasa la cifra de 5 mg/dl.

La *ictericia* se observa en primer lugar en la cara y luego progresa de forma caudal hacia el tronco y extremidades. La progresión cefalocaudal puede ser útil para la valoración del grado de ictericia.

3.2. Clasificación de la ictericia neonatal

- ***Ictericia fisiológica***: es una situación muy frecuente (60%de recién nacidos) en el neonato a término, y se caracteriza por ser monosintomática, fugaz (2º a 7ºdía), leve y de predominio indirecto. La incidencia es más alta en asiáticos que en blancos.

Se caracteriza por presentarse después de las 24 horas de vida del RN, se presenta por la inmadurez del sistema enzimático del hígado, menor vida media del glóbulo rojo, la poliglobulia, la extravasación sanguínea frecuente y la ictericia por lactancia.

Las causas más comúnmente implicadas son:

1. Aumento de la oferta de bilirrubina:

1.1. Mayor producción: el RN produce el doble de bilirrubina que un adulto, debido a una mayor masa globular y por su disminución fisiológica en la primera semana. .

1.2. Circulación enterohepática: el RN reabsorbe parte de la bilirrubina.

2. Disminución en la eliminación de la bilirrubina:

2.1. Captación y transporte Intracelular: es menor en el RN.

2.2. Conjugación: la enzima glucuroniltransferasa presenta disminución en su actividad (pero no de su concentración) durante los tres días de vida.

2.3. Excreción: hay “incapacidad relativa” de eliminación.

2.4. Circulación hepática.

Cabe destacar aquí la ***ictericia por amamantamiento***, que se produce durante la primera semana de vida en un sexto de los recién nacidos amamantados. La lactancia aumenta la circulación enterohepática de bilirrubina en algunos recién nacidos que tienen menor ingesta de leche y que también presentan deshidratación o baja ingesta calórica. Asimismo, el aumento de la circulación enterohepática puede deberse a la menor cantidad de bacterias intestinales que convierten la bilirrubina en metabolitos irreabsorbibles

La ***ictericia por leche materna*** es diferente de la ictericia por amamantamiento. Aparece después de los primeros 5-7 días de vida y alcanza un máximo alrededor de las 2 semanas. Se considera que es causada por una mayor concentración de β-glucuronidasa en leche materna, lo que provoca un aumento de la desconjugación y reabsorción de bilirrubina

-Ictericia no fisiológica o patológica: será patológica (6% de recién nacidos) cuando se inicie en las primeras 24 horas, se acompañe de otros síntomas, la bilirrubina aumente más de 5 mg/dl diarios, sobrepase los límites definidos para ictericia fisiológica, la fracción directa sea superior a 2mg/dl o dure más de una semana en el RN a término (excepto si recibe lactancia materna, en cuyo caso puede durar tres semanas o más) o más de dos semanas en el pretérmino. Las causas más frecuentes son:

1. Aumento patológico de la oferta de bilirrubina:

1.1. Enfermedad hemolítica: la mayoría causada por incompatibilidad sanguínea materno-fetal (ABO o Rh).

1.2. En infecciones severas (sepsis) existen hemólisis además de otros factores, como causa de ictericia.

1.3. Hematomas y hemorragias: cefalohematomas..

1.4. Incremento en la reabsorción intestinal.

1.5. Policitemia.

2. Disminución patológica de la eliminación:

2.1. Defectos enzimáticos congénitos: déficit enzima glucosa-6-fosfatodeshidrogenasa: Síndrome de Crigler-Najjar.

2.2. Ictericia acolúrica familiar transitoria: (Síndrome de Lucey-Driscoll).

2.3. Ictericia por incompatibilidad de factor Rh: Es la causa más frecuente de ictericia neonatal no fisiológica y en el 97% de los casos se debe a isosensibilización para el antígeno Rh D.

3.3. Evaluación del recién nacido ictérico

Anamnesis:

Los *antecedentes de la enfermedad actual* deben registrar la edad de comienzo y la duración de la ictericia.

Los síntomas asociados importantes son letargo y mala actitud alimentaria (sugestivos de posible kernícterus), que pueden progresar a estupor, hipotonía o convulsiones y, finalmente, a hipertonía.

Los patrones de alimentación pueden sugerir un posible fracaso del amamantamiento o hipoalimentación.

Por lo tanto, la anamnesis debe indagar de qué se alimenta el recién nacido, cuánto come y con qué frecuencia, diuresis y deposiciones (posible fracaso del amamantamiento o hipoalimentación), cómo se prende al pecho o a la tetina del biberón, si la madre siente que le ha bajado la leche y si el recién nacido deglute durante las tomas y parece saciado después de alimentarse.

La *revisión por aparatos y sistemas* debe buscar síntomas de causas, como dificultad respiratoria, fiebre e irritabilidad o letargo (sepsis); hipotonía y mala actitud alimentaria (hipotiroidismo, trastorno metabólico) y episodios reiterados de vómitos (obstrucción intestinal).

Los *antecedentes personales* deben indagar infecciones maternas (toxoplasmosis, otros patógenos, rubéola, citomegalovirus y herpes simple [TORCH]), trastornos que pueden causar hiperbilirrubinemia temprana (diabetes materna), grupo sanguíneo y factor Rh maternos (incompatibilidad materno-fetal de grupo sanguíneo) y antecedentes de un parto prolongado o difícil (hematoma o traumatismo por fórceps).

Los *antecedentes familiares* deben registrar trastornos hereditarios diagnosticados que pueden causar ictericia, como deficiencia de G6PD, talasemias y esferocitosis, así como cualquier antecedente de hermanos que hayan presentado ictericia.

Los *antecedentes de medicación* deben indagar específicamente fármacos que pueden promover ictericia (p. ej., ceftriaxona, sulfamidas, antipalúdicos).

Examen físico:

Se evalúa el aspecto clínico general y los signos vitales.

Se inspecciona la piel para determinar la extensión de la ictericia. La presión suave sobre la piel puede ayudar a revelar la presencia de este cuadro. Asimismo, se registran equimosis o petequias (sugestivas de anemia hemolítica).

El examen físico debe enfocarse en la búsqueda de signos de trastornos causales.

Se inspecciona el aspecto general para investigar plétora (transfusión maternofetal), macrosomía (diabetes materna), letargo o irritabilidad extrema (sepsis o infección) y cualquier característica dismórfica, como macroglosia (hipotiroidismo) y puente nasal plano o epicanto bilateral (síndrome de Down).

En la exploración de la cabeza y el cuello, se investiga cualquier hematoma y tumefacción del cuero cabelludo compatible con un cefalohematoma

Se examinan los pulmones para detectar crepitantes (estertores), roncus y disminución del murmullo vesicular (neumonía).

Se explora el abdomen para detectar distensión, masa (hepatoesplenomegalia) o dolor (obstrucción intestinal).

La exploración neurológica debe centrarse en signos de hipotonía o debilidad (trastorno metabólico, hipotiroidismo, sepsis).

3.4. Diagnóstico

Se determinarán posibles *factores de riesgo*:

-Antecedente de ictericia o anemia crónica familiar.

-Uso de drogas durante el embarazo (ceftriazona, diazepan, cefalotina).

-Antecedente de hermano previo con ictericia.

-Antecedentes obstétricos y perinatales.

-Edad gestacional < 38 semanas.

Se realizará un *examen clínico*:

La coloración ictérica de la piel generalmente es de distribución céfalo caudal.

Se dice que el RN promedio normal llega a tener de 5 a 6 mg/dl de bilirrubina no conjugada, si sobrepasa estos niveles deja de ser fisiológica, y pasa a ser patológica cuando alcanza valores >17 mg/dl .

Para la valoración debe realizarse con el RN desnudo y con luz del día idealmente o habitación bien iluminada.

En los recién nacidos la ictericia de la piel puede detectarse presionando la piel con el dedo, valorando mediante la escala de Kramer.

En cuanto a las *pruebas de laboratorio*, los exámenes básicos a realizar serán:

En el recién nacido:

-Tipificación.

-Bilirrubina total (directa e indirecta).

-Test de Coombs directo.

-Hemoglobina, hematocrito y recuento de reticulocitos.

En la madre:

-Tipificación.

-Test de Coombs indirecto.

3.5. Complicaciones

La neurotoxicidad de la bilirrubina se presenta de dos formas: una temprana y aguda que es reversible cuando el pigmento es removido y otra lenta y tardía que es irreversible.

En el caso de la afectación aguda, los síntomas más frecuentes que aparecen son la apatía, somnolencia o insomnio que revierten cuando desciende la bilirrubina.

-Kernicterus: Es la coloración amarilla de los ganglios basales cuando se impregnan de bilirrubina.

Es la complicación más grave y menos frecuente. Su aparición aumentó a causa del alta hospitalaria temprana y sin control pediátrico después en el domicilio ya que muchos casos de ictericia se pasaron por alto y no se trataron.

La forma de manifestarse se distingue en tres etapas aunque también puede ser asintomático en prematuros.

Estas etapas son:

1. En esta primera etapa aparecen vómitos, letargia, hipotonía, succión débil, rechazo del alimento.

2. En la segunda etapa aparece irritabilidad, hipertonía y opistótonos.

3. La tercera etapa está caracterizada por hipertonía, movimientos extrapiramidales y retardo psicomotor.

Las secuelas que pueden quedar son sordera, trastornos motores y problemas de conducta.

Los factores de riesgo que aumentan la predisposición a padecer Kernicterus son: bajo peso al nacer, asfixia perinatal, hipoglucemia, infecciones, acidosis metabólica, hemólisis, hipoalbuminemia, distrés respiratorio.

No está determinado con valores exactos la cantidad necesaria de bilirrubina que es tóxica para el SNC. Las últimas previsiones lo entornan alrededor del 25 mg % o un poco más. Estos valores pueden ser inferiores según el RN sea prematuro o esté enfermo.

3.6. Tratamiento

Los tratamientos utilizados por excelencia son la fototerapia y la exanguinotransfusión, entre otros. El uso de tratamiento farmacológico es utilizado como complemento para la fototerapia o como profilaxis

- *Fototerapia:*

  Está indicada de forma absoluta en :

  -Isoinmunización Rh.

  -Incompatibilidad ABO.

  -RN de bajo peso enfermos, con cifras moderadas manteniendo cifras aceptables para evitar la exanguinotransfusión.

  -Como medida preventiva en RN con menos de 1 kg de peso.

  -En RN sanos cuando la cifra es superior a 20 mg/dl y mayor de 15 mg/dl en prematuros.

La fototerapia es utilizada como tratamiento de la ictericia neonatal a partir de los años 50 cuando se comprobó que la exposición del RN a la luz del sol o a una lámpara fluorescente disminuía la concentración de bilirrubina en el RN.

El uso de la fototerapia ha reducido el uso de la exanguinotransfusión como tratamiento para la ictericia ya que no presenta efectos adversos demostrados.

El mecanismo de acción de la fototerapia consiste en la absorción de la luz por parte de las moléculas de bilirrubina a través de la piel. Lo que permite una fotoconversión de la molécula de bilirrubina en una estructura más simple para ser eliminada a través de la orina y las heces.

Una de sus ventajas es el bajo coste y que evita el uso de terapias invasivas en el RN.

La eficacia de la fototerapia se ve influenciada por la edad gestacional, el peso del RN al nacer, la etiología de la ictericia y la intensidad de luz que recibe .

Su eficacia aumenta tanto con el incremento de bilirrubina como por la intensidad de luz.

En las primeras 24 horas de tratamiento se reduce hasta un 50% la concentración de bilirrubina.

Para la aplicación del tratamiento, el RN debe de estar desnudo para permitir la exposición de toda la piel a la luz.

No se debe interrumpir la lactancia materna. Deben darse las tomas cada 2 horas para compensar las pérdidas de agua por la fototerapia.

Se deben cubrir los ojos por los daños que puede causar la exposición continua a la luz.

Es importante controlar la temperatura cada 6 horas para evitar el sobrecalentamiento de los niños.

El tratamiento puede causar algún efecto colateral pero leve, como puede ser la deshidratación, quemaduras de piel y córnea por la exposición prolongada de los ojos a la luz, incluso, posible daño en retina.

Se les considera leves porque pueden ser evitados fácilmente mediante la protección ocular, garantizar la alimentación del RN cada dos horas, etc.

Otro efecto secundario es el síndrome conocido como Síndrome del Niño Bronceado que aparece en niños con hiperbilirrubinemia directa.

La luz más efectiva y recomendada para el tratamiento con fototerapia es la luz azul que es la causante de la alteración del color de la piel del RN. La mayoría de los aparatos de fototerapia utilizan la luz blanca. Por tanto, hay que poner al RN lo más cerca posible de la luz pero sin poner en peligro la temperatura del niño. La distancia adecuada son unos 15 o 20 cm. Los aparatos de fototerapia deben garantizar que evitan el sobrecalentamiento del niño. El niño debe de ser girado cada 4 o 6 horas.

- *Exanguinotransfusión:*

La exanguinotransfusión es uno de los tipos de tratamientos utilizados para la resolución de la ictericia neonatal que ha sido reemplazado en la mayoría de sus casos por el uso adecuado de la fototerapia.

Este tratamiento se basa en la remoción mecánica de la sangre del RN y su reemplazo por la sangre de un donante compatible.

Está indicada la aplicación de la exanguinotransfusión en RN con isoinmunización Rh con aumento de más de 0.5 mg/dl/hora y en RN con isoinmunización ABO con aumento de más de 1 mg/dl/hora

Conlleva los siguientes riesgos en el RN:

- Hemodinámicos: hipovolemia, sobrecarga de volumen.

- Cardiovasculares: trombosis, arritmias, paro cardiaco, embolia.

- Hematológicos: anemia, trombocitopenia, reacción hemolítica transfusional.

- Infecciosos: sepsis, infecciones relacionadas con la transfusión, SIDA, hepatitis.

- Inmunológicos: enfermedad de injerto contra huésped (muy poco frecuente su aparición).

- Metabólicos: relacionado con citrato hiperpotasemia

Las complicaciones que pueden aparecer debidas a una exanguinotransfusión son diversas y se relacionan con el uso de sangre contaminada. La mortalidad consecuente de esto es de un 0.3 %. Para minimizar los riesgos de aparición de estas complicaciones se debe de tener en cuenta las siguientes medidas preventivas:

- Utilizar sangre fresca de menos de 3 días.

- Realizar antes de la exanguinotransfusión pruebas cruzadas de la madre con el RN o donante con el RN.

- Certificado del banco de sangre de que la muestra es negativa en cuanto a VIH, hepatitis B y C.

- Volumen el doble de la volemia del RN (160cc/kg).

- *Farmacoterapia:*

-Fenobarbital: actúa como inductor enzimático, favoreciendo a nivel del hepatocito la excreción de la bilirrubina. Puede ocasionar en RN pretérmino síndrome de Crigler- Najja. Como profilaxis y terapéutica. La dosis es de 10 mg/kg/día. Durante su administración vigilar la depresión neurológica y el riesgo de aspiración alimentaria.

- Quelantes: impidiendo la nueva absorción de bilirrubina al interferir el círculo enterohepático. El más recomendado es el agar al 1%, por vía oral.

-Seroalbúmina: fija la bilirrubina indirecta libre, indicada antes de la exanguinotransfusión o si existe hipoalbuminemia.

-Estaño-protoporfirina y otras metaloporfirinas: tienen potente acción inhibitoria, disminuyendo la síntesis de la bilirrubina. Útiles en ictericias hemolíticas por isoinmunización ABO y en la enfermedad de Crigler-Najjar.

-Gammaglobulina endovenosa: bloquea la hemólisis en el sistema reticuloendotelial. Útil en las ictericias hemolíticas por isoinmunización Rh y AB0

4.Discusión-Conclusiones

Con el paso del tiempo, el conocimiento sobre el tema de la ictericia neonatal ha ido en aumento y precisión, permitiendo la mejora en todo lo relacionado con ello.

La ictericia ocurre en la mayoría de los recién nacidos y es, generalmente, benigna. Un número elevado de casos corresponden al aumento de la lactancia materna por el conocimiento del gran número de ventajas que aporta ésta tanto al RN como a la madre.

Con respecto a los tratamientos, la fototerapia se ha impuesto sobre el uso de cualquier otro, aunque la exanguinotransfusión sigue vigente y los casos de ictericia por incompatibilidad Rh han descendido gracias a la utilización de la inmunoglobulina anti-D.

La toxicidad potencial de la bilirrubina, responsable de la ictericia, obliga a identificar a los neonatos con riesgo de padecerla.

Los riesgos de la hiperbilirrubinemia severa son la encefalopatía y kernicterus agudo. Para disminuir la incidencia de estos cuadros se debe insistir en un adecuado control previo al alta, adoptando una conducta preventiva, aunque evitando tratamientos innecesarios.

Uno de los aspectos importantes a tener en cuenta es la prevención. Con la mejora en el conocimiento de todo lo que tiene que ver con la bilirrubina, su prevención aporta un mayor número de ventajas.

5.Referencias bibliográficas

- Tardío JO. Ictericia por hiperbilirrubinemia indirecta.. editor: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. [consultado 20/05/2018]. Disponible en: http://www.aeped.es/protocolos/neonatologia/ictericiahbrn-indirecta.pdf.
- Ip S, Glicken S, Kulig J, Obrien R, Sege R, Lau J. Management of Neonatal Hyperbilirubinemia. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality; 2003. AHRQ Publication 03-E011

- Rodríguez Miguélez J.M., Figueras Aloy J. Ictericia Neonatal, Protocolos Diagnósticos y Terapeúticos de la AEP:Neonatología. [consultado 21/05/2018]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf
- González AC, Uría RMA, Morán RA, López IB. Comparación De Dos Métodos Diagnósticos De Ictericia Neonatal. Rev Cubana Pediatr. 2012;84(1):67–72. 11

- Hiperbilirrubinemia neonatal-Pediatría-Manual MSD [consultado 24/05/2018]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/.../hiperbilirrubinemia-neonatal
- Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Integral de Niñez y Asfixia pernatal [Internet]. Manual De Neonatal. 2011. 293300 p. Available from: http://www.mspbs.gov.py/wpcontent/uploads/2014/01/MANUAL-NEONATAL-diciembre-2011.pdf

- Vásquez de Kartzow R, Martínez Orozco MX, AcostaArgoti F, Velasco López D. Ictericia Neonatal. Guías de Práctica Clínica Basada en la Evidencia. Postgraduate Medicine 1999, 38 (5): 233-250.
- Ceriani Cernadas JM. Neonatología Práctica. 2da Ed. Buenos Aires: Editorial Ergon, 1999: 288-303.

Melton K, Akinbi H. Neonatal jaundice. Strategies to reduce bilirrubin-induced complications. Postgraduate Medicine 2000, 106(6): 167-178

- Blackmon LR, Fanaroff AA, Raju TN. Research on prevention of bilirubin-induced brain injury and Kernicterus. Pediatrics 2004 Jul;114(1):229-33.
- Falcón FA, Hawkins F Robledo MJ, et al. Hyperbilirubinemia neonatal. Pediátrika 1994;14:325-37 9. Kivlahan C, James E. Ther natural history of neonatal jaundice. Pediatrics 1984;74:364 21
- Caglayan S, et al Superiority of oral agar and phototherapy combination in the treatment of neonatal hyperbilirubinemia. Pediatrics 1993; 92:86-9

- Sinatra F, Merritt RJ. Cholestatic liver disease associated with total parenteral nutrition. J California Perinatol Association 1981;2:98-9
- Gartner L, Arias I. Studies of prolonged neonatal jaundice in the breastfe infant. J Pediatr 1966;68:54

TEMA 15.CONOCIMIENTOS SOBRE LA TRISOMÍA 18 EN RECIÉN NACIDOS.

Mª JESÚS AVILÉS CONESA
Mª ASCENSIÓN AVILÉS CONESA

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Edwards (SE) o Trisomía 18 es una enfermedad genética de cura desconocida por ahora, en madres>35 años y que no obedece a género ni zona geográfica.

Su diagnóstico y tratamiento debe de ser precoz e inmediato para el recién nacido en unidades de neonatología para en un futuro posibilitar un aumento en su calidad de vida y sus posibilidades de supervivencia.

Clínicamente, se caracteriza por retardo del crecimiento intrauterino, del desarrollo psicomotor y mental, hallazgos craneofaciales característicos, cardiopatía congénita, pelvis hipoplásica, manos empuñadas y pies en mecedora, entre otros.

Los pacientes con Trisomía 18 o Síndrome de Patau tienen una supervivencia muy escasa, mueren en la primera semana de vida o en el primer mes, aunque la gran mayoría consiguen llegar al año de vida. Muy pocos sobreviven más de 3 años y solo algunos casos aislados llegan a la adolescencia y edad adulta.

OBJETIVOS

Los principales objetivos de este estudio han sido:

- Identificar la sintomatología específica del síndrome de Patau en recién nacidos.
- Aportar información a profesionales sanitarios sobre la etiología, el fenotipo, la sobrevida y el consejo genético.
- Instaurar de actuación precoz ante situaciones con recién nacidos con esta patología.
- Contar con el apoyo de otros especialistas médicos (psicólogos, psiquiatras, cirujanos…) consiguiendo concluir con una gestión temprana a estas situaciones, para beneficiar la conciliación familiar.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en bases de datos como Pubmed, Medlineplus, Cinhal y Cochrane. Se buscó en libros de protocolos de servicios neonatales y a guías médicas de asociaciones neonatales y pediátricas. También se encontraron artículos de revistas científicas y en bibliotecas científicas online como Scielo.

Se buscaron en un período temporal (2013-2018).

Entre las 44 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 8 para un análisis inteligente.

Descriptores: TRISOMÍA 18, SÍNDROME DE EDWARDS, RECIEN NACIDO, NEONATO.

RESULTADOS

Una vez superada la viabilidad del recién nacido con trisomía 18 y gestionada la situación crítica inicial, los supervivientes a medio-largo plazo presentarán dificultades psicomotoras, un importante retraso, problemas alimentarios y posiblemente una escoliosis significativa.

La principal lucha para la supervivencia de estos futuros niños será prevenir y/o controlar las infecciones, las apneas del sueño y vigilar atentamente las cardiopatías congénitas.

CONCLUSIÓN

En un futuro, las nuevas tecnologías y el avance virtual-digital de la prueba diagnóstica favorecerán la detección prenatal precoz del SE y por qué no, posiblemente se podrá corregir intrauterinamente algunas disformidades hasta ahora impensables de tratar a tan temprana edad.

También destacar que la continua formación específica de profesionales sanitarios permitirá una alta cualificación para gestionar este tipo de situaciones, garantizando así la seguridad del recién en estas situaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bustillos-Villalta K., Quiñones-Campos M. Síndrome de Edwards de larga supervivencia: Efecto del tratamiento rehabilitador integral. Rev Med Hered. 2014Abr;25(2):1-4.
2. Cammarata-Scalisi F., Lacruz-Rengel M.A., Araque D., Da Silva G., Avendaño A., Callea M. et al . Trisomía 18 en mosaico: Serie de casos. Arch. Argent. Pediatr. 2017 Jun ; 115(3): e183-e186.
3. Saldarriaga W., Rengifo-Miranda H., Ramírez-Cheyne J. Síndrome de trisomía 18: Reporte de un caso clínico. Rev. Chil. Pediatr. 2016 Abr; 87(2): 129-136.
4. Betancourt CL, Espinosa LD, Carrasco FDL, Lozano LL, Avello BI, Martínez MM. Presentación de un caso clínico de Trisomía 13 (Síndrome de Patau) con sobrevivencia excepcional de más de un año, en Ciego de Ávila. Mediciego 2014; 20 (S2)

TEMA 16. MATENIMIENTO SALUDABLE DE LA ESFERA LUMBO-PÉLVICA-ABDOMINAL EN FISIOTERAPIA.

ESTEBAN ROMERO BERNAL

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN……3
- OBJETIVOS……6
- METODOLOGÍA……7
- RESULTADOS……8
- CONCLUSIÓN ……9
- BIBLIOGRAFÍA……10

INTRODUCCIÓN

La fisioterapia pélvica se centra en la prevención y el tratamiento de todos los tipos de trastornos funcionales de las regiones abdominal, pélvica y lumbar. Su carácter no invasivo y sus resultados hace que sea considerado como el tratamiento de primera elección ante determinadas situaciones de salud no favorables para el individuo como son los prolapsos, la incontinencia urinaria y/o intestinal, las disfunciones sexuales y el dolor pélvico.

Las principales funciones de esta esfera son:

- Funciones de continencia: el suelo pélvico controla los esfínteres para una correcta micción y defecación.
- Función sexual: unos músculos perineales tonificados mejoran la calidad de las relaciones sexuales.

- Función reproductiva: el periné es el último obstáculo que debe salvar la cabeza del bebé, ayuda a que su cabeza rote y produce una contracción refleja en el útero (reflejo expulsivo) que provoca a la embarazada un deseo de empujar.
- Función de sostén: el perineo sostiene la vejiga, el útero, la vagina y el recto.

Anatómicamente tendremos que tener en cuenta todas aquellas estructuras duras y blandas que conforman la pelvis y la excavación pélvica, en su continente y contenido, ya sea huesos y articulaciones, órganos genito-urinarios, vísceras, músculos, ligamentos y fascias, así como funcionalmente su relación directa con abdomen, diafragma y columna lumbo-sacra.

Por ello se hace indispensable llevar a cabo una evaluación e historia clínica del suelo pélvico del paciente, donde se incluya una correcta anamnesis de la situación, un conocimiento apropiado de la anatomía pelvi-perineal y de la estática pélvica y unas técnicas y recomendaciones apropiadas a cada situación. Para dicha evaluación será imprescindible realizar una exploración visual (estado de piel, coloración, cicatrices, apertura vaginal, medición distancia ano-vulvar, presencia de prolapsos), una exploración palpatoria para valorar tonicidad, un Testing de los elevadores del ano y un test de incontinencia (maniobra de Bonney).

OBJETIVOS

Los principales objetivos de esta búsqueda sistemática bibliográfica han sido:

- Profundizar en los conocimientos de la morfofisiología y fisiopatología pelviperineal, en las disfunciones del suelo pélvico más frecuentes, y su etiología, para que un profesional genere los conocimientos y competencias adecuados para establecer un diagnostico fisioterapéutico desde una visión global del paciente, pautando así la prevención y el tratamiento fisioterápico.

METODOLOGÍA

Esta búsqueda sistemática bibliográfica ha encontrado artículos en diferentes bases de datos, de los cuales nos hemos interesado por 5 artículos.

Hemos utilizado fuentes bibliográficas como Pubmed, Medlineplus, Scielo, Cochrane, Uptodate, asociaciones como AEFI y guías clínicas de la IFGM y Elsevier.

Además, hemos leído algunos artículos en revistas específicas relacionadas con profesionales de fisioterapia y rehabilitación.

Nuestro periodo de estudio se ha centrado en los últimos cinco años.

Descriptores: “DISFUNCIONES”, “FISIOTERAPIA”, “ESFERA LUMBO-PÉLVICA-ABDOMINAL”, “TRATAMIENTO”, “PREVENCIÓN”.

RESULTADOS

Todas las funciones de la esfera lumbo-pélvica-abdominal dependen de un equilibrio complejo y frágil que se debe conservar. La aparición de trastornos de la estática pélvica se puede explicar por la exposición sucesiva, durante la vida, a factores congénitos (tisulares y anatómicos) a factores adquiridos (sobre todo el traumatismo obstétrico) y a factores relacionados con el modo de vida y el envejecimiento del organismo.

CONCLUSIÓN

Todas las funciones de la esfera lumbo-pélvica-abdominal dependen de un equilibrio complejo y frágil que se debe conservar.

La aparición de trastornos de la estática pélvica se puede explicar por la exposición sucesiva, durante la vida, a factores congénitos (tisulares y anatómicos) a factores adquiridos (sobre todo el traumatismo obstétrico) y a factores relacionados con el modo de vida y el envejecimiento del organismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. R. Ruiz de Viñaspre Hernández. Efficacy of hypopressive abdominal gymnastics in rehabilitating the pelvic floor of women: A systematic review. Actas Urológicas Españolas (English Edition), Volume 42, Issue 9, November 2018, Pages 557-566
2. Martínez Torres Jd, García Delgado JÁ, Rodríguez Adams EM. Rehabilitación de las disfunciones del suelo pélvico: 10 años de experiencia. Investigaciones Medico quirúrgicas [revista en Internet]. 2017 [citado 2019 Feb 9];9(2): [aprox. 0 p.]. Disponible en: http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/388
3. *Espitia De La Hoz F.J., de Andrade Marques A., Orozco Gallego H. Utilidad del biofeedback perineal en las disfunciones del piso pélvico. Revista Investigaciones Andinas Vol. 17, Núm. 31, 2015.*

TEMA 17. CUIDADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON SINDROME DE LISIS TUMORAL.

Mª ASCENSIÓN AVILÉS CONESA

Mª JESÚS AVILÉS CONESA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN……3
- OBJETIVOS…….....4
- METODOLOGÍA……5
- RESULTADOS……..6
- CONCLUSIÓN ……7
- BIBLIOGRAFÍA……..8

INTRODUCCIÓN

El síndrome de lisis tumoral (SLT) es el resultado de la muerte celular de neoplasias con una rápida capacidad de proliferación y alta sensibilidad a fármacos. Suele ser una emergencia metabólica de abordaje multidisciplinar, producida por una serie de disturbios electrolíticos como hiperuricemia, hiperpotasemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia, que puede degenerar en acidosis láctica, fracaso renal y muerte súbita. Presenta una serie de síntomas inespecíficos desde vómitos, náuseas, astenia, mialgias… hasta hematuria, debilidad muscular, tetania, convulsiones, fallo cardíaco y arritmias.

Este síndrome aparece tanto en tumores sólidos (carcinomas, mielomas…) como en tumores hematológicos (leucemias, linfomas…).

OBJETIVOS

Los principales objetivos de este estudio han sido:

- Conocer el abordaje multidisciplinar y de urgencia de este síndrome.
- Enfatizar sus síntomas, diagnóstico, tratamiento y pronóstico como emergencia oncológica.
- Participar en protocolos específicos de acción frente a estas situaciones patológicas en unidades oncológicas.

METODOLOGÍA

Se realizó un búsqueda bibliográfica exhaustiva, utilizando artículos encontrados en bases de datos Pubmed, Medline, Embase y Scielo y guías clínicas como Fisterra, GuiaSalud.

También se prestaron atención a determinadas revistas y libros de oncología.

Se ha prestado especial interés a 48 artículos, de los cuales se seleccionaron 7 para realizar este estudio.

El periodo de búsqueda se llevó a cabo entre los años 2013 y 2018.

Descriptores: CUIDADOS, PACIENTE, ONCOLOGÍA, SÍNDROME, LISIS TUMORAL.

RESULTADOS

El Síndrome de lisis tumoral se diagnostica mediante:

- Determinaciones séricas de electrolitos (sodio, potasio, calcio, fósforo, magnesio, urea, creatinina, ácido úrico, deshidrogenas láctica.
- Biometría hemática.
- Examen general de orina.
- Electrocardiograma.
- Estado de gases arteriales.

Se recomienda un monitoreo continuo del paciente durante esta situación de la enfermedad. Sus cuidados específicos dependerán de la sintomatología, situación de salud del paciente y las recomendaciones de deba de seguir según su médico.

CONCLUSIÓN

Una correcta hidratación y el adecuado uso de fármacos hipouricemiantes (alopurinol, rasburicasa…) previenen el Síndrome de lisis tumoral.

Su abordaje debe ser multidisciplinario, en unidades específicas como cuidados intensivos donde se realiza una supervisión continua y una terapia intensiva del paciente hasta su salida de la fase de emergencia oncológica. Además se requerirá de otro tipo de profesionales sanitarios como son enfermeras, auxiliares, celadores… que favorezcan su calidad de vida durante su estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jurado N. Síndrome de lisis tumoral en adultos: revisión de la literatura. 2016. Revista Colombiana de Oncología y Hematología, Volumen 2, Nº. 2.
2. Caravaca-Fontán F., Martínez-Sáez O., Pampa-Saico S., Olmedo M.E., Gomis A., Garrido P. Síndrome de lisis tumoral en neoplasias sólidas: características clínicas y pronóstico. February 2017. Medicina Clínica, Volume 148, Issue 3, Pages 121-124
3. Caycedo Duque A., Quintero Díaz L.M. Manejo del síndrome de lisis tumoral en urgencias. Abril – junio de 2016 Urgentia, R. Int. Med. Emergencias, Volumen 2 N.º 2.

TEMA 18. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PSICOSIS PUERPERAL.

ANTONIO JAVIER GUILLAMÓN MARÍN

MARIA JOSÉ GUILLAMÓN MARÍN

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. MÉTODO
4. RESULTADOS
   4.1. Modelo AREA.
5. CONCLUSIÓN
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

E.M. es una paciente de 34 años que vive en pareja, y que presenta antecedentes de episodios de psicosis cicloide de repetición con tratamiento de haloperidol, con el cual se obtiene muy buen resultado.

La paciente manifiesta 9 meses previos al ingreso hospitalario en nuestra unidad que desea tener un hijo. Ante este deseo, se realiza un seguimiento de cerca por salud mental y ginecología. El embarazo transcurre adecuadamente, así como el parto. No obstante, en el periodo de puerperio, la paciente es traída por el 112 a la puerta de urgencias por posible brote psicótico.

En este sentido, al 5º día del parto, la mujer comenzó a decir incoherencias, a hacer cosas que no tenían ningún sentido y que no estaban orientadas a un fin concreto, que confundía a los miembros de la familia frente a los cuales se mostraba desconfiada. Así mismo, comentaba no saber dónde se encontraba.

Siguiendo esta línea, al 7ºdía, comenzó con insomnio global y a expresar que no sabía si había matado a alguien y a verbalizar que tenía miedo de que su marido o su suegra le robaran al bebé.

La sintomatología ha ido empeorando hasta que al 10º día han decidido avisar al 112.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

Se realiza una exploración psicopatológica de la paciente cuando llega a urgencias, observándose que se muestra desorientada en situación con importante angustia psicótica, inquietud, perplejidad, desconfianza hacia el entorno, temor con negativismo y falta de colaboración

- E.M.: “no me toquéis, no me habléis”, “¿quiénes sois?” “¿qué queréis?”…

Se objetiva un discurso poco fluido con alteraciones formales del pensamiento (entre las que se encuentra la tangencialidad); discurso influido por las alucinaciones auditivas, así como por los pensamientos delirantes de culpa, perjuicio y ruina.

Por otro lado, presenta sentimientos de que lo vivido es irreal, incluso llegando a dudar sobre la existencia de su hijo

- Paciente: “creo que he tenido un bebe pero no sé si es real o no…”.

2. OBJETIVO

El objetivo de este estudio es establecer un plan de cuidados de Enfermería en base a la literatura científica existente hasta el momento actual en relación a los cuidados imprescindibles que requiere la paciente que se expone en la introducción.

Para ello, utilizaré la metodología enfermera expuesta en la literatura disponible en NANDA, NOC y NIC.

3. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema que nos atañe en tres bases de datos significativas (PubMed, CINAHL y SciELO), limitando la búsqueda a artículos publicados en español e inglés y aquellos con fecha de publicación posterior al año 2008. Se utilizaron como cadena de búsqueda:
"puerperal psychosis" AND "nursing care".
"*postpartum psychosis" AND "nursing care"*.

Además, se realizó una búsqueda en sumarios de evidencias (summaries) tales como Preevid o UpToDate.

Finalmente, obtuvimos un total de ocho documentos a incluir en esta publicación.

4. RESULTADOS

A su ingreso en el servicio de breve hospitalización de psiquiatría, se realizó una breve entrevista con la familia para ver cuál era la situación basal de la paciente y con el objetivo de obtener información sobre la paciente relacionada con los cuidados de enfermería.

Tras realizar una correcta valoración de enfermería a través de los patrones de Marjory Gordon, y siguiendo la línea del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), se establecieron los diagnósticos más pertinentes y se priorizaron en función de las necesidades más esenciales para la paciente. Para ello se utilizó el modelo AREA (figura 1).

En función de los patrones disfuncionales de esta paciente, se proponen los siguientes diagnósticos, que posteriormente se desarrollarán y se les asociará su NOC y NIC.

- Insomnio.
- Ansiedad.
- Confusión aguda.
- Interrupción de la lactancia materna.
- Trastorno de los procesos del pensamiento.

Insomnio r/c ansiedad m/p observación de falta de energía.

NOC:

- Sueño
- Bienestar personal.

NIC:

- Mejorar el sueño. (agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos; ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama)
- Administrar medicación.
- Aumentar el afrontamiento. (ayudar a la paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo; fomentar un dominio gradual de la situación)
- Apoyo emocional.(ayudar a la paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza; favorecer la conversación o el llanto como medio de dismininuir la respuesta emocionl)
- Manejo ambiental: confort.

Ansiedad r/c amenaza para el estado de salud m/p aumento de la tensión.

NOC:

- Autocontrol de la ansiedad.
- Nivel de ansiedad.

NIC:

- Administración de medicación.
- Fomento del ejercicio.
- Escucha activa.
- Apoyo emocional.
- Disminución de la ansiedad.
- Técnicas de relajación.

Confusión aguda r/c delirio m/p intranquilidad creciente.

NOC:

- Orientación Cognitiva

NIC:

- Manejo de las alucinaciones (mantener una rutina coherente; administrar fármacos antipsicóticos; ayudar en los cuidados del paciente por sí mismo).
- Manejo del delirio.
- Orientación de la realidad

Interrupción de la lactancia materna r/c enfermedad de la madre o del niño m/p al lactante se le ha administrado alimentación artificial exclusiva en una o más tomas.

NOC:

- El lactante:
  - Mantendrá un patrón de normalidad en su evolución.
- La madre:
  - Se mostrará satisfecha con la opción de lactancia elegida.
  - Demostrará la técnica del vaciado de las mamas, si es aplicable.
  - Demostrará conocimientos suficientes sobre el manejo de la alimentación natural y artificial.

Interrupción de la lactancia materna r/c enfermedad de la madre o del niño m/p al lactante se le ha administrado alimentación artificial exclusiva en una o más tomas.

NIC:

- Áreas de dependencia: **conocimiento.**
  - Cuidados de las mamas en la desaparición de la secreción.
  - Estimular la expresión de dudas y sentimientos sobre la situación general y la interrupción de la lactancia materna en particular.

Trastorno de los procesos del pensamiento r/c pensamiento/s inadecuado/s no basado/s en la realidad.

NOC:

- Autocontrol del pensamiento distorsionado

NIC:

- Manejo de la conducta:
  - Intentamos que el paciente se sintiera responsable de su comportamiento.
  - Establecimos límites.
  - Establecimos hábitos.
  - Redirigimos la atención alejándola de las fuentes de agitación.
  - Ignoramos las conductas inadecuadas.
  - Reforzamos los esfuerzos de autocontrol.

4.1. MODELO AREA

Figura 1: Modelo AREA de priorización de diagnósticos de enfermería en psicosis puerperal. Elaboración propia.

Según el Modelo AREA establecido anteriormente (figura 1) con todos los diagnósticos pertinentes para esta paciente, lo prioritario sería actuar sobre el trastorno de los procesos del pensamiento y sobre el insomnio, y una vez solucionados estos, el resto de diagnósticos tendrán una menor intensidad que en el inicio del cuadro de psicosis.

Esto permitirá, una vez estemos en la fase de evaluación del proceso de atención de enfermería, replantear nuevamente el plan de cuidados con el propósito de priorizar nuestro esfuerzo (tanto el del paciente como el nuestro propio como equipo terapéutico) sobre los diagnósticos más pertinentes en ese futuro inmediato.

No obstante, el plazo para reevaluar este plan de cuidados es de 7 días tras su instauración el primer día del ingreso.

Por ello, pasado este plazo, nos tendríamos que replantear si debemos mantener el plan de cuidados unos días más, si debemos modificarlo porque no se han alcanzado los objetivos preestablecidos siete días atrás; o por el contrario, concluir el plan de cuidados porque la paciente ha alcanzado todos los resultados planteados y ha alcanzado una mejoría clínica significativa.

En todas las situaciones planteadas en la evaluación del PAE, se requeriría una nueva valoración de Enfermería para buscar nuevos patrones disfuncionales que requieran nuestra actuación más inmediata.

En el caso concreto de esta paciente, concluimos el plan de cuidados porque la paciente alcanzó la mejoría clínica y fue dada de alta de nuestro servicio. Por tanto, se programó una cita en su Centro de Salud Mental con su psiquiatra con el objetivo de revisar el tratamiento con el que había sido de alta y para supervisar su progresión en su domicilio.

La paciente respondió adecuadamente al tratamiento con Haloperidol en 5 días. Esta respuesta al tratamiento, junto con la calidad de cuidados aportada por todo el equipo de Enfermería a través del cuidado continuo, hizo que en 7 días los siguientes diagnósticos quedarán resueltos:

- Insomnio.
- Trastorno de los procesos del pensamiento.
- Confusión aguda.

También se programó una cita con su enfermera de referencia con el propósito de realizar una continuidad de cuidados optima. Para ello, se realizó el informe de alta de Enfermería, que fue entregado a la paciente con el resumen de cuidados, así como con el plan de cuidados establecido.

En este informe aparece tanto los diagnósticos resueltos como los activos. El fundamento está en que la enfermera del Centro de Salud Mental vuelva a valorar a la paciente y sopese la opción de abrir un nuevo plan de cuidados.

5. CONCLUSIÓN

Un adecuado trabajo a nivel multidisciplinar conlleva una mejora significativa de los pacientes en un menor periodo de tiempo y con mejor adaptación a la dinámica de la propia unidad donde está ingresada.

En este sentido, destacar que una excelente aplicación de Cuidados de Enfermería puede suponer una mejora significativa de los pacientes. Es más, permite establecer un vínculo terapéutico realmente fuerte con las personas receptoras de nuestros cuidados, creando un contexto de confianza y seguridad de cara a trabajar con mayor eficacia la problemática que les acaece y notando los resultados a corto, medio y largo plazo.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Gavilla González B, Díaz Cabrera L. Malnutrición por defecto de un recién nacido por psicosis puerperal materna: presentación de un caso. Revista Médica Electrónica. abril de 2012;34(2):223-30.
2. Doucet S, Jones I, Letourneau N, Dennis C-L, Blackmore ER. Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. Archives of Women's Mental Health. abril de 2011;14(2):89-98.
3. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier Health Sciences; 2009. 910 p.

4. Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier Health Sciences; 2009. 977 p.
5. Pulido RM. Plan de Cuidados en Salud Mental. Rev ENE Enferm. 2008;4:7.
6. Johnson M, Bulechek G, Butcher H. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC : diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2da ed. España: Elsevier; 2007. v, 693 p., 2h.
7. García López Mª T, Otín Llop R. Sobre la psicosis puerperal. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2007;27(2):229-34.

8. Uptodate.com [Actualizado: 14 Septiembre de 2017, citado el 15 Diciembre de 2018]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-postpartum-psychosis?search=%22puerperal%20psychosis%22%20AND%20nursing%20care&source=search_result&selectedTitle=1~3&usage_type=default&display_rank=1#H2154254453

TEMA 19. INTOLERANCIA A LA PROTEINA DE LA LECHE EN NIÑOS.

MARIA CRISTINA RIERA ZAPICO

ÍNDICE

- RESUMEN.
- INTRODUCCIÓN.
- PALABRAS CLAVE.
- SÍNTOMAS.
- DIAGNÓSTICO.
- TRATAMIENTO
- CONCLUSION.
- BIBLIOGRAFÍA.

RESUMEN

La intolerancia a la proteína de la leche es una de las primeras intolerancias alimentarias que suelen aparecer en los primeros meses de vida del recién nacido, debido a que estos tienen un déficit de la enzima lactasa cuya misión es romper el azúcar lactosa (cuando la lactosa queda sin digerir, por no dividirse en glucosa y la galactosa aparecen las digestiones pesadas).

Las intolerancias aparecen tanto en lactantes como en recién nacidos que tomen preparados lácteos. Esta intolerancia a la leche de vaca suele ser más común de lo que nos pensamos en niños, siendo menos común en adultos.

PALABRAS CLAVE

Nutrición, intolerancia, alergia, prevención.

INTRODUCCIÓN

La intolerancia a la proteína de la leche de vaca suele llamarse también por sus siglas IPLV o APLV en casos de alergias. También pueden representarse cuadros de intolerancia la leche de cabra, oveja y otros animales, estas intolerancias son menos comunes. Lo más aconsejado en estos casos es que el niño deje de tomar cualquier leche animal inmediatamente y si el niño recibiese lactancia materna, se le excluiría de la dieta de la madre los lácteos y derivados de cualquier animal mientras de lactancia materna (no hace falta dejar de dar lactancia materna es totalmente compatible si la madre controla su alimentación), en algunos casos de alergias también se le puede aconsejar que no tome alimentos procesados que puedan arrastrar trazas de la leche (tales como galletas, panes, embutidos…etc.).

SÍNTOMAS

Cada niño representa diferentes síntomas al tomar la leche. La sintomatología puede aparecer a los pocos minutos o a las horas de tomar la leche. Los síntomas más habituales son los cutáneos y los digestivos. Los síntomas respiratorios y sistémicos que son los menos frecuentes.

Los niños se suelen demostrarse más irritables por las noches, esto hace que a su vez no logren tener largos tiempos de sueños.

En niños con grandes alergias a la leche puede producirse un shock anafiláctico nada más tomar la leche produciéndole una asfixia que puede desencadenarle la muerte por asfixia, en los casos que no se le suministre pronto una inyección de adrenalina.

DIAGNÓSTICO

- En el diagnóstico de niños le hacen preguntas a la madre que pueden ser determinantes para el diagnostico de la intolerancia en el niño.
- En los bebes la sintomatología suele confundirse con los síntomas más comunes acorde de la edad del recién nacido tales como gases, irritabilidad, regurgitaciones…etc. produciéndose un diagnostico tardío del niño en estos casos.
- Pasadas unas semanas se observa si el comportamiento del niño ha cambiado una vez se le haya eliminado de su alimentación o de la madre los lácteos.
- Este diagnostico se completa con pruebas cutáneas y con análisis de sangre del niño.

TRATAMIENTO

- El tratamiento principal una vez se sospecha de una posible intolerancia o alergia a la leche es evitar el consumo de la leche y de sus derivados. En casos de lactantes se le administraran leches hidrolizadas (las cuales serán recetadas por su médico hasta los dos años, incluso más si así lo considera oportuno dependiendo el nivel de alergia que represente el niño en cada momento), estas leches aportaran las vitaminas y nutrientes necesarios para que el niño tenga una alimentación lo más equilibrada posible.
- Una vez excluida la leche de su alimentación se observará si el niño sigue teniendo o por el contrario a dejado de tener síntomas que aparecían durante la ingesta de los lácteos.

- Una vez que el niño pueda tomar algún otro alimento en su alimentación se tendrá que tener en cuenta que este alimento no lleve entre sus componentes leche de animal. Hoy en día existen alimentos exentos de la proteína de la leche.
- La mayoría de los niños pasados unos meses logran superar esta intolerancia y se les podrá ir incorporando poco a poco los lácteos mediante los consejos de su pediatra.
- En los niños con alto nivel de intolerancia se le incorporan los lácteos en centros médicos con supervisión de personal sanitario.
- A los niños que por el contrario no logren superar la intolerancia necesitaran seguir su alimentación evitando los lácteos. Pueden sustituir la leche en su dieta por las bebidas 100% vegetales. Las bebidas vegetales más comunes a la hora de sustituir la leche de vaca es la soja, seguida de la bebida de almendras que además le aporta al niño una cantidad de calcio necesaria para su crecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

Páginas WEB
1- Dalmau Serra J., Martorell Aragonés A., Suárez Cortina L., Alergia a la leche - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. Marzo 2008 https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/milk-allergy/symptoms-causes/syc-20375101
2- Roca Ruiz A. Diferencias entre la alergia y la intolerancia a la leche. [Internet]. Bienestar digestivo - Puleva. https://www.lechepuleva.es/bienestar-digestivo/diferencia-intolerancia-y-alergia-leche
3- Lapeña López de Armentia S, Naranjo Vivas D. Alergia a proteínas de leche de vaca [Internet]. Pediatriaintegral.es. 2013 https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-10/alergia-proteinas-de-leche-de-vaca/

4- Tormo Carnicer R, Martín de Carpi J. Alergia e intolerancia a la proteína de la leche de vaca [Internet]. Barcelona. PDF. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/iplv.pdf

TEMA 20. LA GRIPE.

ALEJANDRA ROZADA GARCÍA

ÍNDICE

DEFINICIÓN
DURACIÓN
TRANSMISIÓN
SIGNOS Y SÍNTOMAS
PREVENCIÓN
TRATAMIENTO
BIBLIOGRAFIA

DEFINICIÓN

Según la RAE la gripe, es una enfermedad epidémica caracterizada por fiebre y síntomas catarrales (1) también la podemos definir como una infección respiratoria causada por cierto numero de virus(2).

DURACIÓN

Si no hay complicaciones la duración de los síntomas gripales son entre 5 y 10 días .La fiebre suele durar entre 3 y 5 días .Otros síntomas como la tos seca de 7 a 10 días y el cansancio puede prolongarse hasta dos semanas(3).

TRANSMISIÓN

Según la OMS la gripe tiene fácil propagación y se transmite rápidamente en entornos como las escuelas y las residencias de ancianos. Cuando se tose o se estornuda las goticulas se dispersan en el aire infectando así a las personas cercanas que inspiran esas goticulas (4).

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Se confunden a menudo con un catarro o el resfriado común , pero los síntomas son mas intensos .Estos suelen comenzar unos días después de exponerse al virus, se incluyen los siguientes:

Fiebre , dolor de cabeza , tos , cansancio, dolor de garganta, escalofríos, mareo, diarrea, vómitos, moqueo nasal, dolor de oídos… Por otro lado los síntomas en lactantes que tienen la gripe suelen ser tener mal aspecto o simplemente ponerse inquietos(6)

PREVENCIÓN

La forma mas eficaz es la vacunación. Hay vacunas seguras y eficaces que se vienen utilizando hace más de 60 años. Se recomienda una vacunación anual. Las mas utilizadas son inyectables con virus inactivos. Lavarse las manos con frecuencia, reducir el contacto con personas infectadas , evitar tocarse los ojos , la nariz y la boca es otra de las maneras de prevenir. Los gérmenes se diseminan de esa manera(5).

TRATAMIENTO

No necesita ningún tratamiento especifico. Algunos niños menores de dos años pueden ponerse mas enfermos al contraer la gripe y tienen mayor riesgo de complicaciones . Algunos deben ser hospitalizados. Un niño con gripe debe recuperarse siguiendo estos consejos: beber abundante liquido para evitar deshidratación ,tomar paracetamol o ibuprofeno, descansar mucho, quedarse en casa y no ir a la guardería ni colegio. De lo contrario si el niño tiene fiebre muy alta , parece confundido, respira con dificultad…..debe de consultar al medico, en la mayoría de las casos la gripe suele remitir en una o dos semanas con reposo y cuidados(6).

BIBLIOGRAFÍA

- Página WEB : Diccionario RAE;: http://www.rae.es. Enciclopedia médica https://medlineplus.gov.,

Otras Webs;

- https://salud.mapfre.es,
- https://kidshealth.org/en/parents/?WT.ac=mhp_p_en, https://www.who.int/es

TEMA 21. ATENCIÓN Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DIABETICO EN LA CONSULTA DE AP.

AMAIA CORUJO ELIZALDE
IDOIA LAPARTE CAMPO
NAHIA ARRAIZA GULLINA
ISABEL CELAYA CALVO

ÍNDICE

1-INTRODUCCIÓN
1.1 Diabetes Mellitus
1.2 Tipos de diabetes
1.3 Epidemiología
1.4 Complicaciones de la Diabetes (agudas/crónicas)

2-CASO CLÍNICO
2.1 PAE
2.2 Descripción
2.3 Paciente diabético
2.4 Diagnósticos de enfermería

3-BIBLIOGRAFÍA

1- INTRODUCCIÓN
1.1 Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por niveles de glucosa en sangre (glucemia) elevados. Todos los alimentos durante la digestión se deshacen en sus componentes, siendo uno de ellos la glucosa. Es la que nos da la energía necesaria para vivir
La insulina es la hormona que produce el páncreas encargada de introducir la glucosa de la sangre en las células. El páncreas regula de manera automática los niveles de glucosa, fabricando más o menos insulina

El aumento de glucemia es el resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o en ambas. Un fallo de la producción de insulina, de la acción de la misma, o de ambas cosas, genera un aumento de los niveles de glucosa en la sangre (hiperglucemia). De no controlarse adecuadamente, a largo plazo, la presencia continua de glucosa alta en la sangre puede provocar alteraciones en la función de diversos órganos, especialmente los ojos, los riñones, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos

1.2 Tipos

- Tipo 1 (insulinodependiente o juvenil)

Se produce una destrucción de las células beta del páncreas, lo que da lugar a una no producción de insulina
Puede ser de origen autoinmune o de causa desconocida (idiopática)
En este tipo de diabetes el tratamiento con insulina es necesario para poder vivir. Debuta más a menudo en la infancia y juventud
Los síntomas suelen comenzar de manera brusca: poliuria, polidipsia, polifagia y perdida de peso.

- Tipo 2 (no insulinodependiente o del adulto)

El cuerpo sí produce insulina pero no puede usarla. Al principio el páncreas trabaja más para compensar esto, pero al tiempo se "agota" y es necesario tratamiento farmacológico.
Debuta en la edad adulta, influyendo factores como la obesidad, dislipemia, poco ejercicio…
Puede ser asintomática y a veces se diagnostica fortuitamente en un análisis hecho por otro motivo

- LADA

Afecta a pacientes que, en principio, parecen tener diabetes tipo 2, con un debut tardío pero que, sin embargo, presentan anticuerpos positivos, lo que es característico de la diabetes tipo 1. Estos pacientes diabéticos tipo 2 con anticuerpos positivos es probable que necesiten tratamiento con insulina

- MODY

Madurity ouset of the young: Se da en pacientes jóvenes que presentan diabetes tipo 2, con un debut muy temprano. No hay tendencia a la cetosis y se trata con antidiabéticos orales

- Diabetes gestacional

Hiperglucemia que se inicia, o que se reconoce por primera vez, durante el embarazo. En la mayor parte de los casos desaparece tras dar a luz, pero aún así es un factor de riesgo para desarrollar diabetes en el futuro. Por esto, estas mujeres deben llevar un
estilo de vida adecuado, disminuyendo así el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 en el futuro.
Afecta a alrededor del 5% de las mujeres embarazadas y constituye cerca del 90% de embarazos complicados con diabetes

•Otros tipos

Hay otros tipos de diabetes mucho menos frecuentes como: defectos genéticos en la función de la célula beta o en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino (pancreatitis, tumores, hemocromatosis,...), endocrinopatías (acromegalia, síndrome de Cushing, glucagonoma, feocromocitoma, hipertiroidismo, somastotinoma, aldosteronoma,...), diabetes inducida por fármacos, infecciones, formas no habituales de diabetes de origen inmune, diabetes asociada con algunos síndromes genéticos (de Down, de Klinefelter, de Turner, de Wolfram,...).

1.3 Epidemiología

En la actualidad el 13,8% de los españoles mayores de 18 años tiene diabetes tipo 2, lo que equivale a más de 5,3 millones de personas. De ellos, casi 3 millones ya estaban diagnosticados pero 2,3 millones (el 43% del total) desconocían que padecían la enfermedad.
Entre los 61 y los 75 años el 29,8% de las mujeres y el 42,4% de los varones presentan diabetes tipo 2, porcentajes que ascienden al 41,3% de las mujeres y el 37,4% de los varones de más de 75 años
Es muy importante destacar la gran proporción de personas que desconocen que presentan diabetes
El retraso en descubrirla implica que cuando se diagnostica la enfermedad el 50% presenta alguna complicación

En la diabetes tipo 1 el porcentaje de afectados con cardiopatía isquémica llega al 40-50%, el de enfermedad cerebrovascular al 25-30% y el de enfermedad vascular periférica al 40-50%.

En cuanto a la diabetes tipo 2, las cifras respectivas son del 10-40%, 25-30% y 50-55%, en los menores de 65 años, y de más del 70-75% de cardiopatía isquémica en los mayores de 65 años, no habiendo datos fiables en nuestro país en los otros dos apartados

Más de la mitad de las amputaciones de miembros en los países desarrollados son como consecuencia de la diabetes.

Tras 40 años de evolución presentan retinopatía más del 60% de los pacientes. La diabetes es la primera causa de ceguera legal en el mundo occidental. En cuanto a la alteración renal, el riesgo de enfermedad renal en estadío terminal a los 30 años de evolución es de cerca del 20% en los diabéticos tipo 1 y el 10% en los tipo 2

1.4 Complicaciones de la diabetes

AGUDAS (a corto plazo)

1-Hipoglucemia

Los síntomas que definen una hipoglucemia son 3, la triada de Whipel:
-Glucosa menor a 50-60 mg/dl,
-Sintomatología
-Mejoría clínica al normalizar la glucemia.
Es la complicación más importante y más frecuente en pacientes diabéticos, sobretodo insulinodependientes.

Hay que destacar que las probabilidades de sufrir una hipoglucemia son mayores si:

-Se practica ejercicio físico intenso

-Dosis errónea de insulina (mayor)

-Si hay un cambio de zona donde se produce la administración de insulina, ya que la zona en la que se usa frecuentemente se produce una lipodistrofia que hace que progresivamente se vaya absorbiendo peor la insulina

- Síntomas que caracterizan la hipoglucemia:
- Los *síntomas adrenérgicos*: se producen por una liberación de catecolaminas al SNC. Son los primeros en presentarse, se dan cuando la glucemia desciende a 60 mg/dl, y se caracterizan por: palidez, sudoración fría, temblor manos, parestesias, taquicardia, debilidad, hambre, lenguaje incoherente…
- *Síntomas derivados de la neuroglucopenia*: son consecuencia de una disminución del SNC, son más importantes y pueden dejar secuelas permanentes. Normalmente las cifras son por debajo de 50 mg/dl y se caracterizan por: visión borrosa, diplopia, comportamiento anormal, disartria, obnubilación, monoparesia o hemoparesia, monoplejia o hemiplejia, convulsiones y coma

- Tratamiento de la Hipoglucemia

- Inmediato:

-Paciente consciente: oral+HdC

-Paciente inconsciente: Glucosa 50% i/v

Glucagón i/m o s/c = actúa en pocos minutos y dura hasta una hora. Repetir a los 15 minutos si no es efectivo

Si la hipoglucemia es por Sulfonilureas, se debe derivar al Hospital ya que estos tiene una acción de 24 horas de duración

2-Cetoacidosis Diabética

Complicación aguda mas frecuente en paciente DMII. Se trata de un déficit grave de insulina. La insulina no consigue entrar en la célula y se producen glucemias mayores a 250mg/dl.

Para compensar estas cifras, el cuerpo libera hormonas Contrainsulares (glucagón + catecolamina) con su consecuente activación del sistema Nervioso simpático (GH y Cortisol)

El metabolismo de los HdC se altera (Gluconeogénesis y Glucogenolisis)

El metabolismo de los lípidos también se altera (produce glicerol y ácidos grasos)

Si esta situación se mantiene en el tiempo, hay un aumento de cuerpos cetónicos, que al principio compensa el sistema tampón, pero que cuando fracasa, el ph desciende produciendo una acidosis metabólica (con respiración Kussmaul)

Como consecuencia de las cifras altas de glucemia se produce glucosuria, produciendo una diuresis osmótica (perdida de agua, y electrolitos como Na,K,Mg,Cl, y fosfatos…)

El cuerpo continúa con una hidrólisis de proteínas para intentar sintetizar glucosa, provocando un aumento de la urea y por lo tanto de más diuresis

Esto puede provocar hipovolemia llegando a causar hipotensión y shock, e incluso la muerte

3-Coma hiperosmolar no cetósico

Complicación aguda frecuente de la DMII, con una mortalidad de incluso el 50%. La evolución es muy lenta porque hay insulina circular en sangre.

Las cifras de glucemia son muy altas, entre 400mg 600mg/dl

Los síntomas son: poliuria y polidipsia, que produce una deshidratación extracelular, produciendo aumento de la osmolaridad plasmática y una poliuria osmótica. Es decir, una deshidratación intensa.

El tratamiento de esta complicación es hospitalario y consiste en corregir el déficit volumétrico y el estado hiperosmolar

4.Fenómeno Somogy
Hipoglucemia nocturna con hiperglucemia de rebote. La glucemia baja a las 3 de la mañana y produce una hipeglucemia por la mañana en ayunas
Esta hipoglucemia activa a las hormonas contrainsulares (Gh y cortisol)
El tratamiento es bajar la dosis de insulina nocturna y tomar un refrigerio nocturno

5.Fenómeno Alba
Glucemia normal hasta las 3 de la mañana, luego comienza a aumentar hasta la mañana.
El tratamiento es justo el contrario, aumentar la dosis de insulina

CRÓNICAS (a largo plazo)

Son las más graves. Se producen, fundamentalmente, por la alteración que produce el exceso de azúcar sobre los vasos sanguíneos de pequeño calibre o los de calibre mayor
Las mas frecuentes son (en orden de aparición):

1-Neuropatía diabética
Disminución de sensibilidad en los miembros inferiores, alteración de la movilidad gástrica, incontinencia e impotencia

2-Microangiopatía
Alteración de la retina y alteración renal

3-Macroangiopatía
ACV, cardiopatía isquémica y enfermedad vascular periférica.

2. CASO CLÍNICO

2. 1 Descripción

A las 10 de la mañana acude JI a la consulta de enfermería, muy preocupado por que tras encontrarse muy mal ha realizado una glucemia y tenia 345mg/dl.

JI tiene 67 años, mide 1,70 y pesa 110 kgrs. Fue diagnosticado de diabetes mellitus tipo II hace 8 años en una revisión de empresa.

Desde que se jubiló hace ya 2 años, ha aumentado 10kgr de peso, además de tener unas cifras de colesterol total de 300 mg/dl en la última analítica. Exfumador desde hace 10 años, ha empezado a fumar ocasionalmente desde que se jubiló. Parece no conocer muy bien los cuidados que una persona diabética necesita, debido a la falta de interés y preocupación que denota.

1.5 Proceso de Atención de Enfermería

- Durante el caso clínico se ha relatado el proceso de atención a un paciente obeso, diabético…se lleva a cabo fundamentalmente por la unidad básica de atención (enfermera y médico de su centro de salud)
- En situaciones como las que describe el caso clínico, las labores de enfermería se desarrollan en estrecha colaboración con el equipo médico, cada uno en el desarrollo de sus labores específicas
- El Proceso de Atención de Enfermería es la base del ejercicio de nuestra profesión enfermera. Centrándonos en las tareas de enfermería vamos a ver las diferentes etapas del PAE :

1. VALORACIÓN: Recogida de datos (basado en la observación y comunicación) como base para las actuaciones posteriores

Comunicación activa con el equipo multidisciplinar

2. DIAGNÓSTICOS: Diagnósticos de enfermería. Son el juicio o conclusión derivados de la valoración previa

3. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS: depende en cierto modo de los diagnósticos de enfermería. Se planifican en función de la prioridad de los problemas según la gravedad

4. EJECUCIÓN: puesta en práctica de los cuidados que hemos programado previamente

5. EVALUACIÓN: continua para ver si se han conseguido los objetivos planteados

2.3 Diagnósticos de enfermería

Afrontamiento ineficaz r/c inadecuación de los recursos disponibles

NOC

- Afrontamiento de problemas
- Modificación psicosocial: cambio de vida
- Conocimiento: recursos sanitarios

NIC

- Ayuda al autocuidado
- Modificación de la conducta
- Establecimiento de objetivos comunes
- Educación sanitaria
- Enseñanza: procedimiento/mantenimiento

Conocimientos deficientes r/c falta de interés en el aprendizaje

NOC

- Conocimiento: proceso de la enfermedad
- Conocimiento: conducta sanitaria
- Conocimiento: medicación
- Conocimiento: control de diabetes
- Conocimiento: fomento de la salud

NIC

- Ayuda en la modificación de sí mismo
- Educación sanitaria
- Potenciación de la disposición de aprendizaje
- Enseñanza: proceso enfermedad
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento

Gestión ineficaz de la propia salud r/c déficit de conocimientos

NOC

- Conducta de cumplimiento : dieta y medicación prescrita
- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión
- Autocontrol de la diabetes
- Conducta de abandono de consumo de tabaco
- Creencias sobre la salud: percepción de control

NIC

- Manejo de la nutrición
- Ayuda al autocuidado
- Manejo de la hiperglucemia
- Manejo de la medicación
- Ayuda para dejar de fumar
- Potenciación de la conciendia de sí mismo

Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas

NOC

- Conducta pérdida de peso
- Estado nutricional: ingesta alimentaria y de líquidos

NIC

- Manejo de la nutrición
- Fomento del ejercicio
- Ayuda a disminuir de peso
- Potenciación de la conciencia de sí mismo

BIBLIOGRAFÍA

- https://www.fundaciondiabetes.org/prensa/297/la-diabetes-en-espana
- https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
- Manual de oposiciones IFSES

TEMA 22. OBESIDAD INFANTIL Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.

TAMARA GIL BLANCO
BÁRBARA ROJAS SALINERO
ANA MARÍA PARRA CRUZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. DESARROLLO
4. DISCUSIÓN
5. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La infancia es el período comprendido entre que los niños terminan la diversificación alimentaria, beikost o alimentación complementaria hasta la etapa de la adolescencia. Ello nos acota la edad infantil entre aproximadamente los 2 y 9 años.

La obesidad se define por la OMS como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Desde 1980 la obesidad se ha duplicado en todo el mundo. En 1998 la OMS la considera una “epidemia global” ya que se encuentra en los países más desarrollados y en los países en transición, donde conviven la obesidad y la malnutrición.

2. OBJETIVOS

Los objetivos del trabajo son: Analizar y recopilar las causas y características de la obesidad infantil, sus riesgos para la salud y sistematizar las actividades de los profesionales de enfermería.

3. DESARROLLO

3.1. PATOGENIA

La obesidad es la acumulación de grasa por un balance positivo de energía. Esta alteración del balance energético se puede producir tanto en la ingesta de alimentos, como en el nivel de gasto energético debido a la actividad del organismo.

3.2. DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de la obesidad infantil se busca la utilización de métodos sencillos y asequibles dado el elevado número de niños que podrían ser objeto de *screening*, por ello el IMC es el más utilizado.

Existen otros instrumentos para el diagnóstico como la impedancia eléctrica, medición de pliegues subcutáneos, densitometría o pruebas de imagen como la tomografía axial computerizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN),que pueden ser útiles como pruebas complementarias o de investigación.

El índice de masa corporal (IMC), también llamado índice de Quetelet, es una manera de medir de forma indirecta la masa corporal de una persona. Es una forma rápida y fácil que ayuda en la práctica clínica, pudiendo hacer un *screening* de la población general, mediante la ecuación:

$$IMC = PESO\ (KG) / ALTURA\ (M)2$$

3.3. ETIOLOGÍA

La etiología de la obesidad infantil es variada ya que son muchos los factores que modifican todos los componentes que pueden llevar a una acumulación de grasa excesiva. Aun así las causas se pueden dividir en alteraciones genéticas, endocrinas y multifactoriales.

3.3.1. Actividad física

La actividad física es una de las formas que tiene el cuerpo humano para consumir la energía, que si no se consume se acumula en forma de triglicéridos en el organismo. Los hábitos de vida sedentarios que se encuentran en la población infantil como ver la televisión o jugar a juegos de pantalla que no impliquen actividad física hacen disminuir su actividad física total, por lo que el sedentarismo es una de las causas de la obesidad infantil.

3.3.2. Alimentación

La alimentación es uno de los factores que más determinan la obesidad en los menores. La distribución de los alimentos durante el día tiene una relación con la obesidad. Se encuentran más niños obesos entre los que hacen menos comidas al día.

3.3.3. Sueño

Dormir pocas horas es un factor de riesgo para la obesidad infantil, especialmente si los niños duermen menos de 7 horas. En estos casos, la hora de acostarse es de gran relevancia pues horas tardías implican menor duración del sueño durante la época escolar, al tener una hora fija y temprana para levantarse.

3.4. CONSECUENCIAS

La obesidad influye en todo el organismo relacionándola con patologías cardiovasculares, afecciones psicológicas y alteraciones ortopédicas y de la marcha.

La obesidad central, que acumula la grasa en el tejido adiposo visceral, está relacionada con un mayor riesgo a la resistencia a la glucosa y diabetes, y con las enfermedades cardiovasculares. Estas dos patologías se relacionan con otras alteraciones metabólicas agrupadas en el llamado síndrome metabólico (SM). Sus principales componentes son la obesidad central, resistencia a la insulina, hipertensión arterial, dislipidemia y alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono.

3.5. PREVENCIÓN

3.5.1. Lactancia materna

La lactancia materna es uno de los factores protectores frente a la obesidad infantil. El estudio enKid obtuvo datos relevantes en este sentido, ya que el subgrupo de varones de 2 a 5 años que recibieron lactancia materna durante más de 3 meses tiene menos prevalencia de obesidad.

En el ámbito de la lactancia materna, la enfermería tiene un papel destacado donde poder trabajar ampliamente con la madre y la familia. El profesional de enfermería acompaña y da apoyo durante la lactancia, enseñando ejercicios para facilitar la lactancia materna y educando sobre la alimentación del niño.

3.5.2. Programas de educación para la salud

El contenido de estos programas tiene que ir dirigido a mantener o mejorar hábitos de vida saludables con respecto a la nutrición y la actividad física. Estos dos temas son los pilares sobre los que se sustenta la prevención de la obesidad infantil. Los programas van dirigidos a los niños, su familia y entorno social ya que mejora la efectividad al producir cambios en los hábitos de vida.

4. DISCUSIÓN

Los profesionales de enfermería participan activamente en todos los aspectos relacionados con la atención clínica a la obesidad desde la prevención, detección de casos, tratamiento del síndrome y mantenimiento del peso saludable. De esta forma se enriquece y amplía el conocimiento teórico relacionado con el síndrome, fundamentando y abalando la práctica enfermera.

La enfermería realiza diferentes actividades: docente (a través de educación para la salud), asistencial (detección, seguimiento y control), administrativa e investigadora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. [Online].; 2012. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

2. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series. Geneva: World Health Organization, WHO Consultation on Obesity; 1998. Report No.: 92 4 120894 5.

3. Flier J, Maratos-Flier E. Biología de la obesidad. In Longo D, Kasper D, Jameson J, Fauci A, Hauser S, Loscalzo J, editors. Harrison Principios de Medicina Interna. 18th ed. Mexico: Interamericana; 2007. p. 622-629.

4. Onat A, Avci G, Barlan M, Uyarel H, Uzunlar B, Sansoy V. Measures of abdominal obesity assessed for visceral adiposity and relation to coronary risk. Int J Obes Relat Metab Disord. 2004 Agosto; 28(8): p. 1018- 1025.

TEMA 23. PATOLOGIA INFECCIOSA EN EL TRACTO GENITAL.

IRENE ALONSO MEDINA
SONIA ZAHARA CASTILLO AVILÉS
ANTONIO MIGUEL SALINAS MARCOS

ÍNDICE

CANDIDA ALBICANS
TRICHOMONA VAGINALIS
GARDENERELLA VAGINALIS
CHLAMIDIA TRACHOMANTIS
ACTYNOMICES
HERPES SIMPLE

MICRORGANISMOS

- CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS Y CITOLÓGICAS
-
-
- **Cándida albicans** (Hongo)
- Producen candidiasis, es un microrganismo comensal en muchas mujeres, cuya infección se produce cuando hay cambio en la flora vaginal. Esto se puede producir por diabetes, uso de antibióticos, nivel de estrógenos alto, defensas bajas, humedad elevada o gestación. Los signos y síntomas suelen ser picor, irritación y flujo blanquecino sin olor. Se suele detectar con un estudio citológico, también puede usarse la amplificación de ADN. Se presenta como una célula levaduriforme de 2 a 4 micras y se pueden ver formas filamentosas (hifas) con extremos redondeados y pseudohifas.
-
- **Trichomona vaginalis** (Protozoo)
- Produce tricomoniasis, tiene más poder patógeno que la cándida. Produce un flujo blanquecino o amarillo verdoso, maloliente, enrojecimiento en la vagina y vestíbulo. En la mitad de los casos es asintomática. El diagnóstico se hace en fresco (germen móvil y flagelado), citología (se identifica el germen) y cultivo (se ve con forma ovoide o piriforme). Su forma usual e infectante es el trofozoito, cuando se adhiere a las células del epitelio vaginal adquiere una forma ameboide. Puede medir entre 7 y 23µm. Posee 5 flagelos y una parte sólida en el núcleo llamada “axostilo” que le da rigidez a su estructura. Se considera una ITS.
-
-

Trichomona vaginalis (Protozoo)

Produce tricomoniasis, tiene más poder patógeno que la cándida. Produce un flujo blanquecino o amarillo verdoso, maloliente, enrojecimiento en la vagina y vestíbulo. En la mitad de los casos es asintomática. El diagnóstico se hace en fresco (germen móvil y flagelado), citología (se identifica el germen) y cultivo (se ve con forma ovoide o piriforme). Su forma usual e infectante es el trofozoito, cuando se adhiere a las células del epitelio vaginal adquiere una forma ameboide. Puede medir entre 7 y 23µm. Posee 5 flagelos y una parte sólida en el núcleo llamada “axostilo” que le da rigidez a su estructura. Se considera una ITS.

Gardenerella Vaginalis (Bacteria)

Produce vaginosis bacteriana, cuando hay cambio en la flora vaginal (cambio de pH). Se produce mucho flujo maloliente. Se diagnostica por la imagen en los frotis vaginales. Normalmente se observan al microscopio bacilos cortos polimórficos, no encapsulados, sin flagelos. Se agrupan en células epiteliales ya que son inmóviles.

Chlamydia Trachomatis (Bacteria)

Se considera la principal ETS. Es una bacteria parásita intracelular ya que no es capaz de producir ATP por si sola. Tienen forma redondeada (diplococo gramnegativo) no ciliada con una membrana interna y otra externa. Tienen un tamaño medio de 0,8µm de diámetro. No posee cápsula pero si fimbrias en su superficie, es lo que le da su virulencia. Se suele diagnosticar con procedimientos microbiológicos.

Actynomices (Bacteria)

Se observan bacterias filamentosas ramificadas, anaeróbicas grampositivas, que se asocia a la presencia de un cuerpo extraño como el DIU, dando lugar a una actinomicosis pélvica. Se ve con la técnica de Papanicolau. En este caso no se manda tratamiento en mujeres asintomáticas. Se suelen realizar cultivos a partir de una lesión principal.

Herpes simple (Virus)

Se produce por el serotipo 2. Se observan síntomas en la tercera parte de los pacientes (úlceras vulvares dolorosas). Los virus se colocan en los ganglios nerviosos locales produciendo una infección latente. En el diagnóstico citológico se ven alteraciones nucleares características. También se puede detectar con la PCR. Es un virus grande, encapsulado, con cápside icoxaédrica y ADN bicatenario.

BIBLIOGRAFÍA

Paginas web:

https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001511.htm

www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000400012

https://medlineplus.gov/spanish/chlamydiainfections.html

https://aego.es/enfermedades

https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000857.htm

TEMA 24. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN GESTANTE CON PREECLAMPSIA.

ARANTZAZU IGOA ERRO
EVA ARANA ALONSO
BEATRIZ OTAEGUI BALEZTENA
LUCIA ZUBIAUR BEGUIRISTAIN

ÍNDICE

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
3. EPIDEMIOLOGÍA
4. FISIOPATOLOGÍA
5. FACTORES DE RIESGO
6. DIAGNÓSTICO
7. TRATAMIENTO
8. COMPLICACIONES
9. PACIENTE TIPO
10. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

RESUMEN

La preeclampsia se define como TA elevada junto con proteinuria, edema o ambas tras 20 semanas de gestación (excepto en presencia de enfermedad trofoblástica o gestación múltiple, casos en los que la preeclampsia puede aparecer antes de la 20 semana de gestación). (1)

Es una enfermedad multisistémica, caracterizada por la existencia de daño endotelial que precede al diagnostico clínico. (2)

El siguiente trabajo es un plan de cuidados estandarizado para gestantes con dicha afección. Este plan se puede aplicar a pacientes tipo, “gestantes en la segunda mitad de embarazo, con cifras tensionales elevadas y acompañadas de más síntomas como proteinuria y/o edemas”.

INTRODUCCION

Se habla de preeclampsia **leve** cuando se cumplen los siguientes criterios:

- TA de 140/90 mm Hg o mayor tras la semana 20 de gestación, medida en dos ocasiones separadas al menos 6 horas.

- Proteinuria mayor a 300 mg en una orina de 24 horas o un índice +1 en una tira de orina aleatoria.

- Edema: debe ser generalizado para el diagnostico o retención de liquido que se evidencia con un rápido aumento peso (2 kg en una semana)

Preeclampsia **grave**, debe cumplir los siguientes criterios:

- TA durante reposos en cama de 160/110 mm Hg medida en dos ocasiones y separada al menos de 6 h.
- Proteinuria > 5 gr en una muestra recogida de 24 h o un índice +3 a +4 en una tira de orina aleatoria.
- Oliguria, definida como un volumen de orina en 24 h menor de 400 ml o un nivel de creatinina sérica superior a 1,2 mg/dl
- Alteraciones visuales o cerebrales, incluyendo alteración de la conciencia, cefalea, escotomas, y visión borrosa, o combinaciones de varios síntomas
- Edema pulmonar o cianosis
- Dolor en epigastrio o en cuadrante superior derecho
- Función hepática alterada sin causa conocida, AST > 70 U/l
- Trombocitopenia <100.000 plaquetas

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que afecta entre1-2% de los embarazos en nuestro medio, y es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y neonatal. La incidencia varía según las poblaciones estudiadas, entre un 3-14% y un 5-8% en EE.UU. el 75% de los casos son leves y el 25% severos. Los casos de preeclampsia son un 10% del total. (2)

FISIOPATOLOGIA

Requiere la presencia de tejido trofoblástico, pero necesariamente del feto. (1)

FACTORES DE RIESGO

- Edad < 20 años o > a 40 años
- Nuliparidad
- HTA crónica
- Lupus, DM o enfermedad renal
- Preeclampsia o eclampsia previa
- Historia familiar de preeclampsia o eclampsia
- Gestación múltiple
- Mola hidatiforme

DIAGNÓSTICO

- **Síntomas:** Cefalea, síntomas visuales, nauseas y/o vómitos, disnea, dolor en epigastrio, volumen urinario disminuido, hematuria, aumento rápido de peso, ausencia de movimientos fetales, dolor abdominal constante.
- **Hallazgos físicos**: TA elevada, proteinuria, espasmo vascular retiniano, líneas basales en exploración cardiovascular, inflamación del cuadrante superior derecho, hipersensibilidad uterina, edema en cara y manos.
- **Hallazgos e laboratorio:** aumento de hematocrito, proteinuria> a 300 en 24 h, acido úrico > a 5 mg/dl, creatinina igual o > a 0.9 mg/dl, enzimas hepáticas elevadas, recuento plaquetar < a 100.000, disminución de fibrinógeno, tiempos de protrombina prolongados.

TRATAMIENTO

Preeclampsia leve

- Si la gestación está lejos del término la paciente puede ser tratada de forma expectante.
- Tratamiento ambulatorio: monitorización de TA en domicilio y pruebas de bienestar fetal dos veces por semana.
- Tratamiento hospitalario: reposos en cama, dieta normal, medida de la TA cada 4 h durante el día revisión diaria de peso, diuresis y síntomas, medida de proteinuria de 24 h a días alternos , hematocrito, recuento de plaquetas, AST y pruebas no estresantes dos veces por semana. Ecografía del crecimiento fetal cada 2 semanas, vigilancia fetal con monitorización no estresante dos veces por semana.

Preeclampsia grave

- Por encima de todo deba considerarse la seguridad de la madre. La primera prioridad es verificar y estabilizar la situación de la madre, especialmente los trastornos de la coagulación.
- Según la OMS, estas mujeres deben ser derivadas a un nivel secundario o terciario de atención pero antes es necesario administrarles sulfato de magnesio para prevenir las convulsiones y controlar la TA elevada. (3)
- > 34 semana o más de gestación: inducción.
- < 34 semana de gestación: la paciente puede tratarse de forma expectante si su TA puede controlarse adecuadamente sin antihipertensivos y si el reposo en cama reduce sus síntomas y aumenta la diuresis, ya que mejora el pronóstico neonatal sin empeorar el pronóstico materno. (2)

- Reposo en cama, profilaxis anticonvulsionante las primeras 24 h, medida de TA cada 4 h, exploración diaria para valorar el peso, revisar funciones sistemáticas corporales, edemas, recuento de células en sangre con recuento plaquetario y medición de AST, LDH, y Bb, vigilancia fetal diaria, ECO obstétrica, La OMS administrar corticoesteroides si el feto tiene < de 34 semanas de gestación o si el peso estimado es < a 2 Kg. (3)
- Tratamiento antihipertensivo si TA > 160/110 con objeto de prevenir posibles complicaciones cerebrovasculares y cardiovasculares.
- Sulfato de Mg: para prevenir convulsiones.

COMPLICACIONES (4)

- Las más graves:
- Síndrome de HELLP
- Eclampsia
- Otras:
- Edema pulmonar
- Fallo renal
- Shock cardiocirculatorio
- Rotura hepática
- DPPNNI
- Hemorragia cerebral
- Trastornos visuales

PACIENTE TIPO

Gestante de más de 20 semanas de evolución de embarazo con cifras de tensión arterial elevadas y que presente proteinuria y/o edemas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

- **00178 RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCION HEPATICA** r/c gestación.
- (Dominio 2: nutrición, clase 4: metabolismo)
- **Objetivo:** la paciente mantendrá su función hepática conservada en tanto que no suponga un riesgo para la salud durante la gestación.

- **00195 RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO** r/c disfunción renal.
- (Dominio 2: nutrición, clase 5: hidratación)
- **Objetivo**: la paciente mantendrá los niveles de electrolitos séricos en niveles que no comprometan su salud y en caso de que se alteren, serán detectados lo antes posible.

- **00026 EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS** r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p aumento de peso, oliguria.
- (Dominio 2. Nutrición, clase 5 hidratación edema, desequilibrio de electrolitos)
- **Objetivo:** la paciente no padecerá aumento de volumen de líquidos isotónicos.

- **00203 RIESGO DE PERFUSION RENAL INEFICAZ** r/c hipertensión maligna
- (Dominio 4: actividad/reposo, Clase 4: respuesta cardiovascular/ pulmonar)
- **Objetivo:** la paciente no sufrirá disminución de la circulación sanguínea renal que puede comprometer la salud y en caso de que aparezcan se abordaran lo antes posible.

- **00209 RIESGO DE ALTERACION DE LA DIADA MATERNO-FETAL** r/c complicaciones del embarazo.
- (Dominio 8 sexualidad, clase 3, reproducción)
- **Objetivo:** la paciente no sufrirá alteración de la díada simbiótica materno-fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo.

- **00206 RIESGO DE SANGRADO** r/c deterioro de la función hepática, CID y complicaciones relacionadas con el embarazo.
- (Dominio 11: seguridad/protección, clase: 2: lesión física)
- **Objetivo:** la paciente no sufrirá disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud, y en caso de que lo haga se detectara lo antes posible.

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES:

- **HTA**
- **RIESGO DE DPPNNI**
- **RIESGO DE SUFRIMIENTO FETAL**

BIBLIOGRAFÍA

1. Hopkins J, Ginecología y obstetricia, 4ºedición, Marbán S.L, Madrid 2005.
2. Cabero.L, Sanchez-Duran.M.A, Protocolos de medicina Materno-fetal (perinatología) 4º edición, Ergon, 2012.
3. Biblioteca de salud reproductiva de la OMS, embarazo y parto, conducta activa versus conducta expectante para la preeclampsia severa.
4. Usandizaga y De la Fuente, Obstetricia y ginecología ,4º edición, Marbán S.L, Madrid, 2011.
5. NANDA international, Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2012-2014. Elsevier España S.L, Barcelona. 2013
6. Clasificación de intervenciones de enfermería **(NIC),** 5º edición, Elsevier España S.L, Barcelona, 2009.
7. Clasificación de resultados de enfermería **(NOC),** 5º edición, Elsevier Esapaña S.L, Barcelona, 2013.

TEMA 25. ¿QUE TENGO EN MI PIEL?.

PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ
PATRICIA GONZALEZ ROBLES
NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

ÍNDICE

1.- OBJETIVOS

2.- MATERIALES

3.- TÉCNICAS

4.- CONCLUSIONES

5.- BIBLIOGRAFÍA

1.- OBJETIVOS

Conocer varias técnicas para la extracción de garrapatas en el cuerpo humano, dependiendo del material que dispongamos en el servicio en el que estemos trabajando

2.- MATERIALES

Dependiendo de el servicio donde estemos trabajando podemos disponer de diferentes tipos de materiales.

Tenemos una serie de materiales que son comunes a todos los tipos de extracciones:

- Guantes
- Gasas
- Antiséptico no alcohólico

Los materiales nombrados a continuación se consideran adecuado para la extracción de garrapatas en la piel del ser humano:

- Pinza con dientes
- Pinza específica de extracción de garrapatas
- Seda fina

4.- TÉCNICAS

El primer paso que debemos de realizar es limpiar y desinfectar la zona de la picadura, para ello se necesitan guantes, gasas y antiséptico no alcohólico. Después procederemos a la extracción , evitando comprimir el idiosoma de la garrapata.

A continuación se detalla la técnica especifica en función del material que dispongamos en nuestro lugar de trabajo

- **PINZA CON DIENTES**

  Si disponemos de pinza con dientes, se colocaran los dientes de la pinza entre la piel y la cabeza de la garrapata y se realizara un movimiento de giro y hacia arriba suavemente hasta su extracción.

- **PINZA ESPECIFICA**

  Con este tipo de pinza el movimiento será solamente de giro sin necesidad de tirar hacia arriba hasta que se libere de la piel

- **SEDA FINA**

Se hará una lazada simple que se anudará entre la cabeza del parásito y la piel y se tirara hacia arriba.

Con cualquiera de estas 3 técnicas se evita la compresión del ideosoma y por tanto la regurgitación del contenido gastrointestinal de la garrapata al torrente sanguíneo del huésped, disminuyendo así la carga bacteriana inoculada, y en consecuencia el riesgo de infección.

En todo caso, no se deben usar métodos como empapar en aceite, quemar la garrapata, matarla con alcohol…. Por el alto riesgo de regurgitación del contenido gastrointestinal

4.- CONCLUSIONES

Las garrapatas son parásitos hematófagos formados por dos partes

- **GNATOSOMA**: cuello y prosoma, constituido por las patas, los dientes mediante los que se fija a la piel del huésped y los quelíceros , que perforan la piel.

- **IDIOSOMA**: el cuerpo, es decir el tórax y el abdomen fusionados.

La mayoría de las picaduras por garrapata son inofensivas, pero son vectores de virus y bacterias que causan enfermedades graves, las mas frecuentes en España son la fiebre botonosa y la enfermedad de Lyme y la Tíbola

Las enfermedades las trasmiten a través de la saliva y las heces, por lo que es importante extraer la garrapata lo mas pronto posible y evitar que regurgite el contenido gástrico

Utilizando una técnica correcta como las explicadas anteriormente se disminuye el riesgo de infecciones por bacterias causantes de enfermedades graves

5.- BIBLIOGRAFIA

- ✓ MedlinePlus: informacion de Salud para usted [internet]. Bethesada (MD): National library of Medicine(US); [consultado 02 de Enero de 2019]. Extracción garrapatas. Disponible en:

  https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007211.htm

- ✓ MedlinePlus: informacion de Salud para usted [internet]. Bethesada (MD): National library of Medicine(US); [consultado 06 de Enero de 2019]. Extracción garrapatas. Disponible en:

  https://kidshealth.org/es/parents/tick-removal-esp.html

- ✓ MedlinePlus: informacion de Salud para usted [internet]. Bethesada (MD): National library of Medicine(US); [consultado 09 de Enero de 2019]. Picaduras. Disponible en:

  https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007211.htm

- ✓ MedlinePlus: informacion de Salud para usted [internet]. Bethesada (MD): National library of Medicine(US); [consultado 09 de Enero de 2019]. Garrapatas. Disponible en:

  https://kidshealth.org/es/kids/tick-esp.html -

TEMA 26. RECOGIDA DE ORINA EN LACTANTES POR ESTIMULACION VESICAL.

JUAN JOSE PECHE MERELO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- INDICACIONES
- MATERIAL
- PROCEDIMIENTO
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Son muchos los lactantes menores de 3 meses que acuden a consulta por fiebre sin foco, vómitos, irritabilidad o falta de ganancia de peso; Es necesario recoger una muestra de orina para descartar una posible ITU.

El objetivo de esta técnica es la estimulación vesical para obtener orina por micción directa y en condiciones de asepsia en menores de 3 meses, evitando así métodos invasivos (sondaje vesical, punción suprapúbica) con los consiguientes riesgos, u otros que ofrecen resultados más inciertos por posible contaminación (bolsa adhesiva).

Esta técnica para la obtención de orina por micción directa es eficaz, rápida y segura. El urocultivo y/o tira reactiva recogidos son válidos para el diagnóstico de la infección del tracto urinario en neonatos menores de 3 meses.

INDICACIONES

-Análisis básico de orina: pH, densidad, proteinuria, glucosuria, cetonuria, hemoglobinuria, hematuria, etc.

-Cultivo microbiológico.

-Estudio de la función renal, que no precise control de diuresis.

-Estudio metabólico.

-Estudio electrolítico.

MATERIAL

-Recursos humanos:
    *Enfermero para realizar la técnica.
    * TCAE para limpiar la zona genital y sujetar al bebé.

-Guantes desechables no estériles.

-Agua y jabón.

-Gasas.

-Recipiente estéril para la recogida de la orina.

-Tubos estériles para sedimento y urocultivo.

PROCEDIMIENTO

- Identificar al paciente.
- Explicar el procedimiento y permitir la presencia de los padres.
- Asegurarnos que el pañal esté seco y que haya realizado una toma 20-30 minutos antes.
- Preparar el material necesario.
- Lavado de manos con agua y jabón y colocación de guantes no estériles.
- Colocar al bebé en decúbito supino con las piernas en abducción.

- En niñas lavar con agua y jabón la zona perineal separando los labios mayores, lavar primero un lado de arriba hacia abajo, y luego el otro. Con los labios separados, limpiar el orificio uretral y, por último, limpiar zona perianal. Aclarar con gasas mojadas en agua y secar bien.

- En niños lavar con agua y jabón, retirando el prepucio hacia atrás sin forzar y limpiar alrededor del pene. Aclarar con gasas mojadas en agua y secar bien .

- Coger al bebé por las axilas. Dejar las piernas colgando.

- Estimular la vejiga, dando golpecitos suaves en la zona suprapúbica durante 30 segundos a un ritmo de 100 golpes/min.

- Estimular la zona sacra de la espalda. Dar un ligero masaje con movimientos circulares de 30 segundos.

- Estas maniobras se van repitiendo hasta lograr la micción. La muestra de orina se recoge a mitad del chorro en recipiente estéril. El éxito es la recogida de la muestra en los primeros 5 minutos de iniciar la maniobra de estimulación.

- Tomar muestra para tira, sedimento y/o urocultivo.

- Registrar el procedimiento y resultado en la gráfica de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

-Herreros Fernández M.L. Validez de la orina obtenida por micción directa con técnica de estimulación en el diagnóstico de infección urinaria en lactantes menores de 3 meses. (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Europea de Madrid; 2016.
-Herreros Fernández ML, González Merino N, Tagarro García A, Pérez Seoane B, Martínez MS, Contreras Abad MT, et al. A new technique for fast and safe collection of urine in newborns. Arch Dis Child. 2013; 98:27-29.
-Ochoa Sangrador C, Brezmes Valdivieso MF; Grupo del Proyecto Sample collection methods for urine culture and analysis. Métodos para la recogida de muestras de orina para urocultivo y perfil urinario. An Pediatr. 2007; 67:442-449.
-Roncalés Samanes MP, Caudevilla Lafuente P, Sancho Gracia E, Gómez Barrena V, Pérez Delgado R, Campos Calleja C. Recogida de orina en el lactante febril para el diagnóstico ITU en Urgencias. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015; 17:205-211.

TEMA 27. TRAS EL PARTO.

PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES
PAULA RODRIGUEZ GONZÁLEZ
NURIA RODRIGUEZ GONZÁLEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- EN QUÉ CONSISTE
- INDICACIONES
- VENTAJAS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Tras el parto, un contacto precoz y directo entre la madre y el recién nacido no sólo es un momento único entre ambos, sino que además les va a aportar numerosos beneficios. A este contacto directo se le conoce como el método piel con piel.

EN QUÉ CONSISTE

El contacto piel con piel consiste en la colocación del recién nacido desnudo sobre el pecho descubierto de la madre o, en caso de que no fuese posible, sobre el padre, promoviéndose así el contacto directo piel con piel entre el bebé y sus padres. Durante la realización de esta práctica tanto el bebé como la madre o el padre deben cubrirse con una sábana o manta para evitar la pérdida de calor. Deben estar relajados pero a la vez atentos vigilando en todo momento al recién nacido, controlando el estado del bebé (coloración, movimientos,..), sobre todo en las primeras 24 horas tras el parto. En caso de que la madre estuviese muy cansada o con tendencia al sueño es preferible que se encargue el padre de realizar este método.

Existen varias posturas a la hora de realizar el contacto piel con piel siendo la más adecuada aquella en la que la madre está semiincorporada, con el bebé entre sus pechos en posición prona quedando el pecho del recién nacido en contacto directo con el de la madre. Es importante para prevenir una obstrucción de la vía aérea que la cabeza del bebé esté girada hacia un lado y ligeramente extendida para así mantener las vías respiratorias abiertas y a su vez favorecer el contacto visual entre ambos.

INDICACIONES

El método piel con piel se puede realizar con todos los recién nacidos siempre y cuando no exista ningún motivo por el que no deba realizarse.
Es importante que tanto los padres como el personal sanitario estén atentos por si surgiese cualquier complicación que lleve a la suspensión de esta práctica.

VENTAJAS

Este método posee múltiples beneficios tanto para la madre como para el recién nacido, no sólo prematuro y/o de bajo peso, sino también para el recién nacido sano.

Existen evidencias científicas de que no sólo aporta beneficios a nivel fisiológico, sino que también los aporta a nivel psíquico y emocional.

Algunas de estas ventajas son:

- La postura adoptada favorece la producción de leche.
- Favorece la lactancia materna exclusiva.
- Ayuda a la termorregulación del recién nacido.
- Favorece el vínculo entre madre/padre e hijo.
- Mejora la calidad del sueño del bebé.
- Disminuye las apneas.
- Reduce las infecciones nosocomiales.
- En caso de la madre ayuda a disminuir la depresión posparto y favorece la involución uterina.

CONCLUSIONES

Debido a los beneficios que aporta se debe promover su aplicación no sólo por parte del personal sanitario presente en el parto sino también el que participe durante todo el proceso del embarazo para que este método pueda llevarse a cabo.

No debe realizarse si se sospecha que exista riesgo vital para el bebé.

Es una técnica sencilla y fácil de realizar que aporta numerosos beneficios.

BIBLIOGRAFÍA

Europa Press. Método canguro: la importancia del contacto piel con piel [Internet]. infosalus.com. Europa Press; [consultado 18 enero 2019]. Disponible en: https://www.infosalus.com/mujer/noticia-metodo-canguro-importancia-contacto-piel-piel-20171102081943.html
Sobre la atención piel con piel [Internet]. HealthyChildren.org.[Consultado 20 enero 2019]. Disponible en: https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/baby/preemie/paginas/about-skin-to-skin-care.aspx
•

TEMA 28. TUMMY TIME TOOLS.

LAURA ARMENDÁRIZ GONZÁLEZ
MIRIAM CIGANDA CENOZ
PATRICIA CARRERA MARTIN
MARIA RAMAJO HOLGADO

ÍNDICE

1. ¿QUÉ ES EL TUMMY TIME TOOLS?

2. ¿QUÉ ES LA PLAGIOCEFALIA?

3. ¿POR QUÉ LOS BEBÉS NECESITAN ESTAR TIEMPO BOCA ABAJO?

4. ¿QUÉ INCLUYE EL TIEMPO BOCA ABAJO?

5. ¿QUÉ APORTA EL TIEMPO BOCA ABAJO?

6. ACTIVIDADES QUE SE PUEDEN REALIZAR SEGÚN LA EDAD DEL BEBÉ.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. ¿QUÉ ES EL TUMMY TIME TOOLS?

• El Tummy Time Tools es un método de actividad física que se puede realizar tanto con bebés recién nacidos como con lactantes.

• Consiste en poner al bebé en decúbito prono (boca abajo), sobretodo durante el tiempo de juego, siempre que esté siendo vigilado por un adulto.

• Iniciar los ejercicios con unos minutos boca abajo durante el día. Luego, conforme el bebé vaya creciendo ese tiempo va en aumento hasta llegar a unos 40 minutos a los cuatro meses de edad.

- Se ha demostrado que es bueno que el bebé comience a practicarlo desde sus primeros días de vida.

- Con este método se desarrollan unas capacidades motoras mejores y se evitan las deformidades craneales.

- Se practica sólamente cuando los bebés están despiertos y siempre que se encuentren en compañía de un adulto.

- Este método ofrece a los padres sugerencias y actividades para desarrollar con su bebé, de manera que, mientras él esté despierto y siempre supervisado por un adulto, durante el día, pase más tiempo boca abajo.

• Estas actividades incluyen indicaciones sobre cómo manejarlos, cargarlos, cambiarles el pañal, alimentarlos, jugar con ellos y en qué posición es más recomendable colocarlos.

• Al aumentar el tiempo en que los bebés pasan sobre su torso, se logra lo siguiente:

- Mejorar el desarrollo de los músculos del cuello y de los hombros.
- Prevenir la rigidez en los músculos del cuello y prevenir la aparición de áreas planas en la parte posterior de la cabeza (plagiocefalia).
- Promover el desarrollo de los músculos que el bebé necesita para darse vuelta, sentarse y gatear.

2. ¿QUÉ ES LA PLAGIOCEFALIA?

- La plagiocefalia posicional o postural se llama a la deformidad craneal producida como consecuencia de la aplicación de forma continua de fuerzas de presión sobre la misma zona del cráneo, que es muy maleable en los niños pequeños.

- La plagiocefalia es un trastorno caracterizado por la distorsión asimétrica (aplastamiento lateral) del cráneo.

3. ¿POR QUÉ LOS BEBÉS NECESITAN ESTAR TIEMPO BOCA ABAJO?

• Los bebés necesitan estar más tiempo boca abajo porque cada vez están más tiempo boca arriba.

• A principio de los años 90, el programa de la Academia Americana de Pediatría conocido como “Back to Sleep” disminuyó exitosamente en los Estados Unidos la incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante en un 40 %.

• Esto se logró insistiendo a los padres en que colocaran siempre a sus bebés en decúbito supino (boca arriba), en el momento de dormir.

• Por esa misma época se popularizaron unos portabebés que servían tanto como de asiento de seguridad en el automóvil, como de cargadores.

• Esta combinación de dormir boca arriba en la noche y de presión en la cabeza durante el día, puede causar aplanamiento del cráneo o plagiocefalia.

• Es muy importante que el bebé duerma boca arriba para evitar el síndrome de muerte súbita del lactante.

• Sin embargo, es también muy importante para su desarrollo, que se le permita pasar suficiente tiempo sobre su pancita, estando siempre supervisado, y que se le cambie de posición constantemente durante el día.

• Cualquier tipo de juego o tiempo en el cual la posición del bebe sea en decúbito prono será beneficiosa tanto para la prevención de las deformidades craneales, como para el refuerzo de la capacidad muscular y sensitiva del bebé.

- La posición boca abajo o decúbito prono durante el tiempo de juego y vigilado por un adulto no constituye un factor de riesgo de muerte súbita del lactante.

- Las actividades que aparecen en el método Tummy Time Tools aumentan el tiempo para estar en contacto y mimando al bebé, tiempo que será, además, más placentero para él y para los adultos.

- Es muy interesante y a su vez muy importante enseñarle estas actividades al resto de miembros de la familia y también a quienes ayudan a cuidarlo, de manera que estos ejercicios y actividades se conviertan en una parte importante de la rutina del bebé.

4. ¿QUÉ INCLUYE EL TIEMPO BOCA ABAJO?

- Cualquier ejercicio o actividad que impida que el bebé se acueste en decúbito supino y mantenga esa posición sobre una superficie firme durante un tiempo prolongado.

- Cualquier actividad en la que los adultos carguen, coloquen, cambien de lugar o jueguen con el bebé en posición boca abajo.

5. ¿QUÉ APORTA EL TIEMPO BOCA ABAJO?

- Es beneficioso y divertido para los bebés de todas las edades.
- Resulta fácil, además de ser un reto para el bebé.
- Se puede adaptar a medida que el bebé crece y se fortalece.
- Promueve el desarrollo muscular y las destrezas motoras como el volteo, la sedestación, la reptación, el gateo o la puesta en pie.
- Mejora el desarrollo muscular del cuello, de la espalda, de los hombros, de los brazos y de las caderas.
- Evita el desarrollo de deformidades craneales como las plagiocefalias.
- Es un buen momento para contactar con el bebé.

6. ACTIVIDADES QUE SE PUEDEN REALIZAR SEGÚN LA EDAD DEL BEBÉ

Desde el nacimiento hasta los 2 meses:

- Colocar al bebé en decúbito prono, preferiblemente sobre el pecho de la madre o el padre, que estará acostado boca arriba, dándole la cara. También se le puede colocar en la cama o sobre una superficie cómoda, durante el tiempo de juego vigilado.
Esto le ayuda a levantar la cabeza y así poder mirarle la cara.

- Si aún no puede levantar la cabeza, colocar una toalla enrollada debajo de su pecho, así es más cómodo mirarle a la cara, ya que los bebés a esta edad tienen la visión adaptada para ver a unos pocos centímetros solamente.

- **<u>Desde los 3 a 5 meses:</u>**

  - Ya se encuentran más cómodos boca abajo y pueden sostenerse con sus propios brazos.

  - Jugar en el suelo con el bebé. Colocarle juguetes cerca y a ambos lados para que gire la cabecita y trate de alcanzarlos con sus manitas. Buscar el contacto visual.

- **<u>Desde los 6 a 9 meses:</u>**

  - Son más fuertes de brazos y piernas.

  - Pueden jugar a juegos más activos como hacer el avión (cogiendo al bebé por la cintura).

7. BIBLIOGRAFÍA

• Prevención de la Plagiocefalia. Última actualización el 18-Febrero-2016. Citado el 2-12-18. Disponible en: http://www.infocefalia.com/prevencion.php

• Baby Tuto. Importancia de poner a los bebés boca abajo o Tummy Time. Citado el 11-12-18. Disponible en: http://www.babytuto.com/articulo/la-importancia-de-poner-a-tu-bebe-de-barriga-o-tummy-time,80

• Departamento de Ortopedia y prótesis (Orthotics and Prosthetics) de Children´s Healthcare os Atlanta 5445 Meridian Mark Road, Suite 200, Atlanta, GA 30342. TelefonoÇ: 404-785-3229. Fax: 404-250-5690. Disponible en: https://www.choa.org/~/media/files/Childrens/medical-services/orthopaedics/orthotics-and-prosthetics/tummy-time-tools-update-2014-span.pdf?la=en.

- Carceller Benito F, Leal de la Rosa J. Relación entre la posición supina para dormir de los lactantes y la plagiocefalia posicional, consideración de otros factores etiológicos. Recomendaciones para su prevención y tratamiento. Grupo de Trabajo para el Estudio y la Prevención de la Muerte Súbita del lactante (GEPMSL) de la Asociación Española de Pediatría (AEP). 2004.

  Disponible en: http://www.aeped.es/gepmsl/plagiocefalia.htm

- Esparza J., Hinojosa J., Muñoz Mª J., Romance A., García-Recuero I., Muñoz A.. Diagnóstico y tratamiento de la plagiocefalia posicional: Protocolo para un Sistema Público de Salud. Neurocirugía [Internet]. 2007 Dic. Citado el 29-01-19. 18(6): 457-467. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732007000600001&lng=es.

- Vega Gutiérrez M. L., Alía Arroyo I.. Craneosinostosis sagital: A propósito de un caso. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2012 Jun. Citado el 29-01-19; 14(54):149-152.

  Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000300008&lng=es.

TEMA 29. UTILIDAD DE MEDIDAS FISICAS ANTITERMICAS EN FIEBRE EN NIÑOS REVISION BIBLIOGRAFICA.

NURIA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

PAULA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES

INDICE

1. Introducción
2. Conceptos generales
3. Resultados
4. Conclusiones

1 INTRODUCCION

Durante las ultimas décadas se han utilizado una serie de medidas físicas antitérmicas en procesos febriles, sobre todo en niños, como los baños de agua tibia con esponja, las compresas impregnadas con alcohol o la administración de líquidos fríos, junto con los fármacos antipiréticos.

Se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios realizados en los últimos 25 años sobre la efectividad de esta técnica, y la relación entre esta efectividad y la disminución de la sensación de bienestar en los pacientes.

2 CONCEPTOS GENERALES

Hay que diferenciar entre **hipertermia,** que es la elevación de la temperatura por encima del valor hipotalámico normal debido a un fallo de los sistemas de perdida de calor, por lo que la persona experimenta un aumento de la temperatura por encima de los límites normales, como por ejemplo en un golpe de calor, de la **fiebre**, que es respuesta inmunitaria a algún agente externo en la que el organismo eleva temporalmente la temperatura homeostática.

La temperatura del cuerpo es controlada por el hipotálamo; sus mecanismos reguladores mantienen la Tª del interior del cuerpo a un nivel normal, ajustando la producción y la pérdida del calor.

Durante la fiebre, el hipotálamo ajusta esos procesos para mantener la temperatura del núcleo corporal en un valor nuevo y más alto.

Algunos de los posibles beneficios de la fiebre son:

1) dañar directamente a los patógenos
2) inducir apoptosis de las células infectadas y las neoplásicas
3) inducir la formación de proteínas de choque de calor en el anfitrión para proteger sus propias células
4) inducir proteínas de choque de calor en los patógenos para activar respuestas inmunes como señales de peligro
5) aumentar la eficacia de las respuestas inmunes, ya que estas trabajan mejor a temperaturas elevadas
6) disminuir la respuesta inmune produciendo apoptosis de neutrófilos y linfocitos.

3 RESULTADOS

En los estudios revisados se encuentra mucha controversia sobre la efectividad e indicación de las medidas físicas antitérmicas (MFA)

Los métodos físicos de perdida de calor son conducción, convección y evaporación; facilitan la pérdida de calor, lo que desencadena una respuesta hipotalámica forzada para lograr la temperatura marcada en el centro del hipotálamo, lo que puede causar un rebote, es decir, al enfriar rápidamente la piel el organismo puede activar los mecanismos de reducción de perdida de calor, vasoconstriccion y temblor, por lo que aunque inicialmente la Tª descienda, al cabo de periodo de tiempo corto, ésta se recuperará o incluso será mayor.

Algunas MFA son eficaces pero no todas son aconsejables, como las compresas de alcohol, cuyo uso esta contraindicado por el riesgo que entraña la inhalación de gases derivados de la evaporación del mismo.
Si se recomienda desvestir y retirar la ropa de cama, mantener la Tº ambiente entre 20-21º e hidratar al niño con líquidos frescos.

Un estudio con voluntarios anestesiados confirmó que en el enfriamiento externo con mantas de frio, la Tª central se conserva porque disminuye la pérdida de calor cutáneo de forma natural, al provocar vasoconstricción. Varios estudios han demostrado que el temblor por el enfriamiento externo genera un aumento en la temperatura central al aumentar la generación de calor.

En varios estudios con pacientes voluntarios tras inducir hipertermia, se comparo la respuesta del organismo con el uso de MFA (aire frio y sueros iv fríos) con la de individuos que se autorregulaban. Los primeros tenían más escalofríos, un aumento en el consumo de oxígeno, en niveles de epinefrina y norepinefrina plasmáticas, TA media y disconfort.

En varios estudios en niños se comparo el baño de agua con esponja sola y en combinación con fármacos antipiréticos. La superioridad en la respuesta del organismo a estos últimos fue indiscutible, si bien la disminución de la Tº externa con los baños con esponja tenia un inicio mas rápido, disminuyendo la Tº en los 30 primeros minutos con un ascenso rápido pasado este tiempo, en combinación con antipiréticos no se producía este rebote, pero ocasionaba un alto grado de incomodidad a los niños.

4 RESULTADOS

Las indicaciones mas acertadas para el uso de MFA para el tratamiento de aumento de la temperatura en los niños son:

- Casos de Tª superior a 40- 41ºC en los que se hace necesario el descenso de la temperatura de forma rápida, como en el golpe de calor, usando mantas frías, baños con esponja de forma continuada y Tº ambiente de 20-21ºC
- Fracaso de la monoterapia con fármacos antitérmicos.
- Niños con enfermedades de base con riesgo de descompensación.
- Intolerancia o alergia a fármacos antipiréticos.

En el resto de los casos, el grado de disconfort y las posibles consecuencias negativas mencionadas es mayor al beneficio obtenido, por lo que no estaría indicado su uso.

5 BIBLIOGRAFIA

- APCONTINUADA: Uso racional de fármacos antifebriles en niños; Controversias en el tratamiento de la fiebre en pediatría [INTERNET]; 2014 SEP 29; Available from: http://www.apcontinuada.com/es/antitermicos-pediatria/articulo/80000178/

-INTRAMED: Los medios físicos como tratamiento de la fiebre. [internet] AVAILABLE FROM: http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=85361

- External Cooling in the Management of Fever; Peter Axelrod; Clinical Infectious Diseases, Vol 31, Issue Supplement 5; 2000 Oct 1, Pages S224-S229, AVAILABLE FROM: https://doi.org/10.1086/317516

- Armstrong LE, Crago AE, Adams R, Roberts WO, Maresh CM. Whole-body cooling of hyperthermic runners: comparison of two field therapies, Am J Emerg Med , 1996, vol. 14 (pg. 355-8)
- Kurz A, Sessler DI, Christensen R, Dechert M. Heat balance and distribution during the core-temperature plateau in anesthetized humans, Anesthesiology , 1995, vol. 83 (pg. 491-9)
- Cheng C, Matsukwa T, Sessler DI, et al. Increasing mean skin temperature linearly reduces the core-temperature thresholds for vasoconstriction and shivering in humans, Anesthesiology , 1995, vol. 82 (pg. 1160-8)
Google ScholarCrossRefPubMed

TEMA 30. ESTRATEGIA PARA LA NUTRICION, ACTIVIDAD FISICA Y PREVENCION DE LA OBESIDAD ESTRATEGIA NAOS.

MARIA JOSÉ LIEBANA LIEBANA

MARIA JOSE RUBIO LIEBANA

PEDRO LUIS RUBIO JIMENEZ

ÍNDICE

- Introducción
- Líneas estratégicas de actuación
  - -Protección de la salud
  - -Prevención y promoción de la salud
- Grupo de trabajo. Estrategia NAOS-AECOSAN-Consejerías Sanidad CCAA
- Pirámide NAOS
- Observatorio de la Nutrición y Estudio de la Obesidad

Introducción.

La problemática de la obesidad y el sobrepeso en la población infantil está considerada por la OMS como epidemia de Siglo XXI, siendo prioritario para las sociedades desarrolladas abordar esta enfermedad como uno de los problemas mas importantes para la salud pública.

En mayo de 2004, la 57 Asamblea Mundial de la salud de la población aprobó la “Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario Actividad Física y Deporte”, con el objetivo de reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles relacionados con las dietas poco saludables y la falta de actividad física.

En España en 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo puso en marcha la Estrategia NAOS “Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad” como una plataforma donde incluir e impulsar todas aquellas iniciativas que contribuyan a lograr el necesario cambio social en la promoción de una alimentación saludable y la prevención del sedentarismo a partir de unos retos específicos en diversos ámbitos de actuación.

Desde su lanzamiento en el año 2005, la estrategia NAOS desarrolla acciones en base a la evidencia científica y en todos los ámbitos de la sociedad (familiar, educativo, empresarial, sanitario, laboral, comunitario 9 que promueven y facilitan opciones a una alimentación variada, equilibrada y a la practica de la actividad física, así como a la información mas adecuada para ayudar al consumidor a tomar decisiones y elecciones mas saludables en entornos que les permitan la adopción de estilos de vida mas saludables y activos. Para ello la estrategia NAOS se fomenta la implicación, sinergia y colaboración de todos los sectores y agentes de la sociedad tanto públicos como privados.

Los principios que rigen la Estrategia NAOS son : Equidad, Igualdad, Participación, Intersectorialidad, Coordinación y Cooperación sinérgicas, con el fin de proteger y promover la salud

LINEAS ESTRATEGICAS DE ACTUACIÓN

Las principales líneas estratégicas de actuación de la Estrategia NAOS abarcan todo el ciclo de la vida, priorizándose las medidas dirigidas a:

- Infancia
- Adolescencia
- Grupos socioeconómicos mas vulnerables.

Protección de la Salud

La estrategia NAOS desarrolla acciones e intervenciones especificas con enfoques comunes, para proteger la salud mas eficazmente en base a la evidencia científica.

- Accesibilidad a una alimentación variada, equilibrada y mas moderada en consumo calórico y en contenido de grasa, azucares y sal.
- Promoviendo la reformulación de alimentos con el objetivo de ofrecer a los ciudadanos alimentos y bebidas con mejor composición nutricional e información mas adecuada para facilitar decisiones y elecciones mas saludables al consumidor, contribuyendo así a la adopción de estilos de vida saludables.

Prevención y Promoción de la salud

La estrategia NAOS establece líneas de acción y actuaciones especificas, integrales y multisectoriales que contribuyen a reducir el grado de exposición de las personas y poblaciones a los factores de riesgo modificables como son la alimentación inadecuada y sedentarismo.

Las acciones de sensibilización y concienciación son:

- Educa NAOS. Para profesores, menores familia incluye documentación para el entorno escolar
- Campañas. Movimiento actívate, Activilandia, Plan HAVISA, Plan AVISA+Plan cuídate, Despierta y desayuna, Día nacional de la nutrición.
- Publicaciones

- Acciones de información y visibilización
- Acciones de colaboración multisectorial entre los diferentes niveles administrativos
- Programas de intervención y buenas practicas, tienen como evidencia la identificación, desarrollo e implantación y difusión de programas basados en la evidencia para su traslado y reproducción en otros ámbitos y a gran escala y así conseguir los objetivos de la estrategia NAOS
- Seguimiento, monitorización y evaluación que se lleva a cabo en el Observatorio de la Nutrición y Estudio de la Obesidad.

Grupo de trabajo Estrategia NAOS-AECOSAN- Consejerías Sanidad de las CC.AA.

Desde el año 2008, la estrategia NAOS trabaja coordinadamente con las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas a través de un grupo de trabajo de carácter técnico.

Las propuestas del grupo de trabajo son:

1- Establecer criterios para la autorización de campañas de promoción alimentaria, educación nutricional o promoción del deporte o actividad física en escuelas infantiles y centros escolares.

2- Elaboración de un documento de Evaluación y seguimiento de la Estrategia NAOS

3- Estudios de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Fisica, Desarrollo infantil y Obesidad (ALADINO)

4-Documento de consenso sobre alimentación en centros educativos

5- Criterios sanitarios para la aplicación en España del Plan de consumo de frutas y verduras en las escuelas

Pirámide NAOS

La Pirámide NAOS de la estrategia Naos, muestra recomendaciones de la frecuencia del consumo de los distintos grupos de alimentos paralelamente con las distintas actividades físicas combinándolas en un mismo grafico con el fin de fomentar hábitos en línea con la dieta mediterránea e impulsar también la practica regular de la actividad física para adoptar estilos de vida saludables y prevenir la obesidad.

La propuesta pretende poner de manifiesto y reforzar do principios básicos:

1- El equilibrio alimentario se puede adquirir desde numerosas opciones culinarias y hábitos alimentarios y desde la mas variadas e imaginativas costumbres de actividad física cotidiana.

2- Las recomendaciones dirigidas para toda la población pueden y en algunos casos deben completarse y matizarse con recomendaciones especificas hechas por profesionales.

OBSERVATORIO DE LA NUTRICION Y ESTUDIO DE LA OBESIDAD

La estrategia NAOS contempla la creación de un observatorio de la obesidad que cuantifique y analice periódicamente la prevalencia de la obesidad en la población española y mida los progresos en la prevención de la enfermedad.

La ley 17/2011 de seguridad alimentaria y nutrición establece en su articulo 38 que se ha de establecer un Observatorio de la Nutrición y de estudio de la Obesidad, con el objetivo principal de promover el desarrollo de políticas y la toma de decisiones, basadas en el adecuado conocimiento de la situación existente y en la mejor evidencia científica

Las funciones del observatorio son:

1- Recabar información sobre los hábitos alimentarios y de actividad física de la población, en las diferentes edades y grupos socioeconómicos.

2- Recabar información sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como de sus factores determinantes

3- Realizar el seguimiento y la evaluación de las medidas e intervenciones incluidas en la estrategia de la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS)

4- Analizar otras políticas y actuaciones, que se desarrollan a nivel internacional, nacional, autonómico y local, en la promoción de una alimentación saludable y de la actividad física, destacando y divulgando aquellas intervenciones de mayor efectividad e impacto sobre la salud

5- Recopilar y analizar datos e información sobre la publicidad de alimentos, emitida por los distintos medios y sistemas de comunicación, con especial atención a la publicidad dirigida a los menores de edad.

6- Elaborar y promover los estudios y trabajos de investigación, necesarios para lograr una mayor eficacia en el diseño y desarrollo de las políticas nutricionales.

7- Elaborar un informe anual, que incluirá el seguimiento y evaluación de la estrategia NAOS, así como recomendaciones con los aspectos a corregir.

Los objetivos del Observatorio de la Nutrición y de estudio de la obesidad son:

1- Aglutinar las principales fuentes de información sobre nutrición, actividad física y obesidad existentes

2- Favorecer la difusión de información sobre nutrición, actividad física y obesidad, asi como el intercambio de la misma entre las distintas administraciones públicas y otras instituciones y entidades

3- Conocer la tendencia d ela prevalencia del sobrepeso y de a obesidad en la población, especialmente en la infancia y adolescencia

4- Mejorar el conocimiento de los determinantes d ela obesidad en la población

5- Conocer los patrones nutricionales y de actividad física d ela población española

BIBLIOGRAFIA

- Estrategia para la Nutrición, Actividad Fisica y Prevención de la Obesidad- Ministerio de Sanidad y Consumo
- www aecosan msssigob.es
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición- Programa de Comedores Escolares.

TEMA 31. PSICOSIS Y AUTISMO BREVE REVISION.

GABRIEL GARCIA ALVAREZ

ÍNDICE

- CONCEPTO DE AUTISMO.
- AUTISMO EN EL DSM.
- CLASIFICACION FRANCESA.
- COMORBILIDAD TEA Y PSICOSIS.

CONCEPTO DE AUTISMO

Término utilizado, por primera vez, por Eugen Bleuler en 1911 como *síntoma fundamental* de la *esquizofrenia*.

Separación de la realidad externa, junto a la exacerbación patológica de la vida interior.

Deriva del griego *"autos"* (uno mismo) e *"ismos*" (modo de estar).

La obra en la que aparece es *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias.*

CONCEPTO DE AUTISMO

En 1943, se publica el artículo ***"Trastornos autistas del contacto afectivo"*** que sienta las bases de lo que hoy en día conocemos por trastornos del espectro autista (TEA).

Leo Kanner estudia una serie de 11 casos (8 niños y 3 niñas) con diagnóstico de esquizofrenia infantil y observó que poseían unas características clínicas particulares que denominó como "***autismo precoz del niño***".

Las características del autismo según Kanner se recogen en la tabla-1.

Tabla 1. Características de los niños autistas según Kanner (1943).

- Soledad autística extrema.
- Fracaso para asumir posturas anticipatorias.
- Retraso importante en la adquisición del habla (en autistas verbales) o ausencia del lenguaje.
- Utilización no comunicativa del habla y uso literal del lenguaje.
- Ecolalia inmediata o demorada y repeticiones verbales fuera de contexto.
- Inversiones pronominales.
- Problemas alimenticios.
- Reacciones bruscas ante ciertos ruidos, objetos y personas.
- Actividades fijas, rutinarias, limitadas y obsesivas.
- Juego repetitivo y estereotipado.
- Insistencia en la igualdad y miedo al cambio.
- Buenas relaciones con los objetos.
- Movimientos corporales rítmicos y estereotipados.
- Ausencia de relaciones con otras personas e insistencia obsesiva en preservar la intimidad.
- Buena inteligencia, alto potencial cognitivo y excelente memoria mecánica.
- Aspecto físico normal.
- Mayores alteraciones en la primera infancia.
- Familias de origen muy inteligentes.

CONCEPTO DE AUTISMO

Un año después (1944), Hans Asperger utiliza el término ***"psicopatía autística"*** para referirse a una serie de cuatro casos con características clínicas diferentes a la obra de Kanner ("Pequeños profesores").

Esta publicación *Psicopatología autista en la infancia* tuvo poca trascendencia en la época por dificultades de difusión.

En 1981, Lorna Wing publica el libro *Asperger's Syndrome: a Clinical Account*, que ayudó a popularizar la obra de Asperger junto a las investigaciones de Uta Frith.

CONCEPTO DE AUTISMO

En 1979, Lorna Wing y Judith Gould definen el autismo «como un **continuo** más que como una categoría diagnóstica", lo que da lugar al origen del concepto de ***espectro autista***.

Desarrolló la *tríada de Wing:* trastorno de la reciprocidad social, de la comunicación verbal y no verbal y ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa. A esto añadió, posteriormente, los patrones repetitivos de actividad e intereses.

En 1981, popularizó el trabajo de Hans Asperger e introdujo el término *Síndrome de Asperger*.

AUTISMO EN EL DSM

Criterios diagnósticos del DSM:

- **DSM I** (1952)

- No contempla el autismo como una entidad específica.
- Reacción esquizofrénica, tipo infantil.

- **DSM II** (1968)

- Autismo como característica propia de la esquizofrenia infantil.
- Aparece el concepto “Esquizofrenia”, tipo infantil.

- **DSM III** (1980)

- Autismo como entidad específica “autismo infantil”.
- Se incluye dentro del grupo “trastornos generalizados del desarrollo”.

AUTISMO EN EL DSM

- **DSM III-R** (1987)

- Se sustituye el concepto de “autismo infantil” por “trastorno autista”.
- Se amplían y detallan los criterios diagnósticos.

- **DSM IV** (1994) y **IV-R** (2000)

- Se definieron 5 categorías propias de autismo: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
- Se simplifican los criterios diagnósticos.

AUTISMO EN EL DSM

- **DSM 5** (2013)

- Se sustituye el concepto de TGD por TEA, y se incluye dentro de los “trastornos del neurodesarrollo”.
- Se excluye el Trastorno de Rett del espectro autista al considerarse una enfermedad genética independiente que solo comparte alguna manifestación sintomática.
- El resto de subcategorías presentes en el DSM IV-R se suprimen y se engloban en el continuum de TEA.
- Se agrupan los criterios de alteración cualitativa de la comunicación e interacción social en un único criterio.
- Se incluye la hiper o hiporrespuesta a estímulos sensoriales dentro del criterio de comportamientos repetitivos.

AUTISMO EN EL DSM

- **DSM 5** (2013)

- Los síntomas deben estar presentes desde las primeras fases del desarrollo pero pueden no manifestarse hasta que las demandas sociales excedan las capacidades limitadas.

CLASIFICACION FRANCESA

La clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y adolescente se expone a continuación:

1. Autismo y trastornos psicóticos.

1.0 Psicosis precoces (trastornos invasivos del desarrollo).
1.1 Esquizofrenias.
1.2 Trastornos delirantes.
1.3 Trastorno psicótico agudo.
1.4 Trastornos tímicos.
1.5 Estados depresivos tras un episodio psicótico.
1.8 Otros trastornos psicóticos.
1.9 Trastornos psicóticos no especificados.

Como vemos, engloba al autismo dentro de los trastornos psicóticos. Al hablar de autismo utiliza el término psicosis precoz.

CLASIFICACION FRANCESA

Dentro de esta categoría de psicosis precoz, hace a su vez una subdivisión.

1.0 Psicosis precoces (trastornos invasivos del desarrollo).

1.00 Autismo infantil precoz – tipo Kanner.
1.01 Otras formas de autismo (incompletas o mayores de 3 años).
1.02 Psicosis precoz deficitaria (retraso mental).
1.03 Síndrome de Asperger (psicopatía autística).
1.04 Disarmonías psicóticas (otros TGD).
1.05 Trastornos desintegrativos de la infancia (Sd de Rett).
1.08 Otras psicosis precoces (Otros TGD).
1.09 Psicosis precoces no especificadas (TGD NE).

COMORBILIDAD TEA Y PSICOSIS

Hay estudios que hablan de la similitud entre síntomas defectuales psicosis y síntomas TEA.

Algunos autores argumentan que el diagnóstico, en ocasiones, puede depender únicamente de la experiencia clínica y preferencia del clínico (Bejerot, 2007; Nylander et al, 2008).

Los síntomas positivos de la psicosis pueden estar presentes en los TEA como parte de una reacción al estrés.

Pueden estar muchas veces infradiagnosticados, sobretodo, en situaciones de cambio de rutina.

COMORBILIDAD TEA Y PSICOSIS

Estos síntomas positivos de la psicosis son mucho más frecuentes en pacientes con diagnóstico de TEA que en la población general. Algunos autores que hablan al respecto son:

- Kyriakopoulos et al (2015). N=84. Subgrupo 1 (n=43) 26% alucinaciones. Subgrupo 2 (n=41) 2,4%.

- Bevan et al (2012). N=8232. N=6439 (78%) 11,55% síntomas psicóticos positivos. Edad.

- Abell and Hare (2005). N=46. Más fr en Sd. Asperger que en la comunidad.

- Raja and Azzoni (2010). N=26. Adultos. 80% delirios y 73% alucinaciones.

COMORBILIDAD TEA Y PSICOSIS

Esta sintomatología puede manifestarse como episodios de agitación con aumento de la agresividad (tanto hacia él mismo como hacia el medio).

Por ello, es muy importante la educación a los cuidadores en estos aspectos. Distinguir, por ejemplo, los soliloquios en respuesta a alucinación frente a ecolalia.

Una limitación que se repite en los estudios es la toma de antipsicóticos por alteraciones de conducta en los pacientes con TEA (puede enmascarar síntomas positivos de la psicosis).

BIBLIOGRAFÍA

Cashin, Andrew. "Autism spectrum disorder and psychosis: a case study." Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing 29.2 (2016): 72-78.

Bejerot, Susanne. "An autistic dimension: A proposed subtype of obsessive-compulsive disorder." Autism 11.2 (2007): 101-110.

Nylander, Lena, T. Lugnegard, and M. U. Hallerback. "Autism spectrum disorders and schizophrenia spectrum disorders in adults–is there a connection? A literature review and some suggestions for future clinical research." Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation 5.1 (2008): 43-54.

BIBLIOGRAFÍA

Kyriakopoulos, Marinos, et al. "Determination of psychosis-related clinical profiles in children with autism spectrum disorders using latent class analysis." European child & adolescent psychiatry 24.3 (2015): 301-307.

Jones, Rhys Bevan, et al. "The association between early autistic traits and psychotic experiences in adolescence." Schizophrenia research 135.1-3 (2012): 164-169.

Abell, Frances, and Dougal Julian Hare. "An experimental investigation of the phenomenology of delusional beliefs in people with Asperger syndrome." Autism 9.5 (2005): 515-531

BIBLIOGRAFÍA

Raja, Michele, and Antonella Azzoni. "Autistic spectrum disorders and schizophrenia in the adult psychiatric setting: diagnosis and comorbidity." Psychiatria Danubina 22.4. (2010): 514-521.

Artigas-Pallarès, Josep, and Isabel Paula. "El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger." Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 32.115 (2012): 567-587.

TEMA 32. MALOS TRATOS EN EL ANCIANO.

LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ
MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ
SONIA BAYÓN FLECHA
SHAMARA CASTILLO NOGRARO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- DEFINICIÓN
- TIPOS DE MALTRATO
- FACTORES DE RIESGO
- INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN
- PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN PARA DETECTAR EL MALTRATO
- RECOMENDACIONES PARA LOS TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA
- RECURSOS DISPONIBLES
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

- En España se calcula que para el año 2050 :
    - 33,4% de la población > 65 años
    - 11,4% de la población > 80 años

- A día de hoy el desconocimiento del número de casos no denunciados o no detectados está entorno al 80%
    - Sólo 1/15 casos se notifican

- Un 5% se dan en el domicilio y un 10% en las instituciones

DEFINICIÓN:

La definición más aceptada es: “cualquier acto único o repetido, o la falta de medidas apropiadas, que se producen dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza y que causa daño o angustia a una persona mayor” (INPEA)

TIPOS DE MALTRATO

- Maltrato físico
- Maltrato psicológico
- Maltrato sexual
- Maltrato económico
- Negligencia
- Abandono

1)Maltrato físico

Es el uso de fuerza que puede causar deterioro físico, daño corporal o dolor. (golpes, quemaduras, uso inapropiado de fármacos, forzar a comer…)

Indicadores:

- Caídas y lesiones no explicadas
- Heridas en zonas ocultas y con distinto grado de evolución
- Desnutrición, deshidratación, pérdida de peso
- Cambios frecuentes de médico y/o de centro
- Queja del propio paciente

2)Maltrato psicológico

Causar angustia, dolor emocional o estrés, que denigran a la persona y le disminuyen Su dignidad, identidad y autoestima. (Manipulación, amenazas, humillaciones, desprecio, aislamiento social..)

Indicadores:

- Cambios en los hábitos alimenticios
- Problemas para dormir
- Actitud de temor, resignación
- Baja autoestima, depresión, desesperanza
- Vacilaciones y rechazo a hablar abiertamente

3)Maltrato sexual

Cualquier contacto sexual no aceptado o cuando la persona no puede dar su consentimiento. (Tocamientos, fotografías, desnudez forzada…)

Indicadores:

- Cambios no explicados en la conducta (agresivo, retraído…)
- Quejas frecuentes de dolores abdominales, genitales…
- Infecciones genitales recurrentes o hematomas en zonas genitales o mamas

4)Maltrato económico

Uso ilegal o indebido de todos o algunos de los fondos económicos, bienes o propiedades del mayor. (Cobrar cheques sin autorización, falsificar firma, llevar con engaño a firmar un documento, chantaje económico…)

Indicadores:

- Manifestación expresa
- Pérdida de dinero, retirada atípica de las cuentas…
- Cambios de testamento cuando la persona ya no tiene capacidad
- Falta de confort y comodidades cuando se disponen de recursos

5)Negligencia

Falta de cualquiera de las obligaciones para con la persona mayor.(En algunos sitios aparece subdividida en física y médico-emocional)

Incluye: No satisfaces las necesidades básicas, negación de afecto, aislamiento…

6)Abandono

Desamparo del mayor por parte de la persona o institución responsable de su cuidado. (cuidador, tutor legal, hospitales, residencias…)

Indicadores negligencia/abandono:

- Suciedad, mal olor, erupciones no tratadas
- UPP
- Malnutrición, deshidratación
- Dejar sola durante largos periodos de tiempo en centro sanitarios, cuando está impedida..
- Deterioro progresivo de la salud sin cauda evidente

Factores de riesgo de la víctima (OMS)

1. Más frecuente en mujeres
2. Más frecuente en mayores de 75 años
3. Viudas o separadas
4. Severo deterioro funcional/cognitivo
5. Gran dependencia para las AVD
6. Cuidador principal familiar mayor de 55/60 años
7. Antecedentes de lesiones físicas
8. Mala higiene, malnutrido, polimedicado…
9. Gran soledad
10. No recibir visitas

Factores de riesgo del maltratador (OMS)

1. Parentesco con la víctima
2. No aceptar el rol del cuidador
3. Depender del anciano económicamente/compartir vivienda
4. Antecedentes psiquiátricos/ Alteración personalidad
5. Renuncia a ayudas sociales y/o económicas
6. Estrés derivado de múltiples causas: desempleo, problemas económicos...

- El maltrato no se da sólo en la clase social más desfavorecida, puede darse tanto en el ámbito familiar como en instituciones. Los principales implicados son los familiares y cuidadores.

- Además para la sociedad la juventud, la productividad y la salud son valores en alza mientras que el anciano, dependiente e improductivo, es considerado “una carga” para las familias.

- Debemos trabajar sobre este concepto que tiene la sociedad de las personas mayores y sobre los factores de riesgo para poder prevenir los malos tratos.

Instrumentos de detección

SENCILLOS

-QUE NOS CONSUMAN DEMASIADO TIEMPO EN LA CONSULTA

-QUE PUEDAN SER UTILIZADOS POR CUALQUIER PROFESIONAL

PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN PARA DETECTAR EL MALTRATO

DEL ANCIANO:

Evaluación general: Ropa, higiene, aspecto, alimentación..

Evaluación física: Equimosis, rozaduras, desgarros…
Evaluación cognitiva/conductual

Relaciones con el cuidador

Efectos personales: dinero en efectivo, artículos de aseo, ropa personal…

Opinión personal del evaluador

DEL CUIDADOR:

- Relación con el paciente (parentesco)
- Edad
- Sexo /estado civil
- Situación doméstica (convive con)
- Indicios de :alcoholismo, drogodependencia, dependencia económica
- Indicios de estrés: frustración, agotamiento, ansiedad, falta de tiempo de ocio

DEL CUIDADOR (II):

- Conocimiento de la situación del paciente: problemas de salud, tto., ayuda en AVD.
- Actitud hacia el paciente
- Actitud hacia los profesionales
- Comportamiento hacia el paciente durante la consulta
- Resumen y opinión del evaluador

Recomendaciones para los trabajadores de Atención Primaria

Estar alerta ante la posibilidad de maltrato en los ancianos

- Identificar personas en riesgo: factores de riesgo y vulnerabilidad
- Investigar señales de alerta
- Intervenir modificando factores de riesgo cuando esto sea posible

Recomendaciones para los trabajadores de Atención Primaria (II)

- Una vez diagnosticado el maltrato, poner en marcha estrategias de actuación con la víctima y agresor (con frecuencia el cuidador) y hacer el seguimiento del problema

- Coordinar nuestra actuación con el trabajador social y los servicios especializados

- Registrarlo en la historia

RECURSOS DISPONIBLES

- Servicio de atención domiciliaria: atención personal, información, orientación, limpieza del hogar, teleasistencia, comida a domicilio…
- Prestaciones económicas: ayudas a personas dependientes
- Programas específicos: voluntariado, programas "acogida de jóvenes estudiantes por parte de personas mayores", centros cívicos, grupos de ayuda mutua.
- Servicios residenciales

CONCLUSIONES

- Es un problema grave y desconocido.
- Se da tanto en el domicilio como en las instituciones, el agresor suele ser el cuidador y no solo se da en familias desfavorecidas.
- Debemos estar atentos a los signos de malos tratos y estar atentos a aquellas situaciones que pueden derivar en malos tratos para prevenirlos.
- Una vez diagnosticado el problema debemos poner en marcha estrategias de actuación, ponernos en contacto con la trabajadora social y los servicios especializados.
- Hacer un seguimiento y registrarlo en la historia.

BIBLIOGRAFÍA

- Rueda Estrada (2006). “El maltrato a las personas mayores : bases teóricas para su estudio” Junta Castilla y León, Consejería de familia e igualdad de oportunidades.
- Beltrán A. “Guía básica para la detección y actuación ante situaciones de maltrato a personas mayores”, Junta de Castilla y León
- Mercé Tabueña (2009). “Los malos tratos en las personas mayores, una realidad oculta”, Obra social Caixa Catalunya.
- Coma M. , Muñoz J. (2009). Prevenir y actuar contra malos tratos a las personas mayores, Obra social Caixa Catalunya.

TEMA 33. DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN: ERRORES EN SU USO.

CRISTINA DÍAZ PÉREZ
PAULA GUTIÉRREZ DÍAZ
M. BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ
SONIA BAYÓN FLECHA

ÍNDICE

- MARCO CONCEPTUAL
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y MÉTODOS
- RESULTADOS
- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES
- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MARCO CONCEPTUAL

El asma bronquial y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son las enfermedades del sistema respiratorio más prevalentes en nuestro país; siendo un problema de salud pública por su impacto social, sanitario y económico.

Su principal tratamiento son los fármacos inhalados: ayudan a distribuir el fármaco por los pulmones.
Dicha distribución depende de factores como las partículas de los fármacos, las condiciones de la respiración o la técnica de inhalación.

MARCO CONCEPTUAL

La principal ventaja del uso de la vía inhalatoria es la acción directa del fármaco sobre el órgano diana así como la rapidez de acción de éste. Por otro lado, su gran desventaja es la dificultad que supone la técnica de uso de los inhaladores para algunas personas.

Dichas técnicas varían dependiendo del tipo de dispositivo, por lo que su uso puede resultar complejo.

Por todo ello, es imprescindible que los profesionales de Enfermería estén capacitados para enseñar a los pacientes cómo utilizar los distintos tipos de dispositivos de terapia inhalatoria de una forma correcta.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer los errores más frecuentes en la utilización de la terapia inhalada.

Objetivo específico:

Sensibilizar a los profesionales de Enfermería sobre la existencia de errores en el uso de los diferentes dispositivos de inhalación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica a partir de fuentes documentales secundarias en las bases de datos on-line PubMed, Cuiden y Scielo, utilizándose operadores booleanos y limitadores de tiempo e idioma.

Como criterios de inclusión de los artículos se consideró que tuvieran relación con la pregunta de la búsqueda, nivel de evidencia (JBI) de los artículos I, II, III.1 y III.2, con una fecha de publicación posterior a los últimos cinco años, escritos en castellano e inglés.

Como criterio de exclusión se consideró aquella documentación anterior al 2013 y aquella escrita en otros idiomas que no fueran español o inglés.

Palabras clave: asma, EPOC, enfermería, inhaladores, manejo de inhaladores y terapia inhalatoria.

RESULTADOS

El error más frecuente es no realizar de manera correcta la apnea tras la inhalación detectándose casi en un 60% de los pacientes.

Más del 55% no espiran lentamente por la nariz tras la inhalación, y casi el 50% no realizan una exhalación vaciando por completo sus pulmones previa a la inhalación.

Más de un 60% de los pacientes no limpian de forma correcta los inhaladores, más del 35% no realiza enjuagues bucales tras su uso y casi el 30% no sellan bien los labios al realizar la inhalación.

RESULTADOS

Hasta un 50% de pacientes se olvidan de tomar una o dos dosis semanales del inhalador y casi un 3% presentan un incumplimiento aún mayor.

Existen más de un 30% de suspensiones del tratamiento de forma temporal, cuando comienzan a sentirse mejor, además, un 10% suspende los inhaladores por completo.

Entre el 31 y 85% de los profesionales tienen una técnica incorrecta de inhalación cuando son evaluados de forma objetiva; además, entre un 40 y un 50%, no dan una correcta educación sobre el usos de inhaladores.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- El manejo de los dispositivos inhalatorios requiere un buen conocimiento de su técnica de administración y la adquisición de habilidades para su correcto uso, ya que de eso depende el éxito o el fracaso en el control terapéutico de la enfermedad respiratoria.

- Una mala técnica tiene como consecuencia una disminución de la eficacia de la terapia inhalatoria y, por lo tanto, un mal control de sus síntomas y un incremento significativo de la demanda de recursos sanitarios.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- Es importante que los profesionales sanitarios tengan conocimiento sobre la adecuada técnica inhalatoria, las características de los distintos dispositivos de inhalación, así como de los errores más frecuentes asociados a todo ello.

- El desconocimiento y la falta de habilidades por parte de los profesionales perjudica los cuidados del paciente, promoviendo un incremento de los errores mencionados en los resultados de esta revisión, así como un aumento las complicaciones de dichas enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2018.
2. Plaza V, Álvarez F, Calle M, Casanova C, Cosío BG, López-Viña A et al. Consenso sobre el solapamiento de asma y EPOC (ACO) entre la Guía española de la EPOC (GesEPOC) y la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Archivos de Bronconeumología. 2017; 53 (8): 443-449.
3. Técnica y dispositivos de inhalación: puesta al día (II). INFAC. 2016; 24(7).
4. Dispositivos y guía de administración vía inhalatoria. Grupo de Productos Sanitarios de la SEFH. 2017.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5. García Cases S, Caro Aragonés I, Aguinagalde Toya A, Gaspar Carreño M, Márquez Peiró JF. Dispositivos y guía de administración vía inhalatoria. RevOFIL. 2017; 27(1): 31-46.
6. Correct use of inhalers: Help patients breathe easier. Institute for Safe Medication Practices. ISMP. 2016.
7. Serrano Noguera A, Sánchez Martínez A, García Palacios M, Medina Abellán MD, Arnau Sánchez J. Eficacia de una intervención educativa en el manejode dispositivos de inhalación. Metas Enferm. 2015; 18(5): 18-23.
8. Técnica y dispositivos de inhalación: puesta al día (I). INFAC. 2016; 24(6).

TEMA 34. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL EN EL DOMICILIO: CASO CLÍNICO.

PAULA GUTIÉRREZ DÍAZ
MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ
SONIA BAYÓN FLECHA
LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVO
- METODOLOGÍA
- DIAGNÓSTICO: NOC/NIC
- APLICABILIDAD CLÍNICA
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Varón de 71 años con enfermedad de Parkinson grado IV y portador de una gastrostomía y sondaje vesical.
Antecedentes de: Hipoacusia, síndrome ansioso-depresivo, dislipemia, retención urinaria, estreñimiento, desnutrición calórico-proteica y úlceras por presión.

OBJETIVO

Ejemplificar la actuación de enfermería en los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) mediante la presentación de un caso clínico describiendo el proceso enfermero y el plan de cuidados.

METODOLOGÍA

Para la valoración del paciente se utilizan los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, posteriormente se establecen los diagnósticos de enfermería y se elabora un plan de cuidados, siguiendo el proceso enfermero.

Diagnósticos: NOC/NIC

1. Desequilibrio nutricional, ingesta inferior a las necesidades: relacionado con factores psicológicos y manifestado por aversión a comer.

NOC: Estado nutricional: Ingesta alimentaria y de líquidos.

NIC: Alimentación enteral por sonda.

2. Estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente y manifestado por defecación dificultosa.

NOC: Control síntomas

NIC: **Manejo del estreñimiento**

3. Retención urinaria

NOC: Eliminación urinaria.
NIC: Cuidados del catéter urinario.

4. Deterioro de la integridad cutánea relacionado con desequilibrio nutricional y manifestado por úlcera por presión.

NOC: Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

NIC: Cuidados de las UPP.

6. Incontinencia fecal relacionado con deterioro cognitivo y manifestado por incapacidad para reconocer la urgencia de defecar.

NOC: Integridad de la piel: piel y membranas mucosas.

NIC: Cuidados de la incontinencia intestinal.

7. Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos y malnutrición

NOC: Detección de riesgo: reconoce signos y síntomas de infección.
NIC: Control de infecciones.

8. Déficit de autocuidado:baño-higiene/ vestido-acicalamiento relacionado con deterioro neuromuscular y manifestado por incapacidad total.

NOC: Cuidados personales: baño, vestir.

NIC: -Baño

- Técnicas vestir/desvestir

Aplicabilidad clínica

La atención domiciliaría en los últimos momentos de la vida presenta beneficios para el paciente, proporcionando mayor intimidad, autonomía y dignidad. Además, que los profesionales de enfermería registren su actividad proporciona una mayor seguridad para el paciente y favorece la evolución de la profesión y la continuidad de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones yclasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier España, 2008.

2. Mc CloskeyDochterman JC y Bulechek GM. Clasificación deIntervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier España,2004.

3. Johnson M, Maas M, Moorhead S, Anderson M, Aquilino M,Belliner S. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed.Madrid: Elsevier España, 2004.

TEMA 35. HIGIENE EN LA ESCUELA INFANTIL.

ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO

ANA VIOR LÓPEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. DEFINICIÓN DE HIGIENE
3. HÁBITOS CORRECTOS DE HIGIENE EN LA ESCUELA
4. TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA HIGIENE
   - 4.1 Eritema
   - 4.2 Muguet y candidiasis del pañal
   - 4.3 Pediculosis
   - 4.4 Caries dental
   - 4.5 Helmintiasis

1.INTRODUCCIÓN

La educación constituye uno de los ejes fundamentales para el desarrollo de la salud y la calidad de vida. El entorno escolar ofrece oportunidades óptimas para la adquisición de habilidades que permitan construir salud.

Los centros educativos son el lugar más idóneo para llegar a la población infantil y es en la etapa de la educación escolar cuando se instauran los principales hábitos de la futura vida adulta. En la escuela además de los conocimientos académicos se ha de potenciar la promoción de estilos de vida saludables, ya que es en la edad escolar, el momento en que se adquieren conductas que nos van a acompañar siempre.

2.DEFINICIÓN DE HIGIENE

Higiene se define como "parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades", esto es, el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar las personas para el control de los factores que pueden constituir riesgos para la salud.

La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo, y como es lógico los hábitos higiénicos no son algo aislado sino que guardan relación con las demás actividades fundamentales que a diario ocupan al niño: comer, dormir, jugar, ir al baño, mantener el cuerpo limpio…

3.HÁBITOS CORRECTOS DE HIGIENE

•Los juguetes se tienen que lavar todos los días.
•Cada niño debe tener su cuna
•Se deben generar hábitos de lavarse las manos a menudo.
•Poner etiquetas en los biberones y chupetes, y lavarlos con agua caliente después de su uso.
•Usar guantes de látex o vinilo de un solo uso cuando cambian los pañales a los niños para evitar la contaminación entre unos y otros.
•No admitir a niños que parezcan estar enfermos y tengan síntomas como diarrea, tos excesiva, secreción en los ojos o fiebre.

4.TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA HIGIENE

La escuela debe esforzarse a toda costa en la prevención y detección de enfermedades, ya que, en caso contrario, se puede convertir en un foco de contagio.
Muchos de los trastornos relacionados con la higiene son de fácil y rápida transmisión, y una vez que un niño en la escuela está infectado se puede producir el contagio rápido de los demás niños.
El educador tiene que ser muy escrupuloso con el establecimiento de normas y la exigencia de su cumplimiento, y pensar tanto en la higiene y la salud de los niños de manera individual como de éstos en grupo; debe tener en cuenta la higiene del aula y la comunicación con los padres.

4.1 Eritema

Supone la inflamación con lesiones visibles en la piel que afectan a la zona que cubre el pañal: aparato genital, anal, glúteos muslos… está relacionado directamente con la deficiente limpieza del aparato genital; la zona del pañal es una zona que constantemente está húmeda y esto facilita la irritación de la piel (muy sensible en los bebés)
En los casos más leves supone un enrojecimiento de la zona.
En los casos más graves supone la aparición de úlceras más o menos profundas.
Las causas de la eritema pueden estar en:
-La escasa frecuencia en el cambio de pañal.
-Las diarreas más o menos crónicas, de heces líquidas y ácidas.

4.2 Muguet y candidiasis del pañal

Es una infección por hongos que afecta a la boca y al aparato genital.
En el caso de la infección de la boca, se observan granitos blancos sobre base roja, que causan dolor al niño; como consecuencia el niño rechaza el alimento.
La causa de la infección en la boca está en biberones y chupetes mal desinfectados, y en objetos que se llevan los niños a la boca.
En el caso de la zona genital, supone un enrojecimiento-irritación brillante, que en ocasiones se puede confundir con la eritema; si no se trata, la zona afectada cada vez es mayor.
Hay que derivar al pediatra que suele recetar un tratamiento, pomada, con la que desaparece fácil y rápidamente.

4.3Pediculosis

La pediculosis es la infestación por piojos, muy normal en niños que conviven juntos.
Los piojos son insectos diminutos de color rojizo o negro que viven como parásitos en la cabeza de los seres humanos y se alimentan de su sangre. Sus picaduras producen dolor y picor fuerte, al arrascarnos se producen irritaciones y heridas por el cuero cabelludo.
El piojo vive en el pelo de la cabeza (si la infestación es muy grande puede hacerlo en cejas y pestañas). No salta ni vuela, se desplaza rápidamente entre los pelos si están secos, les cuesta más si el pelo está húmedo.

4.4 Caries dental

La caries es un proceso patológico y localizado de origen externo que se inicia después de la erupción dentaria, empieza con un reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hacia una cavidad.
Caries del biberón, es un trastorno que tiene su origen en niños muy pequeños, que aun no tienen dientes pero cuando éstos les salen (6-18 meses) son de color negruzco.

4.5 Helmintiasis

Helmintiasis es el nombre genérico que damos a las enfermedades causadas por la parasitación de helmintos en el intestino, (nombre común lombrices).
Los helmintios son gusanos blancos minúsculos que se introducen en el organismo a través de alguna sustancia contaminada y viven en el intestino. Ponen huevos alrededor del ano y producen un picor-escozor intenso; en las niñas se pueden extender a la zona vaginal, con lo que el problema se agrava; a veces pueden producir intranquilidad, alteraciones en el sueño, … Son inofensivos, pero son muy molestos.
Su contagio es rápido y fácil, y está relacionado con la higiene inadecuada de manos y uñas principalmente. La transmisión es vía fecal-oral.

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** Madrid, B., Froján, M., y Sánchez, C. (2013). Evolución de los conocimientos y hábitos de higiene bucodental en escolares de educación infantil.
  Calvo, S. (1991). Educación para la salud en la escuela. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.

- **Página WEB :** OMS (2010). Normas sobre agua, saneamiento e higiene para las escuelas. Recuperado de http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wsh_standards_school/es/.

TEMA 36. SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO.

Mª BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ

SONIA BAYÓN FLECHA

CRISTINA DÍAZ PÉREZ

SHAMARA CASTILLO NOGRARO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS DEL TRABAJO
- METODOLOGÍA EMPLEADA
- SOPORTE VITAL BÁSICO: RCP Y DESA
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorespiratoria (PCR) es aquella situación clínica que comprende un cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de funciones respiratorias y/o cardiocirculatorias espontáneas, no siendo resultado de la evolución natural de una enfermedad crónica avanzada o incurable o del envejecimiento biológico.

Si no se contrarresta con medidas de reanimación, la PCR produce una disminución brusca del transporte de oxígeno que da lugar a una disfunción cerebral y, posteriormente, conduce a lesiones celulares irreversibles en el organismo y a la muerte biológica.

Las causas de PCR son diversas y están influenciadas por factores de riesgo cardiovasculares y ciertos estilos de vida.

La PCR es una de las causas más frecuentes de muerte en Europa, afectando aproximadamente a unos 700.000 europeos al año. En España se estima que 24.500 españoles sufren un paro cardíaco cada año, sobreviviendo tan sólo un 5% de las victimas debido a la falta de atención precoz en el lugar de los hechos.

Durante los primeros 5 minutos de una PCR la sangre se encuentra oxigenada y se acumula en las cavidades derechas del corazón; por ello, la realización de las compresiones torácicas permite aumentar la supervivencia.

Además, el 80% de las PCR extrahospitalarias se producen a ritmos desfibrilables (fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso) por lo que el retraso en la utilización de un desfibrilador externo semi-automático y en la realización de la reanimación cardiopulmonar supone una disminución las posibilidades de supervivencia del paciente a razón del 10% por cada minuto de retraso.

La presente revisión bibliográfica pretende ofrecer unos conocimientos básicos sobre la realización de la reanimación cardiopulmonar así como de la utilización y manejo del desfibrilador externo semi-automático con el fin de capacitar a las personas para llevar a cabo el Soporte Vital Básico en el medio extrahospitalario y con ello, aumentar las posibilidades de supervivencia de todo individuo que sufra una parada cardiorespiratoria en la calle.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Desarrollar los conocimientos necesarios para la realización del Soporte Vital Básico por parte de personal no sanitario en el medio extrahospitalario.

Objetivos específicos

Enumerar las acciones a seguir para practicar la reanimación cardiopulmonar.

Definir los pasos para manejar el desfibrilador externo semi-automático.

METODOLOGÍA UTILIZADA

La profundización en el tema se llevó a cabo a través de bases de datos bibliográficas donde se localizó, recuperó y valoró toda la información existente relacionada con el tema a tratar para, finalmente, realizar una revisión bibliográfica narrativa.

El **tipo de estudio** ante el que estamos es una revisión narrativa.
La **base de datos** utilizada fue Redalyc. Además se aplicaron las búsquedas en el motor de búsqueda Google Académico.
Las palabras claves usadas fueron soporte vital básico, parada cardiorespiratoria, reanimación cardiopulmonar y desfibrilador así como sus abreviaturas.

SOPORTE VITAL BÁSICO: RCP Y DESA

La **cadena de supervivencia**, entendida como la serie de acciones que, en su conjunto, han demostrado que, si se realizan correctamente, las posibilidades de supervivencia tras una parada cardiorespiratoria (PCR) presenciada extrahospitalaria se aproximan al 50%.

Para el adulto la cadena de supervivencia está formada por los siguientes eslabones:

- ✓Reconocimiento inmediato de la PCR y activación del sistema de emergencias.
- ✓Reanimación cardiopulmonar (RCP) precoz.
- ✓Desfibrilación lo antes posible si estuviera indicada.
- ✓Soporte Vital Avanzado.
- ✓Cuidados post-reanimación.

Los tres primeros eslabones de la cadena de supervivencia forman el **Soporte Vital Básico** (SVB) entendiéndose éste como el conjunto de acciones que permiten la identificación de los signos de PCR, la realización de técnicas de RCP y el uso del DESA.

Ante un posible caso de PCR y tras comprobar que el lugar es seguro la persona que va a ofrecer auxilios, es decir, el reanimador, deberá realizar la valoración de la consciencia de la persona a auxiliar mediante estímulos verbales y dolorosos.

Si la persona responde, le preguntará qué le pasa y le colocará en **posición lateral de seguridad** (PLS):

✓Con la persona boca arriba, totalmente estirada, el reanimador se colocará de rodillas junto a un costado y flexionará el brazo más cercano a el en un ángulo de 90º.

✓El reanimador colocará el otro brazo sobre el pecho del paciente con su mano en la mejilla y cogerá del hombro y de la rodilla más alejada para traccionar hacia sí mismo hasta apoyar la rodilla en el suelo.
✓El reanimador colocará la mano bajo la cabeza y realizará una pequeña hiperextensión del cuello.

En el caso de que la persona no responda se abrirá la vía aérea mediante la **maniobra frente-mentón** para valorar la respiración entre cinco y diez segundos. Esta maniobra se realiza de la siguiente forma:
✓El reanimador colocará al paciente tumbado decúbito supino (boca arriba).
✓Con una mano desplazará la frente hacia atrás
✓Con la otra mano, usando los dedos, desplazará la mandíbula hacia arriba y delante.

Si la persona respira se colocará en PLS. En caso contrario, si el reanimador se encuentra solo gritará pidiendo ayuda, llamará al 112 explicando lo sucedido y su situación geográfica e iniciará la RCP; si se encuentra acompañado será la otra persona quien llame al servicio de urgencias y acuda en búsqueda de un DESA mientras que el comenzará de forma inmediata las maniobras de resucitación.

El primer paso para llevar a cabo la **RCP** son las compresiones torácicas. El reanimador se posicionará de rodillas junto a un costado del paciente, colocará el talón de una mano en la mitad inferior del tórax, apoyando el talón de la otra encima y mantendrá sus hombros perpendiculares al centro del pecho del paciente. Se realizarán 30 compresiones a una frecuencia de al menos 100 compresiones por minuto con una profundidad de 5 centímetros.

Tras la realización de las 30 compresiones, el reanimador administrará dos respiraciones. Las ventilaciones se pueden realizar de diversas maneras: boca-boca, boca-nariz o boca-dispositivo de barrera (pantallas, válvulas o mascarillas de rescate). El volumen de aire a administrar debe de ser el suficiente para elevar el tórax, siendo una cantidad de 600 mililitros la adecuada para mantener la oxigenación y la normocapnia.

Se repetirán los ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones (30:2) hasta un total de cinco ciclos completos, lo que en tiempo equivaldría a dos minutos. Pasado este tiempo, si hay más de un reanimador se deberán de cambiar el puesto para evitar el cansancio y mantener una RCP de calidad, siempre teniendo en cuenta que hay que evitar al máximo el número de interrupciones y que la duración en los cambios de los reanimadores debe de ser inferior a 5 segundos.

Cuando no se pueda realizar ventilación de rescate por ausencia de dispositivos de barrera, problemas morales, información emitida por el servicio de urgencias o por desconocimiento de la técnica por parte del reanimador, se realizará masaje continuo a 100 compresiones por minuto.

En cuanto llegue, se usará de forma inmediata el DESA ya que las probabilidades de supervivencia dependen de si el paciente recibe RCP y desfibrilación precoz. Hay que tener en cuenta que el DESA se usará en todo paciente inconsciente y sin respiración.

El **DESA** es un dispositivo electrónico que analiza el ritmo eléctrico del corazón y valora la indicación o no de una descarga con la finalidad de paralizar la actividad eléctrica caótica del corazón y que así pueda reiniciarse y comenzar a funcionar normalmente (como hacer un “reset”).

Tras su llegada realizaremos 4 pasos universales para su utilización:

- ✓Encender
- ✓Conectar
- ✓Analizar
- ✓Desfibrilar

Después de encender el DESA el reanimador colocará los electrodos en el pecho del paciente siguiendo las instrucciones del fabricante puesto que la colocación incorrecta modifica la sensibilidad del análisis. Uno de los electrodos va colocado verticalmente por debajo de la clavícula derecha y por fuera del esternón y el otro va horizontalmente por debajo del surco mamario izquierdo, entre las líneas axilares posterior y anterior, a 10 centímetros de la axila.

A la hora de colocar los electrodos se han de tener en cuenta una serie de situaciones posibles:

✓Si el pecho del paciente está húmedo, el reanimador lo secará para evitar que la energía vaya por la superficie entre los electrodos y pierda eficacia.

✓No se deben colocar los electrodos encima de parches de medicación por la menor transmisión de la energía y por riesgo de quemaduras. Primero se retirará el parche, se limpiará la zona y después se colocará el electrodo.

✓Respeto a los dispositivos implantados subcutáneamente como marcapasos o desfibriladores automáticos internos, se deben de colocar los electrodos con una separación de 3 centímetros.

✓En pacientes muy delgados el reanimador estirará la piel antes de colocar los electrodos para evitar burbujas de aire.

✓En un tórax con mucho vello el reanimador rasurará la zona previamente. Si no dispone de cuchilla puede utilizar los propios electrodos como bandas de depilación y usar el segundo juegos de electrodos para la desfibrilación.

Posteriormente el reanimador conectará los cables de los parches al propio DESA; inmediatamente después el dispositivo comenzará a analizar el ritmo cardiaco y nos indicará que no se toque al paciente por lo que en ese momento no se podrá realizar masaje cardíaco.

Si el DESA detecta un ritmo desfibrilable, ya bien sea fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso, indicará mediante señales luminosas y auditivas que se debe de realizar una descarga. En ese momento el reanimador deberá asegurarse que nadie esté tocando al paciente y administrará la descarga presionando el botón que se ilumina.

Tras la administración de la descarga se iniciará de nuevo la RCP a ritmo 30:2. En ese momento el DESA se pone en espera durante 2 minutos; transcurrido ese tiempo el mismo dispositivo indicará al reanimador que detenga la RCP para analizar de nuevo el ritmo cardíaco del paciente.

Las maniobras de RCP extrahospitalaria realizadas por personal no sanitario se suspenderán cuando el paciente muestre signos de recuperación, el reanimador se encuentre exhausto o lleguen los servicios sanitarios de emergencia.

CONCLUSIONES

El corazón puede dejar brusca e inesperadamente de latir en cualquier sitio o situación. Por eso, el conocimiento de las maniobras de RCP así como el manejo del DESA son de vital importancia para aumentar la tasa de supervivencia en PCR.

Entre la víctima que sufre la PCR y la atención médica especializada existen una serie de eslabones que deben de ser informados, formados y entrenados para asegurar la rapidez y eficiencia de la actuación frente a las emergencias ya que una actuación precoz y de calidad puede suponer una supervivencia de más del 50%.

BIBLIOGRAFÍA

Alba, R. Educación para la salud en primeros auxilios dirigida al personal docente del ámbito Escolar. Enfermería Universitaria. 2015; 12(2): 88-92

Angulo, P; Lana, A; Morís, J. Conocimientos y disposición para realizar soporte vital básico por agents de la policía local. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2017; 40(2): 177-185

Bibiano, c; García, MT; Ibero, C; Malagón, F; Montero, M; Pacheco, R. Manual de Urgencias. Madrid: Grupo Saned; 2014.

Comité Clínico Asistencial de la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte sanitario del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Guía asistencial de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias. Castilla-La Mancha: Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del SECAM; 2014

Cruz Roja Española. Manual de primeros auxilios. Madrid: Santillana Ediciones Generales; 2008.
Lazo, M. Nivel de conocimiento y aptitudes de la reanimación cardiopulmonary en trabajadores. Revísta Enfermería del Trabajo. 2017; 7(4): 109-116
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo Clínico Terapéutico en Urgencias Extrahospitalarias. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2013.
Sancho, MJ. Promoción de la salud. Cursos de reanimación cardiopulmonary básica. Enfermería en Cardiología. 2000; 7(21): 36-40
Vázquez, MJ; Casal, JR. Guía de actuación en Urgencias. 4ª Edición. Castilla y León: Ofelmago; 2012.

TEM 37. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

ESTELA GARCÍA COYA

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- EPIDEMIOLOGÍA
- FACTORES DE RIESGO
- CLÍNICA
- DIAGNÓSTICO
- TRATAMIENTO
- EVOLUCIÓN
- PREVENCIÓN
- CONCLUSIONES

DEFINICIÓN

“Inflamación del parénquima pulmonar debida a un agente infeccioso”

EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios poblacionales prospectivos sitúan la incidencia anual de NAC **entre el 5 y el 11%** de la población adulta.
En los diferentes países, el número de ingresos por NAC oscila entre **1,1 y 4 por mil pacientes**.
Asímismo, el número de ingresos aumenta con la edad (**1,29 por 1000** en pacientes de 18 a 39 años frente al **13,21 por 1000** en aquellos de 55 o más).
Entre un **1,2 y un 10%** de pacientes hospitalizados por NAC precisan ingreso en UVI.
Mortalidad: 8% a los 90 días, 21% al año y 36% a los 5 años

FACTORES DE RIESGO

Tabaquismo (>15 paquetes-año)
Estado civil (soltero, viudo, divorciado)
Infecciones respiratorias de vías superiores en el último mes
Ingreso hospitalario en los últimos 5 años.
Enfermedades obstructivas.
Epilepsia
Diagnósticos previos de neumonía
Tratamiento con inhaladores (esteroides)

CLÍNICA

Inespecífica.
Fiebre, tos (90%), expectoración (66%), disnea (66%), dolor torácico pleurítico (50%) y hemoptisis (15%).
Ancianos: ausencia de fiebre, confusión, descompensación de enfermedades subyacentes.
Legionella: signos de infección grave, diarrea y afectación neurológica. **Hiponatremia**, hipopofosfatemia, hematuria.

DIAGNÓSTICO

"La presencia de una condensación en la radiografía de tórax en un paciente con manifestaciones clínicas compatibles con NAC es el **patrón oro** para el diagnóstico de esta enfermedad"

- Localización
- Extensión
- Posibles complicaciones
- Evolución
- Indicadores de gravedad

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Amoxicilina / Amoxicilina- Clavulánico (7d)

+

Macrólidos (Azitromicina 3-5 d o Claritro 7d

Cefditoren (7 días) + Macrólidos

Moxifloxacino o Levofloxacino (5-7días)

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

TRATAMIENTO **INTRAVENOSO 7 días**

Ceftriaxona o Cefotaxima + Macrólido

Amoxicilina-Clavulánico + Macrólido

Levofloxacino en monoterarapia

TRATAMIENTO EN UCI

Ceftriaxona / Cefotaxima a dosis altas + Macrólido

Alternatva:
Asociar Levofloxacino (500 mg/ 12 h) si no se pueden dar Macrólidos.

7-14 días

Escribir el contenido siempre en arial 24…

Lorem Ipsum es simplemente el texto de relleno de las imprentas y archivos de texto. Lorem Ipsum ha sido el texto de relleno estándar de las industrias desde el año 1500, cuando un impresor (N. del T. persona que se dedica a la imprenta) desconocido usó una galería de textos y los mezcló de tal manera que logró hacer un libro de textos especimen. No sólo sobrevivió 500 años, sino que tambien ingresó como texto.

Relleno en documentos electrónicos, quedando esencialmente igual al original. Fue popularizado en los 60s con la creación de las hojas "Letraset", las cuales contenian pasajes de Lorem Ipsum, y más recientemente con software de autoedición, como por ejemplo Aldus PageMaker, el cual incluye versiones como…

EVOLUCIÓN

Debe esperarse una **mejoría clínica** en 2-3 días
La **fiebre** persiste 3-6 días
La **tos** alrededor de 1 semana
La **leucocitosis** desaparece en torno al cuarto día

Solo la mitad de los pacientes tiene una resolución radiológica completa a las 2 semanas

NAC QUE NO RESPONDE AL TRATAMIENTO

10-15% de los hospitalizados
21% de los ambulatorios
NAC no respondedora vs NAC de lenta resolución

ACTUACIÓN ANTE NAC QUE NO RESPONDE

Reevaluación completa→ Evaluación microbiológica → TC→ Ampliar cobertura antihiótica y posteriormente desescalar→ Tratamiento antifúngico

PREVENCIÓN

VACUNAS FRENTE AL NEUMOCOCO

Tipo de vacuna	Nombre comercial y Compañía	Serotipos incluidos	Edad autorizada
Polisacárida de 23 serotipos	**Pneumo 23** **Pneumovax 23** *Sanofi Pasteur MSD*	1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F, 33F	Desde 2 años
Conjugada de 10 serotipos	**Synflorix** *GSK*	1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F, 23F	Desde 6 semanas hasta 5 años
Conjugada de 13 serotipos	**Prevenar 13** *Pfizer*	1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F	Desde 6 semanas

1. Vacuna polisacárida de 23 serotipos (PPV23)
2. Vacuna conjugada 13-valente (PCV13).

CONCLUSIONES

1. El Neumococo es el más frecuente en todas las series y hay que cubrirlo **SIEMPRE**.
2. **NO** a la monoterapia con Macrólidos.
3. Atención a la gravedad
4. La primera dosis de antibiótico ha de ser precoz.
5. Revaloración completa cuando “no va bien”
6. Insistir en medidas preventivas.

TEMA 38. OBESIDAD
¿EXISTE LA PÍLDORA MILAGROSA?.

SHAMARA CASTILLO NOGRARO
LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ
CRISTINA DÍAZ PÉREZ
PAULA GUTIÉRREZ DÍAZ

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- MATERIAL Y MÉTODOS
- RESULTADOS
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION

En las últimas décadas la prevalencia de obesidad ha ido aumentando progresivamente como si se tratase de una verdadera epidemia. Según la OMS, ya en el año 2005, había entorno a unos 400 millones de personas obesas en el mundo. Las últimas referencias en 2016 hablan de 1900 millones de personas adultas con sobrepeso, de los cuales, 650 millones eran obesos presentando un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30. En España, el 39,3 % de la población sufre sobrepeso y el 21,6% obesidad, por lo que más de la mitad de la población (60,9%) presenta una sobrecarga ponderal.

Durante los últimos años se han multiplicado las investigaciones que tratan de averiguar como se ha producido este fenómeno, pudiendo conocer mejor el funcionamiento del balance calórico y la regulación del apetito y la saciedad. Se ha establecido que el centro regulador está ubicado en el hipotálamo, y para realizar esta función cuenta con un sistema de sensores repartidos tanto en el sistema digestivo, como en otros órganos. Todos estos conocimientos se deben en gran parte a la motivación de la industria farmaceútica, que busca desesperadamente una píldora mágica que logre controlar el apetito o el equilibrio calórico, sin interferir con otros mecanismos metabólicos. Si existiera y no tuviese consecuencias negativas, sería un gran éxito para la industria farmaceútica y para los cientos de millones de personas obesas.

Pocos medicamentos seguros y efectivos están actualmente disponibles para el tratamiento de la obesidad. Por lo tanto, se necesitan enfoques alternativos para la pérdida de peso que sean seguros y bien tolerados y que puedan reducir los riesgos asociados con la obesidad. Para entender mejor este punto en las siguientes diapositivas se explican los diferentes medicamentos que existen o existieron como posible remedio para el control de la obesidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica del tema tratado utilizando los recursos de búsqueda Pubmed y Scielo. Así como las páginas digitales de la Agencia Española del medicamento, la US food and drugs Administration y el Vademecum.

RESULTADOS

Anfetaminas: Eran efectivas como broncodilatadoras, vasoconstrictoras, antidepresivas y estimuladoras del sistema nervioso central. Fue más tarde cuando se descubrió que además disminuían el apetito a consecuencia de su extensa acción en la región del hipotálamo, donde interferían también sobre las neuronas del centro regulador del apetito. De allí nació el interés de usarlas en el tratamiento de la obesidad. Pero a poco andar se comprobaron sus limitaciones. Las anfetaminas eran altamente adictivas y además, con el tiempo inducían desagradables efectos colaterales, como irritabilidad, insomnio, cefaleas, taquicardias, hipertensión y manifestaciones cardíacas severas.

Ahora se ha restringido sus recomendaciones sólo a situaciones específicas, en el sentido que deben tomarse sólo durante períodos cortos de no más de unas pocas semanas.

Orlistat ó tetrahidrolipstatina: inhibidor potente, selectivo y reversible de las lipasas gástricas y pancreáticas. Actúa principalmente reduciendo la absorción de la grasa contenida en los alimentos al inhibir la hidrólisis de los triglicéridos, aumentando su eliminación por las heces en un 30%.

Sin embargo tiene un muy desagradable efecto secundario: flatulencias, y deposiciones oleosas, además de incontinencia fecal. Al utilizarse por largo tiempo, puede provocar una mala absorción de las vitaminas liposolubles, lo que se puede corregir con la administración de las vitaminas respectivas. Por todos estos efectos secundarios, también ha disminuido su prescripción.

Sibutramina y Rimonabant: se usaron por su acción central, como inhibidores del apetito. Pero muy pronto la confirmación de diversos efectos secundarios, sobre el aparato cardiovascular, especialmente hipertensión, además de náuseas, insomnio, depresión y trastornos psíquicos, obligaron a suspenderlas.

Fenfluoromicina y Dexfenfluoramina: actuaban incrementando la descarga de serotonina en el cerebro, inhibiendo además su posterior recaptación por el mismo hipotálamo. En 1997, el FDA prohibió su comercialización, al igual que la mayor parte de los países de la Comunidad Europea y Latino América, al comprobar que podían producir lesiones vasculares cardíacas y consecuentemente, hipertensión pulmonar.

Qnexa: es la combinación de la Fentermina (anfetamina) y Topiramato (uso en epilepsia). El efecto que produce es la disminución del apetito y se llegó a comprobar una pérdida de peso significativa, sin grandes complicaciones, pero no se consideró un medicamento apropiado para tratamientos de larga duración, por lo que su uso es limitado.

Lorcaseína: complemento dentro de una prescripción global de dieta y ejercicio. Actúa disminuyendo el apetito al unirse a receptores de la serotonina del cerebro. El tratamiento obtiene buenos resultados pero no ayuda a reducir todos los kilos necesarios para mantener un normopeso o ligero sobrepeso, que es lo esperable.

Liraglutida: moléculas que imitan la acción del GLP-1, y que perduran activas un tiempo prolongado. Con ellas se obtiene un doble beneficio, la pérdida de peso y el control de la diabetes. Por ello ha sido aprobado como medicamento para el tratamiento de la diabetes con el nombre de liraglutida o Victoza. No está autorizado su uso en obesos no diabéticos pero ya se han realizado varios estudios que pretenden demostrar su eficacia como adelgazante.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. http://www.who.intmediacentre/factsheets/fs311en/index.html
- Javier Aranceta-Bartrina, Carmen Pérez-Rodrigo, Goiuri Alberdi-Aresti, Natalia Ramos-Carrera , Sonia Lázaro-Masedo. Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25–64 años) 2014–2015:estudio ENPE. Rev Esp Cardiol. 2016;69:579-87 - Vol. 69 Núm.06 DOI:10.1016/j.recesp.2016.02.010
- Berghofer A, Pischon T, Reinhold T, Apovian CM, Sharma AM, Willich SN Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review.BMC Public Health. 2008; 8: 200

- Perusse L, Rankinen T, Zuberi A, Changnon YC, Weisnagel SJ, Argyrppoulos G, Walts B, Sinder EE, Bouchard C. The human obesity gene map: the 2004 update. Obes Res 2005; 13:381-490.
- Muzzo S, Monckeberg F. En búsqueda de la píldora para la obesidad. Rev. chil. nutr. vol.40 no.1 Santiago mar. 2013 http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182013000100012

TEMA 39. OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS EN LACTANTES.

ANA VIOR LÓPEZ

ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO

ÍNDICE:

1.- INTRODUCCIÓN .

2.-DEFINICIÓN DE ATRAGANTAMIENTO.

3.-¿CÓMO PREVENIR EL ATRAGANTAMIENTO?.

4.-SIGNOS DE ASFIXIA.

5.-RCP EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO.

6.-BIBLIOGRAFÍA

1.- INTRODUCCIÓN:

La población con mayor riesgo para aspirar o ingerir accidentalmente cuerpos extraños son los niños entre 2 y 5 años debido a su interés por explorar. Los cuerpos orgánicos son los más frecuentes aspirados por lactantes.

La mayor parte de estos episodios suceden cuando el niño está comiendo o jugando.

2.-DEFINICIÓN DE ATRAGANTAMIENTO:

Bloqueo de las vías respiratorias debido a una mala deglución de los alimentos o por atascamiento de objetos. Hay dos tipos:

- *Parcial: las vías respiratorias no están totalmente obstruidas, se puede toser y hacer ruidos, se escuchará la respiración forzada.*
- *Total: no se emitirá ningún ruido, la victima es incapaz de respirar, su piel empieza a palidecer en un principio y posteriormente se torna azulada. Puede perder la consciencia.*

3.-¿CÓMO PREVENIR EL ATRAGANTAMIENTO?

- **Planifica adecuadamente la incorporación de los alimentos sólidos.** No dar alimentos sólidos antes de que tenga las habilidades motoras para tragarlos.
- **No les ofrezcas alimentos de alto riesgo.**No dar pequeños alimentos duros, semillas, frutos secos, palomitas de maíz, caramelos…
- **Controla la hora de las comidas.** No lo dejes jugar, caminar o correr mientras come, que mastique y trague la comida antes de hablar.
- **Mantén los objetos peligrosos fuera del alcance de tu hijo.** Monedas, pilas de botón, dados, tapas de bolígrafos…

- **Evalúa con atención los juguetes de tu hijo.** No dejes que juegue con pelotas pequeñas, canicas, juguetes que tengan piezas pequeñas o que estén diseñados para niños más grandes.

4.-SIGNOS DE ASFIXIA:

-Incapacidad para llorar o hacer mucho ruido

-Tos débil e improductiva.

-Sonidos suaves o chillones al inhalar.

-Dificultad para respirar.

-Color rojo o azulado de la piel.

-Pérdida de conocimiento.

5.-*RCP EN MENORES DE UN AÑO:*

Toser es la manera más efectiva de eliminar una obstrucción. Si no puede eliminar el objeto tosiendo, necesitarás ayudar a que lo expulse.

En ese caso, se coloca al lactante boca abajo sobre el antebrazo, sujetando su mandíbula con el dedo pulgar e índice de nuestra mano. La cabeza del niño debe de quedar más baja que su tronco. Dar cinco golpes energéticos con el talón de la mano, en la espalda del niño (zona interescapular).

Rote con cuidado el niño, boca arriba; siempre con la cabeza por debajo del nivel del tronco. Realizar 5 compresiones torácicas con dos dedos (índice y el dedo medio) en la mitad inferior del externón.

Esta maniobra se debe repetir hasta que el niño expulse el cuerpo extraño o pierda la conciencia.

Si pierde la conciencia se actúa de la siguiente manera:

a) Abrir la boca del niño, y tirar de la mandíbula y la lengua para poder liberar la vía aérea y visualizar las fauces. Sólo si puede ver el cuerpo extraño intente extraerlo con los dedos.

b) Intentar la respiración boca a boca.

c) Si no expande el tórax, recoloque la cabeza y vuelva a intentarlo. Si no respira proceda a dar 5 golpes en la espalda y compresiones torácicas.

d)Si ve el cuerpo extraño intente retirarlo(solo si lo ve).Repetir los puntos b) y d) hasta obtener la expansión torácica. Pasado el primer minuto pida ayuda y continúe con los esfuerzos. Si el niño recobra la respiración manténgalo acostado.

5.-BIBLIOGRAFÍA:

- Páginas web:

https://espanol.babycenter.com/a900364/gu%C3%ADa-ilustrada-primeros-auxilios-para-la-asfixia-y-reanimación-cardiopulmonar-para-bebé

http://www.cruzroja.es/principal/web/formacion/primeros-auxilios-en-bebes

https://www.healthychildren.org/spanish/health-issues/injuries-emergencies/paginas/drowning.aspx

- Artículos de revistas:

-Enfermería en cardiología: Revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, ISSN-e 1575-4146, Nº 29, 2003, págs. 35-40. AUTORES: M.J. Sancho Sánchez, Natalia Loro Sancho, M.T. Sancho Sánchez

-Anales de Pediatría:Publicación oficial de la asociación española de pediatría (AEP),ISSN 1695-4033, ISSN-e 1696-4608, Vol. 86, Nº 1, 2017 págs. 50-50

-Archivos de medicina, ISSN-e 1698-9465, vol. 9, Nº 2, 2013. AUTORES: Guillermo Yanowsky-Reyes, Oscar Aguirre-Jaúregui, Everardo Rodríguez Franco, Sergio Adrián Trujillo Ponce, Armando Espinoza Méndez, Yamil Monroy Martín, Jorge Alan Pérez Liñan.

TEMA 40. SEXUALIDAD EN EL PUERPERIO.

SONIA BAYÓN FLECHA
CRISTINA DÍAZ PÉREZ
SHAMARA CASTILLO NOGRARO
LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN
3. CONCLUSIÓN
4. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La sexualidad es innata al ser humano, una dimensión de la persona que acompaña al ser desde el momento de la fertilización hasta el nacimiento, y continúa hasta la muerte.

Se define salud sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual a través de medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

Entendemos la sexualidad como una capacidad que nos proporciona placer y bienestar. El entender la sexualidad como un derecho nos ayuda a desarrollar habilidades sexuales y habilidades para enamorarnos, buscar pareja y conservarla.

La sexualidad, experimenta modificaciones a lo largo de la vida de la mujer. Tanto el embarazo como el puerperio suponen profundos cambios en la vivencia de la sexualidad, que deben ser reconocidos por los profesionales sanitarios, para ofrecer un adecuado asesoramiento a la mujer.

Una de las etapas que tiene mayor influencia en los cambios en la sexualidad de la mujer es el periodo de posparto o puerperio. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Este periodo requiere ajustes en la pareja, en relación a su sexualidad. En esta etapa de la vida, se puede producir un enriquecimiento de la vida sexual o puede derivar a la aparición de problemas.

2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La función sexual comienza a disminuir ya en el embarazo, siendo el puerperio un periodo de grandes modificaciones en la vida sexual de la mujer. Esta etapa se ve afectada por muchos factores, tales como, la edad, la paridad, la lactancia, el dolor, la depresión, el cansancio, la imagen corporal después del parto o el miedo a un nuevo embarazo.

Para conocer la sexualidad en el puerperio se requiere analizar las variables bio-psicosociales asociadas a la función sexual femenina en el período posparto. Ya que es frecuente que las mujeres durante el posparto presenten disfunción sexual relacionada con factores fisiológicos y emocionales entre los que se encuentran miedos, dificultades y preocupaciones.

Uno de los principales problemas que aparecen a la hora de iniciar la actividad sexual posparto es la dispareunia, relacionada con la existencia de traumas perineales (laceraciones, traumatismos o episiotomías). Demostrándose que las mujeres con episiotomía tenían menos deseo sexual y por consiguiente actividad sexual.

Otro de los principales problemas que aparecen en este período, es el miedo a un nuevo embarazo, por ello es de gran importancia durante el puerperio instruir a las puérperas acerca del uso de anticonceptivos.

Finalmente, en el posparto se producen cambios psicológicos que pueden dar lugar a una depresión posparto. Se identifican cuatro aspectos psicológicos que preocupan a las mujeres: la imagen corporal después del parto, cómo se alteran los patrones sexuales, la discordancia del deseo sexual con la pareja y la necesidad de reafirmación.

3.CONCLUSIÓN

La maternidad supone un cambio en la sexualidad de la mujer, debido a modificaciones hormonales, físicas, psicológicas y sociales. Se produce una disminución del deseo sexual debido principalmente a la presencia de dispareunia, al miedo a un nuevo embarazo o a los cambios psicológicos que pueden derivar en depresión posparto.

Para ayudar a la mujer a adaptarse a la nueva situación, que pronto retornará a la que vivían antes del embarazo, la principal herramienta es la educación sexual en la que los profesionales sanitarios aportan la información necesaria a las mujeres.

4.BIBLIOGRAFÍA

- Libros: Burroughs A. Enfermería maternoinfantil de Bleier. 5º ed. México: McGraw-Hill; 1986.
  Castelo BC. Sexualidad humana. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005.
  Didona N. Enfermería maternal. 1º ed. México: McGraw-Hill interamericana; 1997
- Articulo de revistas: Rejane SN, Matos AN, Guarda DMR. Body and Sexuality: Puerperas Experiences. Revista Enfermagem 2010; 18(4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400011&tlng=en&lng=en&nrm=iso

TEMA 41. ACOMPAÑAMIENTO EN LA MUERTE FETAL Y PERINATAL.

ARASHELLY HUAMANTICA OROZ

LAURA ALONSO FERNANDEZ

CAROLINA MENDEZ MECA

ÍNDICE

1.- Introducción

2.- Causas

3.- Manifestaciones del duelo

4.- Pautas para profesionales de salud ante el duelo

5.- Rol de la matrona ante el duelo perinatal

6.- Conclusiones

7.- Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo supone la creación de un nuevo ser y en muchos casos la creación de una nueva familia. Desde el embarazo hasta el nacimiento se desarrollan sentimientos de ilusión y esperanza que se proyectan hacia el futuro. Sin embargo no todos los embarazos terminan bien. La muerte fetal es uno de los resultados adversos que se da de forma inesperada.

La pérdida de un niño y un miembro de la familia, es una experiencia devastadora para la madre junto a su pareja, ya que alberga a un hijo en su interior y pueden continuar experimentando dolor y pérdida durante muchos años después del evento..

El proceso del duelo va a tener sus propias características por lo inesperado de lo sucedido: la proximidad entre el nacimiento y la muerte.

Con el paso de los años el abordaje de la muerte perinatal ha ido cambiando. Por este motivo, se ha considerado interesante incidir en este tema, debido a la existente dificultad de los profesionales de salud para enfrentarnos ante el proceso del duelo perinatal y cómo abordarlo de la forma más adecuada, con un plan de intervención desde la figura de los profesionales. Sobre todo el rol de la matrona o enfermera.

2. CAUSAS

MATERNAS	FETALES
▪ Antecedentes de la pérdida fetal. ▪ Edad mayor a 35 años. ▪ Tabaquismo. ▪ Obesidad. ▪ Hipertensión. ▪ Factor Rh. ▪ Enfermedades cardiocirculatorias, etc.	▪ Anomalía congénita fetal. ▪ Enfermedad hemolítica por inmunización. ▪ Enfermedades autoinmunes. ▪ Transfusión feto materna. ▪ Cromosomopatías.
CORDÓN UMBILICAL	**PLACENTARIOS YOTROS**
▪ Prolapso. ▪ Nudo o constricción. ▪ Inserción velamentosa.	▪ Insuficiencia placentaria. ▪ Desprendimiento prematuro de placenta. ▪ Placenta previa. ▪ Coriamnionitis.

3. MANIFESTACIONES DEL DUELO

1.-FISIOLÓGICAS Vacío en el estómago, opresión en el pecho y garganta, sensación de despersonalización, falta de aire, palpitaciones, falta de energía, dolor de cabeza, sequedad de la boca.
2.-EMOCIONALES Tristeza, rabia, enfado, culpa, miedo, ansiedad, desesperanza, vulnerabilidad, irritabilidad, autocrítica, soledad.
3.-CONDUCTUALES Trastornos del sueño y alimentario, aislamiento social, evitar ver mujeres embarazadas y niños, conductas de evitación.
4.-PSICÓLOGICAS Rumiación de lo ocurrido, sueños relacionados con el bebé, alucinaciones (perciben movimientos fetales u oyen llorar al bebé).
5.-COGNITIVAS Desinterés por todo, dificultad para concentrarse, embotamiento mental, confusión, sentimientos encontrados ante un nuevo embarazo, pensamientos e imágenes recurrentes.
6.-ESPIRITUALES Replanteamiento sobre sus propias creencias, búsqueda del sentido de la vida y la muerte.

4. PAUTAS PARA PROFESIONALES DE SALUD ANTE EL DUELO

✓Acompañar a la pareja y familia junto con el apoyo psicológico que es necesario, crear confianza para que puedan expresar sus sentimientos, miedos etc.

✓Brindar amplia información permitiendo resolver todas sus dudas y preguntas.

✓Animar a los padres a que vean y toquen a su hijo, respetando su decisión en todo momento, esto puede ayudar a procesar el duelo.

✓En caso de sedar a la mujer, no hacerlo excesivo para evitar vivir sensación de irrealidad.

✓Es conveniente que los padres sepan la importancia de realizar necropsia o estudios de anatomía patológica, ya que el resultado puede ayudar a los padres a liberar ciertas culpas que puede surgir. Aunque el resultado final no muestre signos de anormalidad, esto puede dar mayor seguridad a los padres, pero siempre respetando su última decisión.

✓Dar un nombre a su bebé, ayudará a tener una identidad individual dentro de la familia. Se debe aconsejar que ese nombre no se ponga en un hijo posterior, para evitar que sientan que es un hijo reemplazado.

✓Brindar recuerdos de su bebé, como fotos, huellas dactilares, brazaletes, pinza y tarjeta de identificación, ya que está demostrado que facilita la resolución del proceso. Las fotos pueden ser de gran ayuda, sobre todo a medida que pasa el tiempo y la memoria del bebé comienza a borrarse.

✓Los profesionales de salud deben evitar usar la palabra “feto”, lo recomendable es llamarle por su nombre para darle un respeto e identidad, y en el caso que no tuviera nombre referirse por “vuestro bebé”.

✓Se les debe informar que conforme pase el tiempo del duelo, pasarán por distintas fases con sentimientos intensos, manifestándolo a nivel físico y psíquico sobre el hijo perdido.

✓Se debe poner en conocimiento a la familia que deben ser pacientes con la pareja sobre su vivencia del duelo. La mayoría de los familiares considera que este proceso puede durar poco tiempo, pero muchas veces se traduce a meses e incluso años, por lo que es importante tener un buen apoyo en la familia.

5. ROL DE LA MATRONA ANTE EL DUELO PERINATAL

QUÉ NO SE DEBE HACER

1. Evitar a los padres porque no sabemos cómo afrontar ese sentimiento.
2. Tener miedo a estar en contacto con los padres e incluso a tocarlos.
3. Cambiar de tema cuando ellos mencionan el bebé o expresan con llanto sus sentimientos.
4. Evitar que los padres vean o toquen a su hijo.
5. Decir que saben cómo se sienten si no han pasado por algo similar.
6. Aconsejarles un embarazo lo antes posible.

QUÉ SE DEBE HACER

1. No dejar que los padres se sientan solos.
2. Tocar a los padres cuando haga falta y mirarles a los ojos cuando se habla.
3. Permitirles expresar sus sentimientos.
4. Permitirles un espacio con su bebé, el tiempo que haga falta.
5. Estar disponibles para escuchar, realizar escucha activa.
6. Permitirles vivir su duelo el tiempo que sea necesario.

QUÉ NO SE DEBE DECIR	QUÉ SE DEBE DECIR
1. Sé fuerte. 2. No llores. 3. Es el destino. 4. No es el fin del mundo. 5. Ahora está en un lugar mejor. 6. Al menos no llegaste a conocerle. 7. Eres joven, ya tendrás más. 8. Ya tienes otros hijos. 9. El tiempo lo cura todo.	1. Siento mucho por lo que están pasando. 2. Me imagino cuánto querrían a su bebé. 3. Si quieren llorar no me molesta en absoluto. 4. Si me necesitan, estoy aquí para escucharles. 5. La verdad, no sé muy bien qué decirles. 6. Tienen un bebé precioso.

ROL DE LA MATRONA AL CONOCER LA NOTICIA

Durante la primera fase del duelo, la mujer y su pareja se encuentran en una fase de shock, por lo que no serán capaces de procesar la información y en base a ello tomar decisiones. Es importante darles un tiempo antes de dar algunos consejos, como puede ser la elección del parto por vía vaginal en vez de la cesárea, la opción de estar en contacto con su hijo después del nacimiento, etc.

ROL DE LA MATRONA EN EL PARTO

Es importante permitir en todo momento la participación activa y la toma de decisiones de parte de la mujer y su pareja con todo lo relacionado al parto y nacimiento, mostrando una asistencia humanizada en un ambiente respetuoso, cálido y empatizando en todo momento con la pareja.

ROL DE LA MATRONA EN EL POST PARTO

Una vez que la madre esté estable a nivel fisiológico, se les ofrecerá a la mujer y a su pareja ver a su bebé, respetando siempre su decisión. En caso que así lo deseen, es importante preparar al bebé dándole los cuidados necesarios, como vestirlo, ponerlo en una cuna y ofrecer el tiempo necesario para que los padres puedan estar a solas con el bebé.

Resolver dudas, responder preguntas y todo lo necesario. Se recomienda llamarlo por su nombre y si no, animarles a ponerle un nombre. En esta etapa se pueden realizar toma de fotografías, huellas de las manos, pies, la pulsera de identificación, una tarjeta de identidad y todo lo que implique tener objetos simbólicos del mismo.

La habitación a la que ingresen tiene que tener algún tipo de distintivo que todos los profesionales, incluido el personal de limpieza, sepan identificar para el manejo adecuado, con el fin de evitar malinterpretaciones o problemas de comunicación que pueden dañar a la mujer y a su pareja.

ROL DE LA MATRONA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Es muy importante la continuidad de los cuidados posteriores al alta hospitalaria, ya que el objetivo es ver la evolución de la mujer y su pareja, junto al apoyo en el proceso del duelo. Si se observa un posible duelo patológico será recomendable acudir a salud mental para abordar el proceso.

6. CONCLUSIONES

La muerte perinatal es un episodio que ocurre pocas veces, pero el impacto que produce tanto a la madre como a su entorno es tan importante, que se merece un tratamiento adecuado.

El rol de la matrona es muy importante en todo este proceso, debe tener la formación adecuada en el manejo de la muerte perinatal para poder dar estrategias de cómo afrontarla de la mejor manera.

Lo más importante va a ser proporcionar apoyo y empatía ejerciendo un rol muy cercano, con escucha activa como herramienta terapéutica y a través de la información y orientación que facilite la toma de decisiones por parte de los padres.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Katherine J. Gold, Irving Leon, Martha E. Boggs, and Ananda Sen “Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample” Journal of Women's Health. Mar 2016
2. S. Shorey et al. The experiences and needs of healthcare professionals facing perinatal death: A scoping review. International Journal of Nursing Studies 68 (2017) 25–39
3. Lopez GS, Pi -Sunyer MT. Morir cuando la vida empieza: Conocer y despedir al hijo al mismo tiempo. 1º edición Editorial Circulo Rojo, España 2015

4. M.D.J. Peters et al. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternty care providers. Women and Birth 28 (2015) 272–278
5. Umamanita citado el 17 de febrero 2019 Página web https://www.umamanita.es/en-el-hospital/
6. Gravensteen IK, Helgadóttir LB, Jacobsen E*, et al* Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study *BMJ Open* 2013; **3:** e003323

TEMA 42. ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO: NUTRICIÓN ENTERAL.

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. MATERIAL Y MÉTODOS
4. NUTRICIÓN ENTERAL
4.1 VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL.
4.2 COMPLICACIONES DE LA NUTRICIÓN ENTERAL.
4.3 NUTRICIÓN ENTERAL EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO HOSPITALIZADO.
5. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO
6. LACTANCIA MATERNA VS LACTANCIA ARTIFICIAL
7 . CONCLUSIONES
8. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCION

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la mala alimentación está asociada al menos con el 35% de las muertes que ocurren en la niñez; por otra parte, la desnutrición es la principal causa que evita que los niños que sobreviven alcancen su completo potencial de desarrollo. Alrededor del 32% de niños menores de cinco años de edad en países en desarrollo presentan baja talla para la edad y el 10% presentan bajo peso para la talla. Se ha estimado que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la lactancia materna no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de las enfermedades entre los niños menores de 5 años (OMS, 2010).

1. INTRODUCCION

La precoz nutrición enteral, administración de una solución de nutrientes por vía oral o mediante sonda con la intención de contribuir al aprovisionamiento de los requerimientos totales o parciales de los mismos (Álvarez Hernández J, Peláez Torres N, Muñoz Jiménez A, 2006), es imprescindible, ya que la nutrición es un pilar básico en el soporte del recién nacido.

En 1985, la OMS define los “Foods for Special Dietary Uses” como alimentos elaborados o formulados para satisfacer los requerimientos específicos derivados de una particular condición física o fisiológica o una determinada enfermedad, que no pueden alcanzarse con los alimentos ordinarios, esta fue la primera definición que apareció de fórmula de nutrición enteral.

1. INTRODUCCION

Unos años más tarde, en 1999, en España debido a la transposición de la Directiva de la Comunidad Europea sobre los alimentos dietéticos dedicados a usos médicos especiales (traducción del término “Foods for Special Dietary Uses” introducido por la OMS) y la legislación posterior que regula su prestación por el Sistema Nacional de Salud, se empiezan a encontrar los términos fórmula y módulo (Pedrón Giner C, Moreno Villares J.M, Dalmau Serra J, 2011).

Por otra parte, cada año nacen en todo el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros, recién nacidos que nacen antes de la 37º semana de gestación. La mayoría de los partos pretérminos, ocurren en los países desarrollados y constituyen la proporción más importante de la morbilidad y mortalidad perinatales que se registra anualmente en todo el mundo.

1. INTRODUCCION

De un 25 a un 40% de las muertes neonatales que ocurren en los países desarrollados son muertes de niños procedentes de partos pretérminos (Fernández R, D'Apremont I, Domínguez A, Tapia J.L, 2014). Mientras que en el estudio de Villanueva Egan L.A et al la frecuencia de la mortalidad neonatal debido a partos pretérminos varía entre el 5 y 12% en las regiones desarrolladas, pudiendo llegar a ser de 40% en las regiones más pobres (Villanueva Egan L.A, Contreras Gutiérrez A.K, Pichardo Cuevas M, Rosales Lucio J, 2008).

1. INTRODUCCIÓN

Hay diferentes tipos de recién nacidos prematuros, según su edad gestacional y su peso: recién nacido prematuro moderado, que nace entre la 36 y la 31 semanas y cuyo peso es mayor de 1500g; prematuro extremo, que tiene una edad de gestación entre la 30 y la 28 semanas y pesa normalmente entre 1000 y 1500g y el prematuro muy extremo, que nace antes de la 28 semanas y tiene un peso menor de 1000g.

Las causas por las que ocurre el parto pretérmino son muy diversas, pueden ser causas maternas, fetales o iatrogénicas, las principales causas quedan resumidas en la Tabla 1 (Narberhaus A, Segarra D, 2004).

1. INTRODUCCIÓN

Tabla 1. Principales causas de parto pretérmino

Fuente: Narberhaus A, Segarra D, 2004

Enfermedades generales	• Infecciones graves • Nefropatías • Cardiopatías • Hepatopatías • Endocrinopatías • Hemopatías
Afecciones obstétricas y ginecológicas	• Infertilidad previa • Embarazos seguidos • Gran multiparidad • Amenaza aborto en primer trimestre • Alteraciones cervicales uterinas • Traumatismos en el embarazo • Placenta previa • Desprendimiento precoz de placenta
Causas sociales	• Nivel socioeconómico deficiente • Trabajo corporal intenso • Intoxicaciones • Toxicomanías • Tabaquismo, Alcoholismo • Traumas psíquicos

1. INTRODUCCIÓN

Cada recién nacido necesita una serie de requerimientos energéticos o nutricionales, estos requerimientos a la hora de elegir un tipo de nutrición enteral deben ajustarse a la misma.

En el caso de los recién nacido pretérmino o prematuros confluyen una serie de factores, como es la edad de gestación, el peso o su estado clínico, que hacen que su vulnerabilidad nutricional aumente.

Actualmente hay diversos métodos de nutrición enteral que se emplean en el recién nacido prematuro, cada uno de estos presentan diferentes ventajas y desventajas, por lo que para cada niño se debe elegir uno de todos los existentes.

1. INTRODUCCIÓN

Para elegir entre los diferentes productos que se encuentran en el mercado hay que tener en cuenta varios factores, como el peso y la talla del recién nacido prematuro.

El alimento más completo y más recomendado en los recién nacidos prematuros es la leche materna. Gracias a la leche materna, el vaciado gástrico es más rápido y presentan menos retenciones que cuando es alimentado con fórmulas artificiales. La leche de madre de prematuro varia, en cuanto a la composición, de la leche de madre de niño a término.

Durante las primeras 24 semanas las madres de los prematuros segregan una leche cuya composición se adapta a los requerimientos estimados de nutrientes de sus hijos (solo resulta inferior su contenido en Ca y P) (Sevilla Paz Soldán R, Zalles Cueto L, Santa Cruz Gallardo W, 2011).

1. INTRODUCCIÓN

La enterocolitis necrotizante (urgencia gastrointestinal de causa multifactorial) es la enfermedad de mayor mortalidad en el recién nacido prematuro, de 1 a 3 de cada 1000 recién nacidos (Férnandez Jiménez I, De las Cuevas Terán I, 2006), y aparece en más ocasiones cuando se alimenta con fórmulas artificiales al recién nacido.

El estudio de Sevilla Paz Soldán R et al, recoge que la leche materna protege de las infecciones nosocomiales y de la atopía y la alergia, se ha relacionado también con una menor incidencia de hipercolesterolemia (Sevilla Paz Soldán R, Zalles Cueto L, Santa Cruz Gallardo W, 2011).

En ocasiones no es posible la alimentación por leche materna, si el recién nacido presenta una galactosemia (intolerancia a la lactosa) o si la madre es portadora de SIDA o de un herpes simple (De la Cueva Barrao P, 2006).

1. INTRODUCCIÓN

En estas ocasiones, en las que la lactancia materna no es posible se utilizaran leches para lactantes o fórmulas de inicio, y en el caso de que se presente también una intolerancia a este tipo de alimentación se pueden utilizar fórmulas adaptadas (Lázaro Almarza A, Martín Martínez B, 2010).

2. OBJETIVOS

- **Objetivo general**

- Describir los diferentes tipos de nutrición enteral en el recién nacido prematuro hospitalizado.

- **Objetivos específicos**

- Analizar la nutrición enteral y describir las vías de administración de la misma.

- Exponer los diferentes métodos de administración de la nutrición enteral en el niño prematuro hospitalizado.

- Observar las diferencias entre la lactancia materna y la lactancia artificial utilizadas en el recién nacido prematuro durante su estancia hospitalaria.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de esta revisión bibliográfica se han consultado artículos de la literatura científica recogida en las bases de datos electrónicas de Google Académico, Scielo y Dialnet.

Las palabras clave, con su correspondiente MeSH, utilizadas para la búsqueda han sido las siguientes:

- Prematuro, premature.
- Nutrición Enteral, enteral nutrition.
- Lactancia Materna, breast feeding.
- Lactante, infant.
- Terapia nutricional, nutrition therapy.

Tras la búsqueda se extrajeron 27 artículos publicados en los últimos quince años, tanto en castellano como en inglés.

4. NUTRICIÓN ENTERAL

En el estudio de Álvarez Hernández J et al (Álvarez Hernández J, Peláez Torres N, Muñoz Jiménez A, 2006) se define nutrición enteral como la administración de una solución de nutrientes por vía oral o mediante sonda con la intención de contribuir al aprovisionamiento de los requerimientos totales o parciales de los mismos. Mientras que Lama More R.A (Lama More R.A, 2010) en su estudio afirma que es una técnica de soporte nutricional que consiste en administrar los nutrientes directamente en el tracto digestivo, no acepta la alimentación por vía oral como nutrición enteral.

4. NUTRICIÓN ENTERAL

Las primeras fórmulas que se empleaban para la nutrición enteral tenían un sabor desagradable y habitualmente eran administradas por sonda porque su tolerancia digestiva y adhesión en la toma oral era muy baja. Actualmente esto no ocurre, ya que hay un gran catálogo de fórmulas poliméricas con diferentes sabores que permite llegar a un mayor número de pacientes (Álvarez Hernández J, Peláez Torres N, Muñoz Jiménez A, 2006).

La nutrición enteral está contraindicada en algunas ocasiones, como es el caso de la peritonitis difusa, la obstrucción intestinal, los vómitos intratables, el íleo paralítico, la diarrea grave, hemorragia digestiva aguda y pancreatitis (aguda severa, hemorrágica, necrotizante, en fase inicial) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

4. NUTRICIÓN ENTERAL

Siempre que esté contraindicada la nutrición enteral, se debe administrar nutrición parenteral, según recoge Álvarez Hernández J. et al (Álvarez Hernández J, Peláez Torres N, Muñoz Jiménez A, 2006); esto es discutido por Alcón Sáez J.J. et al (Alcón Sáez J.J, Mataix Gil J, Elía Martínez M.A, Dalmau Serra J, 2004) ya que la nutrición parenteral también puede ser elegida por primera intención en pacientes, por ejemplo, que han sido sometidos a cirugía mayor para probar tolerancia digestiva. Esto quiere decir que la nutrición enteral no es siempre el tipo de nutrición que se debe elegir como primera intención, se debe en primer lugar estudiar al paciente.

4. NUTRICIÓN ENTERAL

La nutrición enteral presenta estas ventajas con respecto a la nutrición parenteral: efecto trófico (en ocasiones al no utilizar la luz intestinal se produce la atrofia de las vellosidades intestinales), efecto barrera (limita mucho la acción de los gérmenes), aporta al intestino los nutrientes necesarios, mayor sencillez, menores y menos complicaciones graves y el menor coste.

4. NUTRICIÓN ENTERAL

4.1 Vías de administración de nutrición enteral

- Inserción de alimentación por vía oral, la alimentación normal llevada a cabo con fórmulas especiales.
- Sonda nasogástrica, de elección si la administración va a ser de corta duración (Lara More R.A, 2010).
- Sonda nasoduodenal o nasoyeyunal, en el caso de que vaya a ser una perfusión de corta duración y la tolerancia gástrica este disminuida (Lara More R.A, 2010).
- Sonda de gastrostomía, es un sistema de larga duración. La instauración radiológica por punción en la edad pediátrica pudiera entrañar mayores riesgos (Lara More R.A, 2010).
- Sonda de yeyunostomía, indicada en pacientes que no es posible la utilización gástrica durante un tiempo prolongado (Lara More, R.A, 2010).

4. NUTRICIÓN ENTERAL

4.2 Complicaciones de la nutrición enteral

La administración de fórmulas adaptadas presenta una serie de desventajas, que se pueden clasificar en mecánicas, infecciosas, gastrointestinales, metabólicas y psicosociales. En la tabla 2 se recogen las diferentes complicaciones que puede ocasionar la nutrición enteral según diversos estudios.

4. NUTRICIÓN ENTERAL

Tabla 2. Complicaciones de la Nutrición Enteral

(Fuente: Elaboración propia)

Complicaciones de la Nutrición Enteral				
	Mecánicas	**Infecciosas**	**Gastrointestinales**	**Metabólicas**
Guía de NED (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008)	1.Lesiones por presión 2.Obstrucción 3.Colocación incorrecta, extracción o deterioro	1.Broncoaspiración 2.Neumonía 3.Derivadas de la contaminación de la dieta	1.Diarrea 2.Estreñimiento 3.Distensión abdominal 4.Náuseas y vómitos	1.Hiperglucemia 2.Hipoglucemia 3.Deshidratación 4.Niveles inadecuados de electrolitos
Lama More R.A, 2010	1.Aspiración pulmonar 2.Obstrucción 3.Retirada o desplazamiento de la sonda	1. Complicaciones ORL		No son muy frecuentes
Álvarez Hernández J et al, 2006	1.Lesiones por decúbito 2.Obstrucción 3.Retirada o desplazamiento de la sonda		1.Regurgitación y vómitos 2.Diarrea 3.Estreñimiento 4.Penumatosis intestinal y necrosis yeyunal	1.Alteraciones hidroelectrolíticas 2.Hiperglucemia 3.Síndrome de realimentación

4. NUTRICIÓN ENTERAL

En la Tabla 2 se puede observar que las complicaciones más frecuentes son las mecánicas, y en especial la obstrucción de la sonda, complicación que todos los autores recogen en sus estudios. Ambos autores coinciden también que varias de las complicaciones son causadas por una movilización de la sonda (desplazamiento o retirada de la misma).

Por otra parte las alteraciones metabólicas, según Lama More (Lama More RA, 2010) no son muy frecuentes, pero la Guía de NED (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008) y Álvarez Hernández J. et al (Álvarez Hernández J. et al, 2006) están de acuerdo en que la hiperglucemia y los niveles inadecuados de electrolitos son unas complicaciones que aparecen en ocasiones al administrar este tipo de nutrición.

4. NUTRICIÓN ENTERAL

Tanto Álvarez Hernández J, et al como la Guía del NED indican en sus estudios que la diarrea y el estreñimiento, son unas de las complicaciones gastrointestinales frecuentes en la utilización de la nutrición enteral, mientras que Lama More R.A no recoge ninguna complicación gastrointestinal.

4. NUTRICIÓN ENTERAL

4.3 Nutrición enteral en el recién nacido prematuro hospitalizado

Patricia Mena N. menciona en su estudio (Patricia Mena N, 2001) que el uso de la nutrición enteral en el recién nacido prematuro hospitalizado se retrasaba unos días después de su nacimiento debido a el desarrollo de la nutrición parenteral y al temor a la enterocolitis necrotizante.

Estudios controlados han determinado que es fundamental el uso precoz de la alimentación enteral, Udaeta Mora E. et al indican que se debe introducir progresivamente la nutrición enteral, por el riesgo de intolerancia digestiva (Udaeta Mora E, Toussaint Martínez de Castro G, Pérez Marín P, Carmona Rodríguez M, 2005).

4. NUTRICIÓN ENTERAL

Los diferentes subgrupos de recién nacido prematuro necesitan diferentes manejos nutricionales (Rodríguez Martínez G, Blanca García J.A, de la Mano Hernández A, Rivero de la Rosa M.C, Cortés Mora P, Lama More R.A, et al, 2011):

- RNP moderado, puede comenzar directamente con nutrición enteral si no presentan complicaciones clínicas. Aunque según el estudio de Udaeta Mora E. et al se debe comenzar la administración por vía oral al menos 24 horas después del nacimiento por el riesgo de asfixia (Udaeta Mora E, Toussaint Martínez de Castro G, Pérez Marín P, Carmona Rodríguez M, 2005).

- RNP extremo, suelen comenzar con nutrición parenteral pero enseguida pasan a nutrición enteral.

- RNP muy extremo, debe comenzar con una alimentación parenteral y posteriormente administrar nutrición enteral lentamente progresiva según su evolución.

4. NUTRICIÓN ENTERAL

Es importante su maduración fisiológica a la hora de alimentar a un recién nacido pretérmino, que varía en función de las semanas de gestación que ha vivido. El estudio “Alimentación Enteral en el recién nacido pretérmino”(Bustos Lozano G, 2008) explica esta maduración fisiológica:

- El sentido del gusto está desarrollado entre las 12 y 15 semanas de gestación (SDG) y el olfato a las 20 semanas.

- La deglución está presente entre las 11 y las 16 SDG, mientras que el reflejo de succión empieza a ser evidente entre las 18 y 24 semanas. El reflejo de succión, según Costas M et al19 se desarrolla a partir de la 33 SDG aunque esto indica que el recién nacido prematuro tenga que estar a un nivel maduro para introducirle a alimentación por succión.

4. NUTRICIÓN ENTERAL

- La motricidad esofágica organizada comienza a las 32 semanas pero no se coordina con la deglución hasta las semanas 33 o 34, también es en estas semanas cuando el recién nacido comienza a coordinar succión, deglución y respiración.

- En los prematuros con menos de 30 SDG el meconio se suele retrasar entre 2 a 5 días, debido a que la movilidad gastrointestinal no se realiza correctamente hasta las 30 semanas.

5. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Cada tipo de recién nacido prematuro necesita un aporte de nutrientes diferente, a continuación, en la Tabla 3 Agostone C. et al (Agostoni C, Buonocore G, Carnielli V.P, De Curtis M, Darmaun D, Decsi T, et al, 2010), Llanos Martín A. (Llanos A, Mena P, Uauy R, 2004), Bustos Lozano G. (Bustos Lozano G, 2008) y Rodríguez Martínez G. et al (Rodríguez Martínez G, Blanca García J.A, de la Mano Hernández A, Rivero de la Rosa M.C, Cortés Mora P, Lama More R.A, et al, 2011) describen los diferentes nutrientes que el prematuro necesita en su periodo de transición, fase inicial de estabilización que suele durar una semana si no hay ninguna complicación clínica o metabólica.

5. REQUERIMIENTOS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Tabla 3. Requerimientos nutricionales del recién nacido prematuro (Kg/día)

Requerimientos nutricionales del recién nacido prematuro (Kg/día)					
	Energía (Kcal)	Líquidos (mL)	Proteínas (g)	Hidratos de Carbono (g)	Lípidos (g)
Agostoni C et al., 2010	110 - 135	135 – 200	<1Kg: 4 - 4,5 >1Kg: 3,5 - 4	11,6 - 13,2	4,8 - 6,6
Llanos Martin A et al., 2004	110 - 130	135 – 190	3,4 - 4,2	7 - 17	5,3 - 7,2
Bustos Lozano G, 2008	105 - 128		3,6 - 4		
Rodríguez Martínez G, et al., 2011	110 - 135	150 – 180	<1Kg: 4 - 4,5 >1Kg: 3,5 - 4	12 - 14	4,8 - 6

Fuente: Elaboración propia

5. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Energía

- Los diversos autores coinciden en el aporte calórico, el número de Kcal que el recién nacido prematuro necesita de energía, en función de su peso, es de 110 – 135 Kcal/día/Kg, aproximadamente.

Líquidos

- Los niños prematuros necesitan un aporte adecuado de líquidos ya que el déficit de estos puede ocasionar deshidratación, con hipernatremia, hipercalcemia e hiperglicemia concomitantes. Al utilizar cunas térmicas puede incrementar una mayor pérdida de líquidos, mientras que las cunas con cubiertas de plástico e incubadoras de doble pared disminuyen, según estudios, los requerimientos hídricos. La cantidad recomendada para el aporte diario de líquidos es de 135-200 mL/Kg de peso según Llanos (Llanos MA et al, 2010 y Agostoni et al (Agostoni C. et al., 2010), pero Rodríguez Martínez et al (Rodríguez Martínez et al, 2011) recomiendan un aporte mayor de 150 mL/Kg.

5. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Proteínas

- En las administración de proteínas Agostoni et al (Agostoni C. et al., 2010), y Rodríguez Martínez et al (Rodríguez Martínez et al, 2011) hacen una distinción con relación al peso del recién nacido, diferenciando entre los recién nacidos prematuros cuyo peso es menor de 1 Kg, que necesitan un aporte de proteínas de entre 4 y 4,5 g/Kg/día; y los prematuros que pesan más de 1Kg, que precisan entre 3,5 y 4 g/Kg/día, según estos.

- Llanos y Bustos (Bustos Lozano, G., 2008 y Llanos MA et al, 2010) no hacen esta distinción, recomiendan entre 3,5 y 4 g/Kg/día.

- La cisteína, la taurina, la tirosina y la histidina, son aminoácidos semiesenciales debido a su inmadurez metabólica, por lo que estas proteínas deben estar incluidas en la alimentación del recién nacido (Rodríguez Martínez G., 2011).

5. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Hidratos de Carbono

- La administración de glucosa es crucial para el desarrollo del prematuro debido a que órganos como el cerebro, corazón, hígado y riñón son dependientes de la oxidación de la glucosa, también los recién nacidos prematuros tienen una reserva limitada de glucógeno almacenado en el hígado. Al final de la gestación, los recién nacidos pueden generar cuerpos cetónicos procedentes de la oxidación parcial de las grasas grasas, y glucosa de la gluconeogénesis de los aminoácidos (alanina y glutamina), siendo estos dos mecanismos suficientes para satisfacer la demanda calórica del organismo (Llanos A, Mena P, Uauy R, 2004). Por tanto es necesario satisfacer las necesidades de hidratos de carbono de los recién nacidos, las recomendaciones varían en función de los autores entre 11,5 y 17 g/Kg/día.

5. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Lípidos

- Los lípidos ayudan a reducir la carga de glucosa y la producción de CO2 y suponen un 40% del total energético del prematuro. La cantidad recomendada de estos nutrientes es de entre 4,8 y 6 g/Kg/día, aproximadamente.

6. LACTANCIA MATERNA VS LACTANCIA ARTIFICIAL

Siempre y cuando no esté contraindicado su uso, el alimento de primera elección es la lactancia materna ya que contiene los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo del prematuro, presenta un vaciado gástrico más rápido y menos retenciones que cuando es alimentado con fórmulas artificiales. También en la madre tiene beneficios como la recuperación uterina postparto y disminución del sangrado, mejora de la anemia, disminución del riesgo de cáncer y ventajas económicas y psicológicas, como recoge Del Cisne Maldonado L. en su tesis (Del Cisne Maldonado Córdoba L., 2012).

La leche de madre de un recién nacido prematuro presenta unas características especiales que se recogen en la tabla 4, por lo que la OMS y el Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia (UNICEF) recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva hasta los seis meses de vida (Martín Martínez B., 2005).

6. LACTANCIA MATERNA VS LACTANCIA ARTIFICIAL

En algunas ocasiones la leche humana está contraindicada, aunque en ocasiones, como en la ictericia y en la diarrea del bebé, no se debe suprimir la lactancia en primer lugar ya que no son causas justificadas para suprimirla. Las contraindicaciones de la lactancia materna son: deseo de la madre de no iniciarla o no poder mantenerla, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, infección por el virus de la leucemia humana o por galactosemia.

Gómez Papí A. (Gómez Papi A., 1997), Díaz Arguelles V. (Díaz Arguelles V., 2005), Bustos Lozano G (Bustos Lozano G, 2008) coinciden en que al administrar la lactancia materna al recién nacido prematuro se mantiene una mayor relación madre e hijo (Tabla 4).

6. LACTANCIA MATERNA VS LACTANCIA ARTIFICIAL

La lactancia materna del recién nacido prematuro en ocasiones debe ser suplementada con algún nutriente, ya que el prematuro carece de él o se encuentra en bajas proporciones, para ello existen suplementos comerciales para dicho fin.

Cuando no es posible o no se desea la lactancia materna, existen fórmulas artificiales para cumplimentar la alimentación del recién nacido prematuro. Son fórmulas con un contenido en cuanto a proteínas, calcio, fósforo y vitaminas A y D mayor que en las fórmulas de niños a término.

6. LACTANCIA MATERNA VS LACTANCIA ARTIFICIAL

López Ruzafa E. et al (López Ruzafa E, Galera Martínez R, Cortés Mora P, Rivero de la Rosa M.C, Blanca García J.A, Moráis López A, et al., 2011) recomienda que estas fórmulas para prematuros se pueden mantener hasta el recién nacido prematuro alcance su semana 40 de gestación, pudiendo incrementarse hasta la semana 52.

6. LACTANCIA MATERNA VS LACTANCIA ARTIFICIAL

Tabla 4. Leche materna de prematuro

Leche materna de prematuro			
	Proteínas	**Hidratos de carbono**	**Grasas**
Gómez Papi A, 1997	Mayor aporte: 2 – 4 g/Kg/día. Más taurina, leucina, glicina, cistina. Menos fenilalanina, metionina y tirosina (potencialmente tóxicos) Aporte lactoferrina, lisozima, IgA.	Lactosa humana: • Absorción del 90%. • Flora intestinal no patógena. • Mayor absorción de minerales.	Más ácidos grasos de cadena media y larga. Más colesterol y fosfolípidos. Más lipasas (absorción del 90% de las grasas). Más carnitina (co-factor para oxidación de las grasas).
Díaz Arguelles V,2005	Mayor contenido. Aporte de taurina, cisteína, carnitina y tirosina.	Mayor cantidad	Aumento en el contenido. Aporte de ácidos grasos esenciales.
Bustos Lozano G., 2008	Mayor cantidad de proteínas, 15g/l en diferencia con la leche materna a término que es de 12g/l.	Sin diferencias	Presenta 2g/l más que la leche humana de recién nacido a término

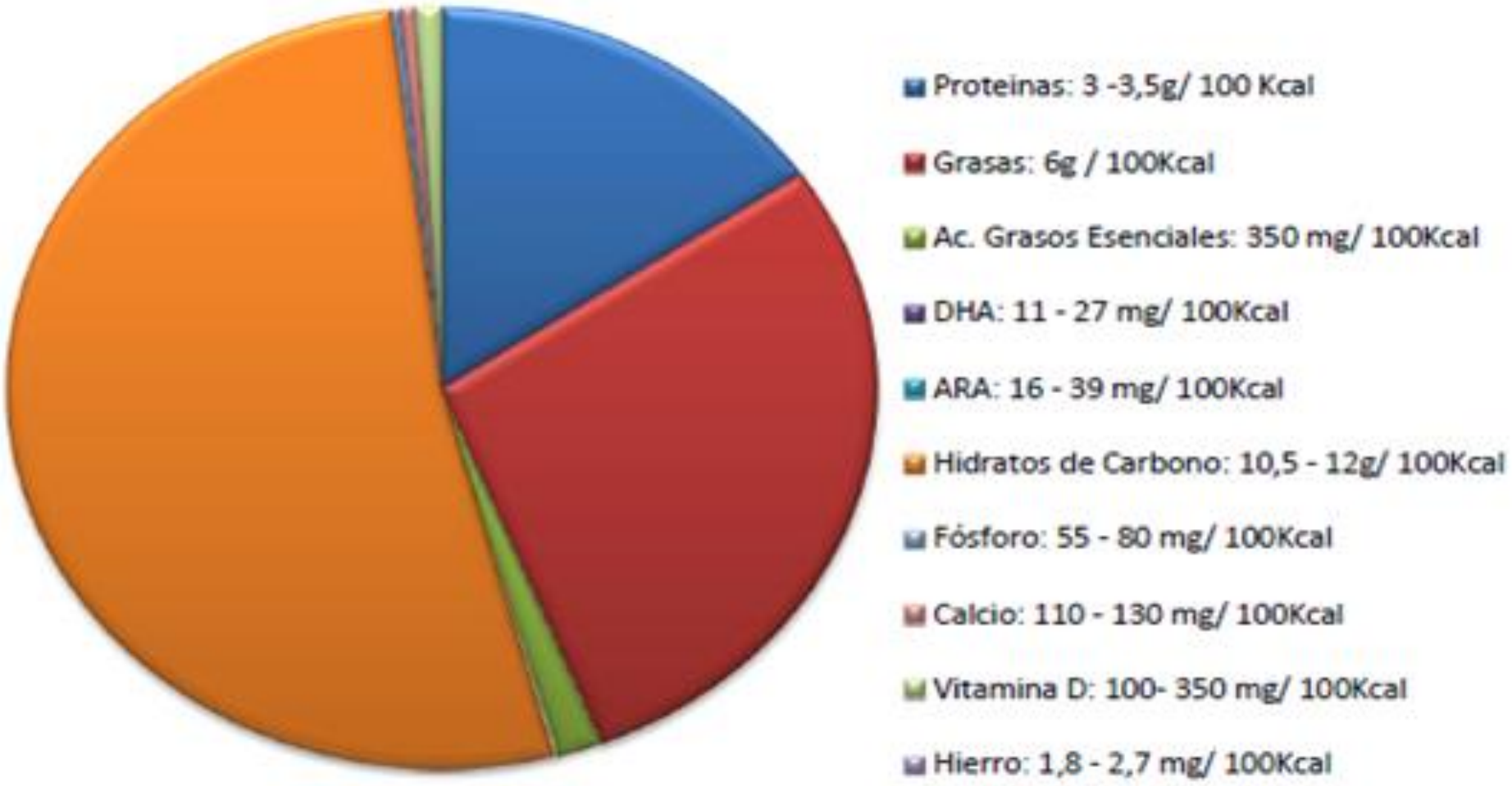
Fuente: Elaboración propia

6. LACTANCIA MATERNA VS LACTANCIA ARTIFICIAL

La Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica junto con la Asociación Española de Pediatría recogen en su artículo “Formulas de Nutrición Enteral en Pediatría” (Pedrón Giner C, Navas López V.M., 2013) las recomendaciones para las fórmulas artificiales del recién nacido prematuro, estas aparecen en el Gráfico 1.

6. LACTANCIA MATERNA VS LACTANCIA ARTIFICIAL

Gráfico 1. Recomendaciones de las fórmulas artificiales del recién nacido prematuro (Elaboración propia).



6. LACTANCIA MATERNA VS LACTANCIA ARTIFICIAL

- Proteínas, predominan las lactoseroproteinas.
- Grasas, constituyen un 54% de la energía de la fórmula, predominando los MCT (triglicéridos de cadena media).
- Ácidos grasos esenciales, 50 mg /100 Kcal son de ALA (ácido alfa-linolénico).
- Ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, se dividen en 11 – 27 mg /100 Kcal de DHA (ácido docosahexaenoico) y 16 – 39 mg /100 Kcal de ARA (ácido araquidónico).
- Hidratos de Carbono, suelen ser en forma de glucosa o di-, oligo-, polisacáridos.

7. CONCLUSIONES

- El alimento de primera elección en el recién nacido prematuro, recomendado por todos los estudios revisados, es la lactancia materna. Esta presenta una serie de características que hace que cubra los requerimientos nutricionales del prematuro, ya que presenta una mayor cantidad de proteínas y más contenidos grasos necesarios en el recién nacido. La lactancia puede ser suplementada con algún nutriente del que el recién nacido carece o tiene un déficit.

- Es importante introducir la nutrición enteral precozmente, ya que la lactancia materna disminuye la enterocolitis necrotizante y protege de la infecciones nosocomiales (Rodríguez Martínez G, Blanca García J.A, de la Mano Hernández A, Rivero de la Rosa M.C, Cortés Mora P, Lama More R.A, et al, 2011).

7. CONCLUSIONES

- Cuando la lactancia materna este contraindicada o no sea posible llevarla a cabo se utilizarán fórmulas artificiales que vienen preparadas con mayor cantidad de proteínas, calcio, fósforo y vitaminas A y D. Estas fórmulas se pueden mantener hasta la semana 40 de gestación, después la alimentación puede continuar con fórmulas de inicio (López Ruzafa E, Galera Martínez R, Cortés Mora P, Rivero de la Rosa M.C, Blanca García J.A, Moráis López A, et al., 2011).

- Si no es posible administrar ni lactancia materna ni fórmulas artificiales para prematuros, debido a una intolerancia, existen fórmulas adaptadas especiales para cada tipo de recién nacido (Pedrón Giner C, Navas López V.M., 2013).

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. 1ª ed. Ginebra: OMS, 2010.
2. Álvarez Hernández J, Peláez Torres N, Muñoz Jiménez A. Utilización clínica de la Nutrición Enteral. Nutr Hosp. 2006; 21(Supl.2): 87-99.
3. Pedrón Giner C, Moreno Villares J.M, Dalmau Serra J, Cómite de Nutrición de la AEP. Fórmulas de nutrición enteral en pediatría. An Pediatr Contin. 2011; 9(4): 209-223.
4. Fernández R, D'Apremont I, Domínguez A, Tapia J.L, Red Neonatal Neocosur. Survival and morbidity of very low birth weight infant in a South American Neonatal Network. Arch Argent Pediatr. 2014; 112(5): 405-412.

8. BIBLIOGRAFÍA

5. Villanueva Egan L.A, Contreras Gutiérrez A.K, Pichardo Cuevas M, Rosales Lucio J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecol Obstet Mex. 2008; 76(9): 542-548.
6. Narberhaus A, Segarra D. Trastornos neuropsicológicos y del neurodesarrollo en el prematuro. Anales de Psicología. 2004; 20(2): 317-326.
7. Sevilla Paz Soldán R, Zalles Cueto L, Santa Cruz Gallardo W. Lactancia materna vs Nuevas fórmulas lácteas artificiales: Evaluación del impacto en el desarrollo, inmunidad, composición corporal en par madre/niño. Gac Med Bol. 2011; 34(1): 6-10.
8. Demestre Guasch X, Raspall Torrent F. Enterocolitis necrosante. En: Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología, coordinador. Protocolos de Neonatología. 2ª ed. Madrid; 2008.

8. BIBLIOGRAFÍA

9. Férnandez Jiménez I, De las Cuevas Terán I. Enterocolitis necrotizante neonatal. Bol Pediatr. 2006; 46(1): 172-178.
10. De la Cueva Barrao P. Lactancia en situaciones especiales. Medicina Naturista. 2006; 10: 566-571.
11. Lázaro Almarza A, Martín Martínez B. Alimentación del lactante sano. En: Junta Directiva de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, coordinador. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2ª ed. Madrid: Ergón S.A; 2010.

8. BIBLIOGRAFÍA

12. Lama More R.A. Nutrición enteral. En: Junta Directiva de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, coordinador. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2ª ed. Madrid: Ergón S.A; 2010.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de nutrición enteral domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General Técnica; 2008.
14. Alcón Sáez J.J, Mataix Gil J, Elía Martínez M.A, Dalmau Serra J. Nutrición enteral en pediatría. Indicaciones para su uso y revisión de las fórmulas existentes en España. Acta Pedriatr Esp. 2004; 62: 413-419.

8. BIBLIOGRAFÍA

15. Patricia Mena N. Cuándo y cómo iniciar la alimentación enteral en el prematuro extremo. Rev Chil Pedriatr. 2001; 72(3): 247-250.
16. Udaeta Mora E, Toussaint Martínez de Castro G, Pérez Marín P, Carmona Rodríguez M. Alimentación enteral en el recién nacido prétermino y de término de bajo peso: estado actual en México. Gac Méd Méx. 2005; 141(4): 283-290.
17. Rodríguez Martínez G, Blanca García J.A, de la Mano Hernández A, Rivero de la Rosa M.C, Cortés Mora P, Lama More R.A, et al. Consideraciones prácticas sobre la nutrición enteral en el recién nacido prematuro. Acta Pediatr Esp. 2011; 69(7-8): 333-338.

8. BIBLIOGRAFÍA

18. Bustos Lozano G. Alimentación enteral del recién nacido prétermino. En: Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología, coordinador. Protocolos de Neonatología. 2ª ed. Madrid; 2008.

19. Costas M, Santos S, Godoy C, Martell M. Patrones de succión en el recién nacido de término y pretérmino. Rev Soc Bol Ped. 2006; 45(1): 54-68.

20. Agostoni C, Buonocore G, Carnielli V.P, De Curtis M, Darmaun D, Decsi T, et al. Enteral Nutrient Supply for Preterm Infants: Commentary from the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Committee on Nutrition. J Pedriatr Gastroenterol Nutr. 2010; 50(1): 85-91.

21. Llanos A, Mena P, Uauy R. Tendencias actuales en la nutrición del recién nacido prematuro. Rev Chil Pediatr. 2004; 75(2): 107-121

8. BIBLIOGRAFÍA

22. Del Cisne Maldonado Córdoba L. Riesgo de sustitución de la lactancia natural por leche artificial y su relación con el estado de salud del lactante que acude al servicio de pediatría periodo abril 2012 a septiembre del 2012 [tesis doctoral]. Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2012.

23. Martín Martínez B. Estudio comparativo de la leche de mujer con las leches artificiales. An Pediatr, Monogr. 2005; 3(1): 43-53.

24. Gómez Papí A. Lactancia materna en prematuros. Bol pediatr. 1997; 37: 147-152.

8. BIBLIOGRAFÍA

25. Díaz Argüelles V. Lactancia Materna: evaluación nutricional en el recién nacido. Rev Cubana Pediatr. 2005; 77(2).

26. López Ruzafa E, Galera Martínez R, Cortés Mora P, Rivero de la Rosa M.C, Blanca García J.A, Moráis López A, et al. Fórmulas de nutrición enteral pediátrica. ¿Cómo elegir la adecuada?. Acta Pedriatr Esp. 2011; 69(9): 393-402.

27. Pedrón Giner C, Navas López V.M. Fórmulas de Nutrición Enteral en Pediatría. 1ªed. Madrid: Ergon; 2013.

TEMA 43. ASPIRACIÓN PERCUTANEA VS HISOPO.

MIRIAM ASENJO GARCÍA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- JUSTIFICACIÓN
- OBJETIVO
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La infección se define como la invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo.

Cuando existe sospecha de infección se debe tomar una muestra biológica para cultivo.

JUSTIFICACIÓN

Un microorganismo puede producir gran variedad de cuadros clínicos, por ello, es necesario confirmación diagnostica por laboratorio microbiológico.

Una correcta recogida evita un posible fallo en la recuperación de patógenos, pudiendo originar error diagnóstico y un tratamiento inadecuado.

OBJETIVO

Conocer las características de ambos procedimientos para establecer el recipiente de elección, garantizando la calidad de la muestra, aportando valor diagnóstico y abordaje adecuado.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de fuentes primarias, lectura crítica de publicaciones en castellano en los últimos 5 años.

RESULTADOS

Toda la información diagnóstica que el laboratorio de microbiología puede proporcionar, depende de la calidad de la muestra recibida.

La muestra debe transportarse en envases adecuados con cierres a prueba de fugas. La recogida de la muestra debe realizarse en condiciones de máxima asepsia, evitando contaminación exterior.

El material destinado a cultivo no debe estar en contacto con sustancias desinfectantes o anestésicas, siempre que sea posible.

El envío al laboratorio de microbiología debe ser lo más rápido posible.

ASPIRACIÓN PERCUTANEA	HISOPO
• Más sencillo y fácil de obtener • De elección ante patógenos anaerobios • Muestra mínima • Se usa en: abcesos, ulceras, líquidos articular, pleural y ascítico.	• Barato • No invasivo • Requiere limpieza y desbridamiento previo de la herida • Detecta contaminantes de superficie • Fácilmente desecable • No en biofilm • Se usa en: conjuntiva, exudado ótico, exudado faríngeo, exudado vaginal, heridas superficiales.

CONCLUSIONES

La muestra se debe recoger, siempre que sea posible, antes de iniciar cualquier terapia antimicrobiana.

Únicamente en lesiones que presenten signos clásicos de infección.

Toda lesión abierta está colonizada por bacterias.

En UPP se recomienda la toma de muestras por aspiración frente al hisopo.

BIBLIOGRAFÍA

Guerrero Gómez, C; Sánchez Carrillo, C. Recogida, transporte y procesamiento general de las muestras en el laboratorio de microbiología. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. SEIMC. 2003. ISBN: 84-609-2287-1

Verdú Soriano, J; López Casanova, P; Sánchez Romero, I; Segovia Gómez, T. Toma de muestras para el laboratorio de microbiología. Procedimientos y recomendaciones. Serie documentos técnicos GNEAUPP nº IV. Logroño 2018 ISBN-13: 978-84-09-06690-2

TEMA 44. BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA.

MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ
ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA
MARTA ATIENZA CORREAS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- DEFINICIÓN
- CLÍNICA
- DIAGNÓTICO CLÍNICO
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- TRATAMIENTO
- CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO
- CRITERIOS DE INGRESO EN UCIP
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas representan la primera causa de consulta y hospitalización en pacientes pediátricos; no obstante la más frecuente en los niños menores de dos años es la bronquiolitis[1].

Como causa principal de su etiología se tiene el virus sincitial respiratorio (VSR), que sigue causando brotes de epidemias en épocas específicas del año[1].

Como principales factores de riesgo para presentar la enfermedad están[1]:

1. Prematurez[1].
2. Cardiopatías[1].
3. Displasia broncopulmonar[1].
4. Cardiopatías[1].
5. Ser menores de seis meses[1].

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos del milenio es disminuir la mortalidad infantil y frente a la prevalencia de la enfermedad en nuestro país, donde la población infantil entre 0 y 2 años es numerosa, es de vital importancia que el profesional de enfermería conozca e identifique cómo se desarrolla y se transmite esta enfermedad y cómo debe ser tratada para disminuir los riesgos en la población infantil, a fin de evitar que el lactante presente complicaciones y deba ser ingresado a la unidad de cuidado intensivo pediátrico. Por esto es necesario que el profesional de enfermería de consulta externa brinde educación a los cuidadores y de esta forma ayude a disminuir, si es posible, la incidencia de casos de niños con bronquiolitis[1].

DEFINICIÓN

El término bronquiolitis se utiliza desde hace más de 70 para denominar a un conjunto concreto de síntomas respiratorios. Sin embargo, la definición de esta patología no está establecida con exactitud, existiendo distintas acepciones en diferentes países[2].

En 1983 McConnochie definió la bronquiolitis como el primer episodio de sibilancias, precedido por un cuadro respiratorio con rinorrea, tos y taquipnea, con o sin fiebre, que afecta a niños menores de 2 años. Esta definición es la empleada en Estados Unidos y en algunos países europeos. En el Reino Unido, Australia y otras zonas de Europa, el término se utiliza para denominar a las infecciones del tracto respiratorio acompañadas de crepitantes diseminados en la auscultación. Algunos autores creen que sólo se debe incluir en esta patología al grupo de niños menores de un año[2].

DEFINICIÓN

Una definición más exacta de este proceso parece, por tanto, necesaria[2].

En nuestro medio hablamos de bronquiolitis aguda ante el primer episodio de infección respiratoria acompañado de dificultad respiratoria con sibilancias y/o crepitantes en la auscultación, en un paciente menor de 2 años[2].

Existe una gran tendencia a sobre-diagnosticar esta patología y referirse a ella ante cualquier lactante que presenta una infección respiratoria acompañada de sibilancias. Es importante dejar claro que el término bronquiolitis hace referencia sólo al primer episodio y que no todo lactante con sibilancias presenta una bronquiolitis. La diferenciación es importante pues el tratamiento de ambos procesos es diferente[2].

CLÍNICA

Puede manifestarse como dificultad respiratoria de grado variable, desaturación, sibilancias y crépitos en la auscultación. En comparación con otros virus que causan la bronquiolitis, la fiebre tiende a ser menor con el VRS y más alta con adenovirus. Las apneas puede ocurrir sobre todo en los prematuros y los menores de dos meses de edad. Los objetivos de la evaluación de los lactantes con tos y/o sibilancias incluye la diferenciación de la bronquiolitis de otros trastornos respiratorios, la estimación de la enfermedad mediante escalas con puntajes de severidad, permiten realizar una valoración objetiva y comparar las observaciones subjetivas entre diferentes examinadores, lo cual proporciona una mejor evaluación, ya que los hallazgos pueden variar sustancialmente en el trascurso de minutos a horas[3].

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico de la bronquiolitis aguda es eminentemente clínico, las pruebas de laboratorio y las radiografías no se indican rutinariamente, podrían estar indicadas en pacientes con un curso clínico inusual o enfermedad grave. Pruebas virológicas para el VRS y otros virus rara vez alteran las decisiones en el manejo, su utilidad radica en permitir la vigilancia epidemiológica y el aislamiento del paciente hospitalizado, lo cual ayuda a evitar la transmisión nosocomial; teniendo mayor rendimiento las pruebas de aspirado nasofaríngeo sobre el hisopado nasofaríngeo. Las radiografías de tórax no son necesarias en la evaluación de rutina y puede conducir al uso inadecuado de los antibióticos. La determinación de PCR y/o procalcitonina podría ser de utilidad en los pacientes con bronquiolitis aguda y fiebre en los que se sospeche una infección bacteriana potencialmente grave. La determinación de la saturación de oxigeno puede ser de utilidad como una forma no invasiva de seguimiento[3].

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Se debe evaluar la hidratación y la habilidad para la ingesta de líquidos oralmente. Si el paciente tiene leve dificultad respiratoria se requiere sólo de observación, principalmente si la alimentación no se afecta. Si la frecuencia respiratoria es mayor de 60-70, tiene aleteo nasal, retracciones intercostales o espiración prolongada hay riesgo de aspiración, por lo cual se debe suspender la vía oral y administrar líquidos intravenosos[3].

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Asma (broncoespasmo) [4].
- Tosferina[4].
- Aspiración por reflujogastroesofágico/trastorno de la deglución[4].
- Cuerpo extraño en vías respiratorias[4].
- Fibrosis Quística[4].
- Anomalías pulmonares congénitas[4].
- Infección por Chlamydia trachomatis[4].
- Inmunodeficiencias[4].
- Cardiopatías congénitas[4].
- Neumonitis intersticial y bronquiolitis obliterante por adenovirus[4].

TRATAMIENTO

Medidas generales[4]:

Debemos mantener al niño con una nutrición adecuada, para ello debemos realizar tomas más pequeñas y más frecuentes [4]

Es importante igualmente realizar una hidratación adecuada. Si fuese necesario inclusive se realizaría fluidoterapia intravenosa (niños con vómitos frecuentes o rechazo del alimento, signos de dificultad respiratoria que impiden o dificultan la alimentación) [4].

Es importante evitar la obstrucción nasal, por lo que se realizarán lavados nasales con suero fisiológico. La oxigenoterapia es la medida prioritaria del tratamiento para mantener la saturación de oxígeno por encima del 95%[4].

TRATAMIENTO

Hoy en día disponemos de diferentes terapias que apoyen el tratamiento de la Bronquiolitis[4].

Son las siguientes[4]:

1. Terapia broncodilatadora: Adrenalina[4].
2. Terapia antiinflamatoria: Glucocorticoide[4]s.
3. Tratamiento profiláctico: Anticuerpos (palivizumab) [4].
4. Otros: Ribavirina, Óxido nítrico, Heliox, CPAP nasal, Ventilación mecánica, Surfactante exógeno[4].

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

- Mal estado general[4].
- Necesidad de O2[4].
- FR >70 rpm[4].
- Downes-Ferrés >4[4].
- Pausas de apnea o cianosis[4].
- pCO2 >50[4].
- Deshidratación >5%[4].
- Dificultad para la alimentación[4].
- Riesgo social[4].
- Neumotórax, neumomediastino[4].

CRITERIOS DE INGRESO EN UCIP

- Downes-Ferrés >7[4].
- StcO2 < 91% con FiO2 > 0,4[4].
- Cianosis con FiO2 > 0,4[4].
- Alteración del nivel de conciencia[4].
- Apneas que precisan estímulo[4].
- pH < 7,1 o pCO2 > 60[4].
- Empeoramiento rápido[4].
- Bronquiolitis obliterante[4].

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado HR. Bronquiolitis: una enfermedad que sigue siendo una de las primeras causas de muerte en los menores de dos años. Investigación en Enfermería: imagen y desarrollo. 2009; 11(2).

2. Pérez Rodríguez MJ. Bronquiolitis en pediatría: puesta al día. Información Terapeutica del Sistema Nacional de Salud. 2010; 34(1): 3-11.

3. Parra A. Jiménez C, Hernández S, García JE, Cardona AM. Bronquiolitis: artículo de revisión. Neumol Pediatr. 2013; *8*(2): 95-101.

4. Callejón A. Oliva C. Callejón G. Marrero C. Rodríguez E. Infección respiratoria por virus respiratorio sincitial. Bronquiolitis. BSCP Can Ped. 2004; *28*(2): 249-264.

TEMA 45. CLIMATERIO: FITOTERAPIA, SEXUALIDAD Y MENOPAUSIA.

CARLA MARIA FERNANDEZ CASTRO

ÍNDICE

- ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA
- SEXUALIDAD Y MENOPAUSIA
- LA FITOTERAPIA Y LA MENOPAUSIA
- BIBLIOGRAFIA

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El climaterio es, según afirma la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) , la época de la vida femenina en que se verifica la transición de la madurez sexual a la senectud. Es una época en la que se producen importantes cambios, tanto desde el punto de vista físico como social. El climaterio es una etapa de límites imprecisos, situada entre los 45-64 años de edad, que define el período de la vida de la mujer que se extiende desde los 2-8 años antes de la fecha de la menopausia, hasta los 2-6 años después de la última menstruación.

Por otro lado, la menopausia, consiste en la interrupción definitiva de las menstruaciones resultante de la pérdida progresiva de actividad folicular ovárica. La edad de la menopausia espontánea se sitúa entre los 45-55 años, con una media en torno a los 50-51 años en la población mundial y se reconoce tras 12 meses consecutivos de amenorrea, sin que exista ninguna otra causa patológica o fisiológica.

Actualmente la esperanza de vida de la mujer supera en España los 82 años y en el siglo XXI el 95% de las mujeres llegan a tener su menopausia. En el mundo occidental, más de un tercio de la población femenina (más de siete millones de mujeres en España) son postmenopáusicas. Este hecho, tiene una repercusión sanitaria de enorme importancia: el cese de la función ovárica se acompaña de una serie de cambios fisiológicos y psicológicos, que si no se atienden, pueden derivar en distintos problemas de salud. Debemos señalar, que casi el 95% de las mujeres, vivirán al menos el 30% de su vida a partir de este evento menstrual.

El patrón hormonal del climaterio consiste en un descenso de los niveles de estrógenos y un aumento de los niveles de gonadotrofinas.

SEXUALIDAD Y MENOPAUSIA

Los estrógenos juegan un rol crucial en la función sexual de la mujer, particularmente en el mantenimiento de la salud genital. La atrofia vulvovaginal propia de la menopausia, a causa de la deficiencia de estrógenos, es el resultado del adelgazamiento del epitelio vaginal, de la falta de elasticidad, la disminución de la lubricación y el cambio en las sensaciones genitales. Todo esto puede causar sequedad vaginal y dispareunia, así como picores en la vagina y vulva que llegan a ser incómodos en la relación sexual con penetración. Además, el epitelio vaginal más fino, se puede inflamar o ulcerar con más facilidad y las formaciones contiguas de la uretra y la vejiga, pueden irritarse mecánicamente con el coito, más frecuentemente cuando la lubricación no es efectiva. Por este motivo, puede existir una sensación urente hasta 2-3 días tras el contacto sexual y pueden aparecer deseos urgentes de orinar después del coito.

Los síntomas vaginales son un problema común después de la menopausia. La atrofia vaginal tiene un impacto significativo en la función sexual, y puede afectar todos los aspectos de la salud sexual incluyendo el deseo.

Además, todos los efectos relacionados con la disminución de estrógenos como los sofocos, la falta de sueño y los cambios de humor, y las variaciones en las fases de excitación del orgasmo podrían tener un impacto negativo en la función sexual de esta etapa. La fase de excitación resulta ser más lenta, y aumenta el tiempo necesario para llegar a la meseta de la respuesta sexual. El orgasmo dura menos y son más escasos.

Estos cambios físicos pueden modificarse si se practican de forma habitual relaciones con penetración, por el contrario, si no se practica el coito ni la masturbación, la relación sexual con penetración puede resultar difícil, 5-10 años después de la menopausia si no se hace uso de los lubricantes vaginales.

Los andrógenos tienen una clara importancia en el rol sexual del deseo, la excitación, la motivación y la fantasía sexual, así como reactividad del clítoris o la congestión vascular. El nivel de andrógenos en sangre disminuye gradualmente con la edad, debido a una reducción de la producción adrenal. Es por eso que los niveles a los 40 años, son casi la mitad que a los 20 años. La testosterona aparece como uno de los más importantes esteroides sexuales en términos de modulación del deseo sexual.
Necesitamos ser conscientes de que la sexualidad es una dimensión importante para las mujeres, independientemente de la presencia o no de una pareja estable y el disfrute de una sexualidad compartida o no.

En un estudio realizado en Australia, afirman que la falta de deseo sexual en las mujeres, crea un impacto negativo no sólo en las relaciones de pareja, sino también su propia autoestima y su calidad de vida, tanto en las mujeres que han decidido abandonar las relaciones sexuales por completo, como en aquellas, que, a pesar de la falta de deseo, continúan manteniendo un contacto sexual. Las estadísticas que ofrece este estudio, dan mucha información sobre la importancia y la necesidad de atender este tipo de alteraciones. Los problemas sexuales más comunes en las mujeres en edad media enumerados por este grupo de trabajo son:

Pérdida del interés sexual (diminución de la líbido), incapacidad para relajarse, disparéunia, problemas para lograr la excitación y Anorgasmia.

Hablan de que un 10-15% de las mujeres perimenopáusicas no tienen deseo sexual, y menos de un 5% nunca lo han tenido, o por lo menos nunca se han sentido excitadas. Alrededor del 20% sufren dispareunia, de las cuales al 5%, les ocurre en casi todas las relaciones. Además, entre el 20-30% dicen no tener orgasmos durante el coito.

En un artículo de revisión publicado en 2010, se describen amplias variaciones de prevalencia de todas las disfunciones sexuales femeninas, pero el deseo bajo es la disfunción nombrada con mayor frecuencia.

West y cols. encontraron que el deseo bajo aumentaba con la edad, en un 30% para las mujeres de 30 a 39 años, hasta un 60% para las mujeres de 60-70 años. Otro estudio en Estados Unidos, afirma que la disminución del deseo en la Unión Europea aumentó del 10% en las mujeres de 20-29 años, hasta un 50% en las de 60-70 años.

Fernando Martín, en su libro afirma que el 43% de las mujeres presenta algún tipo de trastorno sexual, señalando también un aumento de la prevalencia con la edad, llegando a padecerlos el 50% de las mujeres menopáusicas. Dice que 1/3 de las mujeres pierde el interés sexual y ¼ no experimenta orgasmos, de manera que para el 20%, el sexo no resulta placentero.

Realizando la revisión bibliográfica, nos damos cuenta de que las estadísticas en este sentido son bastante similares en cualquier población, convirtiéndose, dentro de las alteraciones sexuales de la mujer perimenopáusica, la disminución de la líbido, en un problema de gran prevalencia. Es por eso que nos planteamos la necesidad de atender y dar cobertura a las necesidades de estas mujeres.

LA FITOTERAPIA EN LA MENOPAUSIA

Las terapias alternativas y la fitoterapia en concreto están en auge. La fitoterapia es la obtención de la salud mediante el uso de plantas, a las que se les atribuyen propiedades terapéuticas, gran eficacia, baja toxicidad, raras contraindicaciones y buena aceptación del paciente.

La dispensación de plantas medicinales para la menopausia se ha incrementado notablemente en los últimos años. Estos datos se atribuyen al mayor conocimiento de la población sobre la fitoterapia o el uso terapéutico de las plantas medicinales y a la "mala imagen" que tienen los tratamientos hormonales. Uno de los problemas que se plantea con estos tratamientos, es el cumplimiento por parte de la paciente, que o bien no lo inicia o lo abandona prematuramente.

En otras circunstancias pueden estar contraindicados los tratamientos con estrógenos y es por esto que los profesionales de la salud que atienden a mujeres cuando llegan a la menopausia, deben orientarlas sobre hábitos de vida saludables y factores de riesgo. Deben asesorarlas correctamente para que decidan conjuntamente la conducta a seguir para tratar los aspectos físicos, psíquicos y sociales de la menopausia, así como las patologías asociadas a ella y el avance de la edad.

La utilización creciente de los productos de fitoterapia ha sido propiciada en parte por el regreso a lo natural que se ha producido de forma general en la sociedad. Sin embargo, va más allá de una simple moda y no se debe solamente a un aumento en el interés por los “tratamientos naturales” de los problemas de salud, sino también a la creciente evidencia sobre su seguridad y eficacia. Es por eso que crea unas expectativas muy interesantes para el tratamiento de la mujer en la menopausia.

La Damiana (*Turnera diffusa var. Aphrodisiaca Wild*) es una planta medicinal de la familia de las turneráceas con muchos usos tradicionales y reputación como afrodisiaco. Los aceites esenciales producidos por esta planta son usados en la medicina tradicional.

La planta de la damiana es un arbusto salvaje localizado en Méjico, Centro América y la India occidental, así como en algunas partes de América del Sur. No se encuentra en Europa de forma salvaje. Es extensamente utilizada en la medicina tradicional como antitusivo, diurético y como agente afrodisiaco. Estudios recientes en ratas parecen apoyar la reputación tradicional de la *Turnera diffusa* como estimulante sexual.

Existe evidencia de que produce un aumento en el número y en la vitalidad de los espermatozoides. En la mujer, regulariza el ciclo menstrual y estimula las funciones del ovario. En ambos sexos parece tener un efecto revitalizante y afrodisiaco aunque diversos autores recomiendan más estudios en humanos para afirmar este efecto ya que con los que existen no se puede concluir.
La planta de damiana está catalogada como planta de consumo seguro por la FDA (Food and Drug Administration) y la lista GRAS (Generally Recognized as safe).

BIBLIOGRAFÍA

- Usandizaga JA, Ordás J. Ginecología. 4ª ed. Madrid: Marbán; 2011.
- Goberna Tricas J. Promoción de la salud en el climaterio. Matr Prof. 2002; 8: 4-12.
- SEGO, AEEM, Cochrane, SenFYC. Guía de práctica clínica menopausia postmenopausia. Barcelona; 2004.
- Gomez Fernández MA. Disfunción sexual femenina en el climaterio. Matr Prof. 2010; 11 (9-4): 93-8
- Gonzalez Merlo J, Gonzalez Bosquet J, Gonzalez Bosquet E. Ginecología. 8ª Ed. Barcelona: Masson; 2003.
- Martín Malavé F. Menopausia ¿Segunda primavera?. 1ªEd. Barcelona: Masson; 2005.
- Gonzalez Fernandez MA. Disfunción sexual femenina en el climaterio. Matr Prof. 2010; 11(3-4):93-8

- Maclaran K, Panay N, Vega CP. Managing low sexual desire in women: hormonal management. Women's health. 2011; 7 (5):1-13.
- Davis SR, Jane F. Sex and perimenopause. Focus. 2011; 40 (5): 274-8.
- Dennerstein L, koochaki, Bartom I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western Europeanwomen. J Sex Med. 2006; 3(2): 212-22.
- Leiblum SR, Koochaki, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). Menopause. 2006; 13(1): 46-56.
- Emerson CR. Review of low libido in women. Int J STD&AIDS 2010;21: 312-6.

- West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, et al. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. Arch Intern Med. 2008; 168: 1441-9.
- Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. Fertil Steril 2007;87:107-112
- Durán M. Plantas Medicinales en la menopausia. En: Durán M. Menopausia ¡naturalmente! Barcelona: Nexus Médica; 2010. P. 83-6.

TEMA 46. EL ROL DEL CUIDADOR EN FAMILIARES DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA.

BÁRBARA ROJAS SALINERO

ANA MARÍA PARRA CRUZ

TAMARA GIL BLANCO

Índice

- Introducción
- Objetivos
- Material y Método
- Discusión y Medidas
- Conclusiones
- Bibliografía

Introducción

Palabras clave

Sobrecarga del cuidador/ Esquizofrenia/ Enfermería de salud mental

Según el National Institute of Mental Health la esquizofrenia *"es un trastorno crónico y grave que afecta la forma de pensar, sentir y actuar de las personas"*

Las personas que padecen esta enfermedad pueden sufrir alucinaciones auditivas o visuales, también llegan a creer que otras personas pueden leer su mente o que conspiran para hacerles daño. Por estos síntomas, suelen tener una personalidad más retraída y en algunas ocasiones agitada.

Estas personas, además, hablan de temas inusuales y extraños, lo que dificulta mantener conversaciones con ellas. También pueden durar horas sentados sin hablar ni moverse.

En muchos casos, provoca dificultades en el desempeño de las funciones propias de cada etapa del ciclo vital, imposibilitando el logro de una vida independiente.

(1,2,3)

La esquizofrenia causa un problema doble, por un lado, atender los problemas de la propia enfermedad y, por otro, hacer frente a las condiciones sociales adversas que existen en torno a la misma.

A raíz de diagnosticar la enfermedad, aparece un cambio notable en la dinámica familiar, además cuesta mucho aceptarlo. (1,2)

Objetivo

Conocer las consecuencias de los familiares de pacientes con esquizofrenia que sufren el rol del cuidador

Material y método

Para la búsqueda de este trabajo se ha llevado a cabo una selección bibliográfica, de artículos en inglés (por ser el lenguaje universal) y en castellano

La búsqueda bibliográfica ha sido a través de bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline Plus, Dialnet y Google Académico. Artículos que no superan los diez años de antigüedad.

Discusión

- El término Familiar Cuidador Primario Informal (FCPI) hace referencia a la persona que se responsabiliza de atender y asistir al paciente y comparte una relación familiar directa con él, pueden ser los padres, la pareja, los hijos o los hermanos; y se dice informal porque no es su trabajo ni gana dinero por ello. (3)

- El FCPI carga prácticamente con la totalidad de los cuidados de los pacientes, sin el conocimiento, la información y las aptitudes, en la mayoría de los casos, para asumir estas funciones. Esta responsabilidad supone a los cuidadores a una elevada sobrecarga con importantes consecuencias negativas para ellos y el resto de la familia (4, 5)

En la salud de las personas el grupo social que más influye es la familia**,** es una de las instituciones sociales más antigua y más fuerte. Sus miembros tienen una historia común, comparten rasgos genéticos, entorno, costumbres, creencias, actitudes generales y estilos de vida. Al considerar la familia como un sistema, se constata que funciona como una unidad, ya que a través de las interacciones que se generan entre sus miembros y la dependencia mutua que existe entre ellos, los factores que influyen en uno de sus miembros afectan a todos los demás en mayor o menor grado (2,3,5)

Consecuencias negativas

- Consecuencias relacionadas con la aparición de síntomas: insomnio, sueño fraccionado, llanto, tristeza…

- Consecuencias sociales por la plena dedicación a los pacientes: abandonan sus aficiones, no tienen tiempo para irse de vacaciones ni viajar, disminuyen las relaciones sociales y las reuniones en casa, descuido de otros miembros de la familia…

- Consecuencias físicas: dolores articulares, cefaleas, agotamiento…

- Consecuencias psicológicas: sentimiento de responsabilidad, de culpabilidad, desesperanza… (2,3,6)

Medidas

La promoción de la salud juega un papel fundamental. La enfermería de Atención primaria debe conducir a los familiares hacia un camino más fácil en la enfermedad de su familiar.

Es muy importante y necesario que la familia tenga conocimiento de que la esquizofrenia puede ser controlada.

Por este motivo, es necesario llevar a cabo medidas de educación al FCPI, enseñándoles causas de la enfermedad, aprender a identificar los signos y síntomas, tener una adecuada alimentación, higiene y sobre todo el tratamiento conjunto de medicación, terapia grupal y familiar y la participación en grupos de apoyo. (4,7)

Conclusiones

- La esquizofrenia *«es uno de los trastornos mentales más complejos y una de las enfermedades de considerable impacto en la salud pública mundial».*

- A día hoy existe mucho estigma y desinformación a cerca de esta patología, lo que influye en el cuidado de estas personas.

- El FCPI sufre consecuencias negativas en su estado de salud debido a lo incapacitante que llega a resultar esta enfermedad, y lo difícil que es conciliar con estas personas

- Los profesionales de Atención Primaria, mediante la Promoción de la Salud y la Educación para la salud, juegan un papel muy importante de ayuda a estos familiares.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de la Salud Mental [Sede web]*2011. La esquizofrenia. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/sp-15-3517_156292.pdf

2. Rascón LM, Valencia M, Domínguez T, Alcántara H, Casanova L. Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. Salud Mental 2014;37:239-246

3. Rascón ML, et al. Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos. Rev Invest Clin 2010; 62 (6): 509-515

4. Caqueo A, Miranda C, Lemos S, Marutana S, Ramírez M, Mascayano F. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients, Psicothema 2014, Vol. 26, No. 2, 235-243
doi: 10.7334/psicothema2013.86

5. Leal M, Sales R, Íbañez E, Giner J, Leal C. Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativoActas Esp Psiquiatr 2008;36(2):63-69

6. García P, Moreno A, Freund N, Lahera F. Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas.Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2012; 32 (116), 739-756. doi: 10.4321/S0211-57352012000400005

7. Contretras A, Gil E, Jaimez T, Manzanillo Y. Rol educativo del profesional de enfermería hacia los familiares de pacientes esquizofrénicos. Rev Global de Enfermería. 2011; (24):94-102.

TEMA 47. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO.

MIGUEL ÁNGEL MORENO BAÑOS

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un problema real de nuestra sociedad, que deja día tras día, muertes de mujeres , que se presentan indefensas a pesar de los intentos políticos judiciales y sociales para evitarlo.

La figura del Ministerio de Sanidad junto a los Servicios Sociales e Igualdad establecen unas recomendaciones específicas para su prevención desde la sensibilización y formación sanitaria en los diversos ámbitos de actuación. Para ello se determinan las siguientes actuaciones:

- La inclusión en la formación continuada del personal sanitario sobre:
  - Prevención/detección precoz.
  - Atención integral a la mujer, hijos/as.

- Atención a la formación en competencia interculturales y en los distintos contextos de vulnerabilidad ante el maltrato.

- Realización de sesiones clínicas multi/interdisciplinares de casos reales.
- Realización de sesiones sanitarias entre otras instituciones.
- Conocimiento de la importancia en relación a su detención, valoración, actuación ante el menor que presencia la violencia de género.

OBJETIVOS

Según el Protocolo común para la actuación Sanitaria, ante la Violencia de Género, se establecen unas recomendaciones, que forman parte de los principales objetivos de prevención:

- Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios sobre actuaciones ante violencia de género.
- Participar en campañas promocionales e incentivas sobre la igualdad de género y sus signos de alerta ante situaciones de desigualdad.
- Participar activamente en la atención a la salud integral de la mujer en el ámbito comunitario.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica precisa, realizada sobre todo en distintas bases de datos como Pubmed, Medlineplus, Cinhal y Cochrane.

Se buscó en libros legales y de ámbito de salud integral en mujeres.

También se encontraron artículos de revistas de derecho de género y en bibliotecas científicas online como Scielo.

El periodo donde se realizó la búsqueda fue entre 2013-2018.

Entre las 113 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 30 para un análisis inteligente.

Descriptores: PREVENCIÓN, VIOLENCIA, GÉNERO, SISTEMA SANITARIO

RESULTADOS

El Sistema Sanitario realiza un importante papel respecto a la prevención de la violencia de género, sobre todo en su detección y actuación precoz.

El aumento de medios sociales y actuación sanitaria facilita el aumento de la sensibilización en materia de violencia de género, mediante la detección precoz y su posterior denuncia.

Día a día se va tomando más conciencia social sobre la violencia de género.

CONCLUSIÓN

Con el paso de los años se ha ido cambiando la estructura familiar, y la conciencia de igualdad doméstica. En la que la figura de patriarcado, representada por el género masculino está evolucionando a un concepto de equidad en derechos y deberes.

Con la incorporación de la mujer al mundo laboral, y con ello, el aumento de su independencia, han aumentado el número de denuncias respecto a la violencia de género en todos sus tipos, y la visualización de dicha violencia, antes ocultada y defendida como algo normalizado, dentro del ámbito familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- Guía profesional de recursos de atención a mujeres víctimas de violencia de género. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (Actualizada a 26 abril de 2016) www.carm.es/prevencionviolenciadegenero
- Plan Nacional de sensibilización y prevención de la violencia de Género. Marco conceptual y ejes de intervención. www.consejogeneraldecolegiosoficialesdepsicologos

- Informed. La violencia de género debería ser un problema de salud pública. La Habana: MINSAP; 29 de noviembre 2015. http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2014/11/27/violencia_de_genero_deberia_ser_un_problema_de_salud_publica_oms/

BIBLIOGRAFÍA

- ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, (2012). Protocolo común de actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Gobierno de España. Págs. 35-37.

TEMA 48. NUTRICIÓN EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TRATADA CON HEMODIÁLISIS.

MARTA ATIENZA CORREAS
MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ
ESTHER NUÑEZ DE ARENAS ARANDA

ÍNDICE

- **Introducción 3**
- **Objetivos 5**
- **Nutrientes 6**
- **Minerales 8**
- **Vitaminas 10**
- **Líquidos 11**
- **Conclusión 12**
- **Bibliografía 13**

INTRODUCCIÓN

La ERC se define como la presencia al menos durante 3 meses de al menos una de las siguientes situaciones:

- FG inferior a 60ml/min/1,73m_2
- Lesión renal definida por la presencia de anormalidades estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG y provocar complicaciones para la salud

Es problema de salud creciente a nivel mundial. Aproximadamente 4,5 millones de personas padecen ERC en España. De ellas unas 56000 están en tratamiento renal sustitutivo (TRS), la mitad en diálisis y el resto con un trasplante renal funcionante[1].

La modalidad de diálisis más utilizada por los usuarios es la hemodiálisis, un proceso en el que se utiliza un riñón artificial (hemodializador) para depurar la sangre. El procedimiento es capaz de eliminar el exceso de líquido y metabolitos, pero no de sustituir la función endocrina de los riñones.

Uno de lo problemas más comunes y predictor de la mortalidad de este tratamiento es la desnutrición proteico-calórica (20-25%) y entre los factores condicionantes está la alimentación insuficiente[2,3].

La educación sanitaria de los pacientes dializados, llevada a cabo por el personal de enfermería, respecto a la ingesta adecuada de nutrientes ha disminuido el porcentaje de pacientes que seguían una dieta inadecuada[3,4].

OBJETIVOS

- Conocer las características que debe presentar la dieta de los enfermos renales tratados con hemodiálisis.

- Llevar a cabo una educación para la salud efectiva, que disminuya la morbilidad y mortalidad asociada a la desnutrición de estos pacientes.

- Conseguir que la educación para la salud de estos pacientes favorezca conductas de autocuidado protectoras.

NUTRIENTES

Proteínas:
La recomendación es de 1,2 -1,4 g/kg/ día como mínimo. Entre el 50-80% deben ser de alto valor biológico (origen animal: huevos, leche,carne..). Las dietas con bajo contenido proteico no están justificada ya que la mejoría de FG es mínima y tiene repercusiones negativas sobre la situación nutricional.

Hidratos de carbono:
Deben suponer el 60% de la dieta a expensas de los hidratos de carbono complejos o de absorción lenta (arroz, pasta, patata…). Evitar los simples (azúcar, miel, caramelos..) que favorecen subidas de colesterol, triglicéridos y obesidad.

Lípidos:

Suponen el 30%, se reparten en menos del 10% de grasas saturadas (embutidos, huevos, lácteos…), por encima 10 % de grasas monoinsaturadas (aceite de oliva) el resto poliinsaturadas (pescado, nueces…)

HC+LIPIDOS 35kcal/día

Fibras:

El estreñimiento es común en los pacientes en hemodiálisis y de origen multifactorial, ingesta baja de alimentos ricos en fibra y de líquidos, escasa actividad física…La recomendación son 20-25 g, prestando gran atención aquellas fuentes de fibras que contengan potasio[5,6,7].

MINERALES

Sodio:

La ingesta debe ser individualizada dependiendo de la función renal residual. Aunque se recomienda 1,8-2,5 g/día. Un exceso puede conducir a un mayor peso interdialítico, así como, edema, HTA e insuficiencia cardiaca congestiva.

Potasio:

En pacientes con un función renal residual menor 1000ml/día el potasio de la dieta debe mantenerse entre 1,5-2 g/día, ya que la hiperpotasemia puede desencadenar arritmias cardiacas.

Calcio:

Los pacientes en hemodiálisis presentan deficiencia y resistencia a la acción de la vitamina D , por lo que lo requerimientos de calcio aumentan 1-1,5g /día.

Fósforo:

Se debe restringir 0,8-1 g/día, ya que la hiperfosfatemia contribuye al hiperparatiroidismo secundario y a la enfermedad ósea metabólica.

Precaución en los productos lácteos que aumentan tanto los niveles de calcio como los de fósforo[5,6,7].

VITAMINAS

Hidrosolubles:

Los niveles sanguíneos de estos pacientes están disminuidos atribuyéndose en gran medida a la ingesta alimentaria insuficiente. Los niveles bajos de B12,B6 y ácido fólico se asocian con niveles de homocisteina elevados lo que se relaciona con enfermedad vascular precoz. Por ello se recomiendan los suplementos vitamínicos.

Liposolubles:

No suelen requerir suplementos, salvo de vitamina D, para aumentar la absorción de calcio intestinal y prevenir y tratar el hiperparatiroidismo y mejorar el metabolismo óseo[5,6,7].

LÍQUIDOS

Se debe realizar un cálculo del balance hídrico, teniendo en cuenta la diuresis que conserve el paciente. Normalmente la recomendación hídrica es de 500-600 ml sumados al volumen de diuresis que conserve el paciente, teniendo en cuenta el agua presente en los alimentos. La ganacia de peso entre dos sesiones de hemodiálisis debe ser 1,5-2,5 kg como máximo.

La ingesta excesiva provoca múltiples complicaciones antes de la hemodiálisis (HTA, aumento de peso, edema, disnea…) y durante el proceso (hipotensión, edema agudo de pulmón, calambres, nauseas, cefaleas…) [5,6,7].

CONCLUSIÓN

La alimentación es un proceso voluntario y educable, por lo que es fundamental que el personal de enfermería conozca, intervenga y asuma un papel determinante en la educación sanitaria de los pacientes con ERC en TRS con hemodiálisis y más aun conociendo las características especiales de estos pacientes y el riesgo elevado que tienen de padecer deterioros alimenticios, todo esto con el propósito de favorecer conductas de autocuidado protectoras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS. *Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS*, 27 de Marzo de 2015.8-10. https://www.senefro.org/modules.php?name=noticias&d_op=view&idnew=1346 (último acceso 15 febrero 2019).

2. Yuste Claudia, Abad Soraya, Vega Almudena, Barraca Daniel, Bucalo Laura, Pérez-de José Ana et al . Valoración del estado nutricional en pacientes en hemodiálisis. Nefrología (Madr.) [Internet]. 2013 [citado 2019 Feb 13] ; 33(2): 243-249. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952013000200013&lng=es

3. Pereira Feijoo M.ª Concepción, Queija Martínez Lidia, Blanco Pérez Andrés, Rivera Egusquiza Ignacio Antonio, Martínez Maestro Victoria Eugenia, Prada Monterrubio Zaira. Valoración del estado nutricional y consumo alimentario de los pacientes en terapia renal sustitutiva mediante hemodiálisis. Enferm Nefrol [Internet]. 2015 Jun [citado 2019 Feb 24] ; 18(2): 103-111. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254288420150002000 05&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842015000200005

4. Vázquez Espinoza José Antonio, Velasco Rodríguez Raymundo, Alcaraz Moreno Noemí, Pérez Hernández María Gicela, Casique Casique Leticia. Educational support and pattern-of-life in the patient treated with hemodialysis. Enferm Nefrol [Internet]. 2017 Mar [citado 2019 Feb 13] ; 20(1): 28-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000100004&lng=es

5. C.Riella Miguel, Martins Cristina. Nutrición y Riñón. Buenos aires: Editorial Paramericana; 2004.

6. Unidad de Nefrología-Diálisis. Guía para el paciente renal en la unidad de diálisis. Hospital Universitario de Donostia. Unidad de Comunicación;2013. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Paciente_Renal_C.pdf (último acceso 15 febrero 2019).

7.Bustamante J, DE Luis D. Aspectos Nutricionales en la Insuficiencia Renal. Sociedad Española de Nefrología. 2008;28(3):339-348.

TEMA 49. INTRODUCCIÓN A LA ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA.

JOSE ANTONIO RODRIGUEZ CARRILLO
MARIA DE LAS NIEVES CABALLERO ANTIÑOLO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN
- CLASIFICACIÓN
- DIAGNÓSTICO.
- PRONÓSTICO
- FACTORES DE RIESGO
- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCIÓ Y DEFINICIÓN

Es una forma extremadamente rara de adenocarcinoma intraepitelial, es decir, es un carcinoma epidérmico de diferenciación apocrina que se origina en la epidermis o secundario a la diseminación epidermotropa de neoplasias adyacentes o a distancia. Suele presentarse como una lesión eccematiforme, de límites bien definidos, en zonas ricas en glándulas apocrinas como axilas, zona genital y anal.

La enfermedad de Paget fue definida por primera vez por Sir James Paget en 1874, describiendo lesiones en mamas de 15 mujeres que posteriormente desarrollaron cáncer de mama. Crocker, en 1889, fue el primero en describir esta enfermedad fuera de la mama, en un paciente con afectación de pene y escroto, corroborando lo expuesto por Paget.

CLASIFICACIÓN

Podemos encontrar 2 tipos de enfermedad de Paget extramamaria, primaria y secundaria. Las primarias son adenocarcinomas de diferenciación apocrina. La teoría más aceptada es que provienen de un precursor pluripotencial de la epidermis o sus anejos, y posteriormente, invadir dermis y, a través de los vasos linfáticos y sanguíneos, produciendo metástasis. Las secundarias son consecuencia de un tumor en las cercanías de la lesión o a distancia, con diseminación a piel por células tumorales epidermotropas.

Otra clasificación es:

- Enfermedad de Paget de la vulva: lesión primaria o asociación con un adenocarcinoma de otro órgano local como la glándula de Bartholin, la uretra, etc, y así ser secundaria. Los pacientes tienden a estar en el rango postmenopáusico.
- Enfermedad de Paget del pene: puede ser primaria o secundaria; menos común que la enfermedad del sexo femenino.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

El diagnóstico de enfermedad de Paget es histológico, el cual suele necesitar de un estudio inmunohistoquímico, definiendo ésta si es primaria o secundaria, siempre acompañado de pruebas complementarias.

Su pronóstico depende de 2 factores:

- profundidad de la invasión del tumor primario.
- presencia o no de tumor asociado.

De sintomatología inespecífica y la lenta evolución de las lesiones, suele provocar un retraso en el diagnóstico que conlleva un empeoramiento del pronóstico.

La extirpación quirúrgica es el tratamiento primario de las lesiones cutáneas, aunque también suele responder al uso tópico de5-fluorouracilo (5-FU) o imiquimod.

PRONÓSTICO

La supervivencia dependerá en gran medida del estado patológico depende mucho del estado patológico en que se encuentran los ganglios inguinales y si hubo diseminación a las estructuras adyacentes, así como del estado pluripatológico del paciente.

El tamaño del tumor primario no resultado tan importante para definir el futuro pronóstico del paciente.

En las pacientes con enfermedad operable sin compromiso ganglionar, la tasa de supervivencia general es elevado, situándose entorno a un 90 %. Por el contrario, en con compromiso ganglionar, la tasa de supervivencia general entorno a los 5 años, disminuye drásticamente, situándose entre el 50 a 60 %.

FACTORES DE RIESGO

- Estado clínico ganglionar.
- Edad.
- Grado de diferenciación
- Estadio tumoral.
- Espesor tumoral.
- Profundidad de la invasión estromal.
- Presencia de invasión del espacio linfático capilar.

Otros factores de riesgo que contramos son:

- Presencia de condiloma o displasia escamosa.
- Presencia del virus de papiloma humano.

BIBLIOGRAFÍA

• Asociación Argentina de Dermatología. N, Sánchez G, Chajade E, Salinas Mejía A. Revista argentina de dermatología. [Internet]. Vol. 91, Revista argentina de dermatología. Asociación Argentina de Dermatología; 2010 [cited 2019 Feb 20]. 1-9 p. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2010000400001

• Tapia E Ó, Kam C S. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRA-MAMARIA. Rev Chil cirugía [Internet]. 2014 Aug [cited 2019 Feb 20];66(4):371–4. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=en

BIBLIOGRAFÍA

•Lorenzo-Zúñiga García V, Tor Aguilera J, Balañá Quintero C, Rey-Joly Barroso C. Anales de medicina interna. [Internet]. Vol. 18, Anales de Medicina Interna. Arán Ediciones, S.A; 2001 [cited 2019 Feb 20]. 659-659 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001200014

• Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia. [Internet]. Vol. 31, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Centro Nacional de Informacion de Ciencias Medicas; 2005 [cited 2019 Feb 20]. 0-0 p. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000300003

TEMA 50. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME DE TOURETTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.

ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA
MARTA ATIENZA CORREAS
MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN
2. CLASIFICACIÓN DE LOS TICS
3. ETIOLOGÍA
4. DIAGNÓSTICO
5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
6. PAE: PRESENTACIÓN DEL CASO
7. PAE: VALORACIÓN SEGÚN TAXONOMÍA NANDA
8. PAE: DIAGNÓSTICOS
9. PAE: INTERVENCIONES SEGÚN TAXONOMÍA NIC
10. BIBLIOGRAFÍA

1. DEFINICIÓN

El Síndrome de Tourette (ST) es un trastorno neurológico que se caracteriza por la presencia de múltiples tics motores y verbales, repentinos y repetitivos o lentos y sostenidos que involucran grupos de músculos específicos. Los tics motores se basan en el movimiento involuntario mientras que los tics fónicos son sonidos involuntarios. [1,2]

La mayoría de los pacientes afectados por el ST sufren los peores síntomas al inicio de la adolescencia que van mejorando al final de esta y cuya mejora continua en la edad adulta, aunque no se debe olvidar que es una afectación crónica con síntomas que duran toda la vida.[1]

2. CLASIFICACIÓN DE LOS TICS

- Según su sintomatología: tics motores simples, tics motores complejos y tics motores sensitivos. Los tics motores simples se dividen a su vez en dos categorías, motores y fónicos.[3,4]

- Según su duración: tics crónicos o transitorios. [3,4]

- Según su etiología: tics primarios, hacen referencia a tics esporádicos o hereditarios, y tics secundarios derivados de diferentes enfermedades: enfermedad de Wilson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Lyme, neurocantositosis, encefalitis, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, corea de Sydenham, etc.[4]

3. ETIOLOGÍA

El Síndrome de Tourette se considera un trastorno cuya causa de aparición no está completamente definida, pero tras diferentes investigaciones se ha observado que en la fisiopatología de los tics existe un componente autoinmune debido a la infección por estreptococo betahemolítico del grupo A.[5]

Existe también el factor hereditario como causa de enfermedad. La transmisión hereditaria se produce de manera autosómica dominante del gen de la Monoaminooxidasa A y de las regiones cromosómicas 17q25, 7q31 y 18q22. [6,7]

4. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la enfermedad suele realizarse mediante observación de los síntomas y una minuciosa evaluación de la historia familiar. Se pueden realizar pruebas de neuroimagen como la resonancia magnética, la tomografía computerizada o el electroencefalograma.[8]

Para diagnosticar el ST, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V), deben cumplirse los cuatro siguientes puntos:

1. Tanto los tics motores como vocales deben haberse presentado durante la manifestación de la condición aunque no obligatoriamente de manera simultánea. [8]

2. Desde la aparición del primer tic estos deben haber persistido durante más de doce meses, aunque pueden aparecer de manera intermitente.

3. El inicio del ST se produce antes de los dieciocho años.

4. La condición no puede ser aplicada a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra alteración médica. (Ej.: cocaína, enfermedad de Huntington). [8]

5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Ningún tratamiento utilizado actualmente significa la curación de la enfermedad. [7,9]

- Clonidina: útil en el 40% de los casos. [7]
- Neurolépticos: reducen la intensidad y frecuencia de los tics. [7,9]

La clonidina puede ser combinada con neurolépticos para reducir las dosis de estos. [7]

6. PAE: PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 11 años con ST que acude a la consulta de pediatría. Los padres refieren que el niño se encuentra muy deprimido, que no duerme bien y que sufre aislamiento social desde hace varios meses. Ha sufrido una pérdida de peso considerable por falta de apetito y por lo tanto, baja ingesta calórica. Sus notas académicas han empeorado. Se decide llevar a cabo un seguimiento por parte de enfermería.

7. PAE: VALORACIÓN SEGÚN TAXONOMIA NANDA

Dominio 1: Promoción de la salud. A pesar de ser consciente de su patología, en ocasiones se niega a recibir el tratamiento.

Dominio 2: Nutrición. Índice de masa corporal por debajo de la media (15,01). Dieta desequilibrada.

Dominio 3: Eliminación. Cuadros de estreñimiento repetitivos acompañados de dolor abdominal.

Dominio 4: Actividad/reposo. Estilo de vida activo. Sufre despertares repentinos, disminución de las horas de sueño y cansancio crónico.

Dominio 5: Percepción/cognición. Falta de concentración y mal comportamiento en centro educativo. Dificultad para tomar sus propias decisiones. [10]

Dominio 6: Autopercepción. Autoimagen negativa. Dificultad para expresar sentimientos.

Dominio 7: Rol-relaciones. Buena relación familiar. Dificultades para las relaciones extra-familiares.

Dominio 8: Sexualidad. No valorable.

Dominio 9: Afrontamiento-tolerancia al estrés. No sabe reaccionar ante las situaciones estresantes correspondientes a su edad presentando cambios de humor.

Dominio 10: Principios vitales. No valorable

Dominio 11: Seguridad. Sin riesgo.

Dominio 12: Confort. En el domicilio familiar se respeta el descanso y la privacidad del niño.

Dominio 13: Crecimiento/desarrollo. Sin anomalías ajenas a su patología.[10]

8. PAE: DIAGNÓSTICOS

Los diagnósticos según la valoración para llevar a cabo el plan de cuidados son los siguientes:

- **Incumplimiento**. R/C conocimiento insuficiente del régimen terapéutico M/P falta de adherencia al tratamiento.
- **Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales**. R/C ingesta diaria insuficiente M/P pérdida de peso.
- **Estreñimiento**. R/C ingesta de fibra insuficiente M/P disminución en el número de deposiciones.
- **Insomnio**. R/C ansiedad M/P dificultad para conciliar el sueño tras despertares repentinos. [11]

- **Fatiga.** R/C disminución de las horas de sueño M/P falta de concentración.
- **Control emocional inestable**. R/C factores estresantes M/P cambios de humor.
- **Baja autoestima crónica.** R/C respeto inadecuado por parte de los demás M/P sentimiento de inferioridad.
- **Aislamiento social**. R/C factores que causan impacto en las relaciones personales: los tics M/P ausencia de amistad fuera del entorno familiar.

9. PAE INTERVENCIONES SEGÚN TAXONOMÍA NIC

- Incumplimiento: facilitar el aprendizaje y facilitar la autorresponsabilidad.
- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales: asesoramiento nutricional, ayuda para ganar peso y manejo del peso.
- Estreñimiento: manejo del estreñimiento y control intestinal.
- Insomnio: disminución de la ansiedad y mejora del sueño
- Fatiga: manejo de la energía
- Control emocional inestable: ayuda para el control del enfado, control del estado de ánimo y humor.
- Baja autoestima crónica: apoyo emocional, elogio, escucha activa y potenciación del autoestima. [12]

- Aislamiento social: aumentar los sistemas de apoyo, mejorar el afrontamiento y potenciación de la socialización. [12]

10. BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute of Neurological Disorders and Stroke [Página principal en Internet]. Maryland: U.S. Deparment of health and human services; c2012 [actualizado 21 Dic 2016; acceso 28 Nov 2018]. Disorders. Disponible en: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome_de_tourette_fs.pdf

2. Brambilla E. Tourette Syndrome and Learning Disabilities: a focus on correlations in a neurodevelopmental perspective. Neuropsychological trends [revista en Internet] 2016 [acceso 29 Nov 2018]; 17-33. Disponible en: http://www.ledonline.it/NeuropsychologicalTrends/allegati/NeuropsychologicalTrends_19_Brambilla.pdf

3. Collado VS, Carrillo JM. Los tics y el síndrome de Tourette en la literatura, el cine y la televisión. Revista de Neurología [Revista online] 2013 [Consultado 1 Dic 2018]; 57(3): 123-133. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Susana_Collado-Vazquez/publication/251569739_Tics_and_Tourette_syndrome_in_literature_cinema_and_television/links/02e7e534521c169501000000.pdf

4. Tijero B, Gómez JC, Zarranz JJ. Tics y síndrome de Guilles de la Tourette. Revista de Neurología [Revista online] 2009 [Consultado 2 Dic 2018]; 48(1): S17-S20. Disponible en: http://pediatrasandalucia.org/Docs/TDAH/1_11_TDAH.pdf

5. Fonseca PI, Garnier AT, Zaldivar M. Enfermedad pediátrica neuropsiquiátrica auntoinmune asociada a infección por estreptococo. Correo científico Médico de Holguín [Revista online] 2008 [acceso 4 Dic 2018]; 12(5). Disponible en: http://www.cocmed.sld.cu/no125/n125rev1.htm

6. Girón WI. El Síndrome de Tourette. BUN Synapsis [Revista online] 2011 [Consultado 5 Dic 2018]; 3(2): 11-13. Disponible en: http://www.lamjol.info/index.php/SYNAP/article/view/654/484

7. Vargas FA, Cuevas GL, Solano AL. Vivencias de una mujer mexicana cuyo hijo padece Síndrome de Tourette. Revista Médico-Científica de la Secretaria de Salud Jalisco [Revista online] 2015 [Consultado 5 Dic 2018]; 2: 80-88. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=vivencias+de+mujer+mexicana+cuyo+hijo+padece+sindrome+de+tourette&btnG=&lr

8. Rodríguez RE, Rosa ME. Los Retos y Desafíos del Síndrome de la Tourette en la Psicología: Agenda del Presente y Futuro. Revista Griot [Revista online] 2014 [Consultado 5 Dic 2018]; 7(1): 98-106. Disponible en: http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1556

9. Asociación Andaluza de Pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (A.S.T.T.A.). Córdoba: A.S.T.T.A.; c2003 [actualizada 10 Dic 2010, acceso 8 Dic 2018]. Primer congreso nacional de Síndrome de Tourette y trastornos asociados. Disponible en: http://www.tourette.es/userfiles/files/publicaciones/Congreso_Tourette%20Libro_.pdf

10. Gobierno del Principado de Asturias [Página principal en Internet]. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias; c2009 [Citado 10 Dic 2018]. Proceso de Cuidados: Valoración de Enfermería. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Formacion/AS_Formacion/Metodologia%20enfermera/GUIA%20VALORACION%20INTERACT.pdf

11. Nanda International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2015-2017. 10ª ed. Madrid: Elseiver; 2015.

12. Bulechek GM, Butcher KH, Dochterman JM, Wagner C.M. Clasificación e Intervenciones de Enfermería. 6ª ed. Madrid: Elseiver; 2014.

TEMA 51. CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA.

NEREA CORNAGO NAVASCUÉS
PATRICIA SANZ MARTINEZ
ERIKA NAVARRO RUIZ
LUCÍA ARNEDO LADRÓN

ÍNDICE

1. AL ALTA DEL PACIENTE.
2. PRIMERA CONSULTA.
3. SEGUNDA CONSULTA.
4. CONSULTA DE SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA.
5. CONSULTA DE SEGUIMIENTO DEL MÉDICO.
6. CONSULTA NO PRESENCIAL DE ENFERMERÍA.
7. CONSULTA DE ENFERMERÍA A LOS 3 MESES.
8. CONSULTA MÉDICA A LOS 6 MESES.
9. CONSULTA MÉDICA A LOS 12 MESES.
10. CONSULTA DE ENFERMERÍA A LOS 12 MESES.
11. ALTA DEL PACIENTE.
12. PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
13. BIBLIOGRAFÍA

1. AL ALTA DEL PACIENTE

Al alta del paciente se garantizará la transmisión de información entre niveles asistenciales, Atención Hospitalaria y Atención Primaria:

- Desde la planta de hospitalización se comunicará al Centro de Salud correspondiente (Unidad de Admisión) el alta del paciente, a través de correo electrónico con la plantilla diseñada para ello.

- Si el alta se produce en viernes, fin de semana o víspera de festivo, además de la notificación al Centro de Salud, se comunicará al profesional de enfermería de consejo (ubicada en el 112) para que realice la llamada de confort en las primeras 24 horas.

- El personal administrativo de AP lo recibe en correo genérico y gestiona las citas con los profesionales sanitarios de la Unidad Básica de Atención (UBA) asignada al paciente.

2. PRIMERA CONSULTA

- Consulta no presencial enfermería. El profesional de enfermería realizará seguimiento precoz mediante contacto telefónico en las primeras 24 horas tras el alta hospitalaria. En la historia clínica de ATENEA se abrirá el episodio "persona anciana frágil" CIAP A2301.

- Consulta no presencial médica. El profesional de medicina valorará el informe de alta hospitalaria. En la historia clínica de ATENEA se abrirá el episodio "fractura de fémur" CIAP L75.

3. SEGUNDA CONSULTA

Visita domiciliaria del profesional de enfermería a las 48-72 horas del alta:

- Valoración de los patrones funcionales de salud y planificación de los cuidados.

- Aplicación del protocolo “Fragilidad y seguimiento V2”, incidiendo en la valoración de:
  1. Existencia de riesgo social.
  2. Salud emocional del cuidador principal. Afrontamiento familiar de la nueva situación.
  3. Capacidad funcional: Escala Barthel.
  4. Situación clínica.
  5. Cumplimiento del régimen terapéutico y adhesión al tratamiento farmacológico.

6. Riesgo de caídas. Identificación de riesgos: barreras arquitectónicas y necesidad de adaptaciones.
7. Estado nutricional: Escala MNA.
8. Diuresis y riesgo de estreñimiento.
9. Riesgo de UPP: Escala de Braden.
10. Dispositivos de apoyo: andador, muletas, silla de ruedas, etc.

- Estado de la herida quirúrgica: cura y seguimiento.

- Se informará al paciente y al cuidador principal de:

  1. Cuidados básicos en el domicilio.
  2. Riesgos identificados y medidas preventivas necesarias.
  3. Pautas precisas para evitar errores en la medicación.
  4. Ejercicios físicos pertinentes a realizar para la recuperación funcional, así como de los avances obtenidos en la rehabilitación.
  5. Necesidad de adaptaciones necesarias: elevadores de WC o modificaciones ambientales.

- Reunión de enfermería con trabajador social del Centro de Salud para valorar las necesidades sociales:

  1. Visita si procede de trabajador social al domicilio.
  2. Información al paciente y familia de los recursos sociales existentes que pudieran necesitarse, así como de ayudas de adaptación de viviendas.

- Reunión de la Unidad Básica de Atención (UBA): Planificación de atención integral al paciente.

4. CONSULTA DE SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA

- Consultas de seguimiento por el profesional de enfermería en el domicilio o centro de salud según evolución y necesidades del paciente (6 semanas post-intervención).

- Los cuidados irán orientados a conseguir los resultados planteados según la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

5. CONSULTA DE SEGUIMIENTO POR EL MÉDICO

Consulta de seguimiento clínico por el profesional de medicina a las 30 días o cuando en coordinación con la UBA se considere necesario:

- Valoración clínica: anamnesis y exploración sistemática.

- Valoración de pruebas complementarias según evolución y exploración del paciente: hemograma completo con hierro y ferritina, función renal con ionograma, etc.

- Control tratamiento de anticoagulación con HBPM.

- Valoración del dolor con la escala numérica EVA y ajuste de tratamiento si precisa.

- Valoración de la función afectiva: Escala de depresión geriátrica de YESAVAGE.

- Consejos para evitar fracturas secundarias: cese de ingestión de alcohol, deshabituación consumo de benzodiacepinas y revisión oftalmológica si déficit visual.

- Verificar progresos de rehabilitación: equilibrio, fuerza, movilidad e independencia, registrando los datos en la escala de Barthel.

6. CONSULTA NO PRESENCIAL DE ENFERMERIA A LOS 2 MESES.

- Consulta no presencial enfermería a los dos meses.

- El profesional de enfermería realizará mediante contacto telefónico valoración y seguimiento de las necesidades del paciente y su entorno.

7. CONSULTA DE SEGUIMIENTO DE ENFERMERIA A LOS 3 MESES

- Consultas de seguimiento por el profesional de enfermería a los tres meses .

- Valoración de la capacidad funcional mediante la escala Barthel.

8. CONSULTA MÉDICA A LOS 6 MESES

- Consulta no presencial médica a los seis meses.

- El profesional de medicina tramitará solicitud de radiografía de cadera (radiografía anteroposterior de pelvis y radiografía simple axial de cadera) y de interconsulta no presencial (INP) al Servicio de Traumatología si la radiografía es patológica, hay cambios respecto a las previas o existen dudas.

9. CONSULTA MÉDICA A LOS 12 MESES

- Consulta no presencial médica a los doce meses.

- El profesional de medicina tramitará solicitud de radiografía de cadera (radiografía anteroposterior de pelvis y radiografía simple axial de cadera) y de interconsulta no presencial (INP) al Servicio de Traumatología si la radiografía es patológica, hay cambios respecto a las previas o existen dudas.

10. CONSULTA ENFERMERIA A LOS 12 MESES

- Consulta de seguimiento por el profesional de enfermería a los doce meses de la intervención quirúrgica de la fractura de cadera.

- Seguimiento de los patrones funcionales de salud y planes de cuidados.

- Valoración y seguimiento del paciente y su entorno a través del protocolo “Fragilidad y seguimiento V2 “:
    1. Salud emocional del cuidador principal: Escala Zarit si procede.
    2. Capacidad funcional: Escala Barthel.
    3. Situación clínica.

4. Cumplimiento del régimen terapéutico y adhesión al tratamiento farmacológico.

5. Riesgo de caídas. Identificación de riesgos.

6. Estado nutricional: Escala MNA.

7. Riesgo de UPP: Escala de Braden.

11. ALTA DEL PACIENTE

- Si la evolución clínica y funcional es favorable se dará el alta del proceso de ortogeriatría a los 12 meses por el médico de Atención Primaria. El paciente será incluido en el programa que proceda según su patología y necesidad de cuidados.

12. PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

- DIAGNÓSTICOS:

00155 Riesgo de caídas

00126 Conocimientos deficientes

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

00149 Temor al cambio en la situación de salud

00085 Deterioro de la movilidad física

00074 Afrontamiento familiar comprometido

- RESULTADOS:

1828 Conocimiento: prevención de caídas
1909 Conducta: prevención de caídas
3010 Satisfacción paciente usuario /seguridad
1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad
1813 Conocimiento: régimen terapéutico
1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas
1004 Estado nutricional
0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas
1302 Superación de problemas
0208 Movilidad
0212 Movimiento coordinado
0200 Ambular
2506 Salud emocional del cuidador principal
2600 Afrontamiento de los problemas de la familia

- INTERVENCIONES:

6490 Prevención de caídas

6485 Manejo ambiental: preparación del hogar

6486 Manejo ambiental: seguridad

5602 Enseñanza: proceso de enfermedad

5610 Enseñanza: prequirúrgica

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescritos

7370 Planificación del alta

3500 Manejo de presiones

3540 Prevención de úlceras por presión

3584 Cuidados de la piel: tratamientos tópicos

3590 Vigilancia de la piel

5230 Aumentar el afrontamiento

5380 Potenciación de la seguridad

4920 Escucha activa

5340 Presencia

0221 Terapia de ejercicios: ambulación

7040 Apoyo al cuidador principal

7140 Apoyo a la familia

7110 Fomentar la implicación familiar

13. BIBLIOGRAFIA

- Instituto de Información Sanitaria. Estadísticas Comentadas: La Atención a la Fractura de Cadera en los Hospitales del SNS [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.ht m.

- Protocolo de tratamiento multidisciplinar de pacientes con fractura de cadera. Comité Fractura de Cadera. Junio 2015. Hospital Universitario Donostia.

- Bardales Mas Y et al. Guías clínicas de fractura de cadera. Comparación de sus principales recomendaciones. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012.doi:10.1016/j.regg.2012.02.014

- 41.- Galí López J, Puig Rosell C, Hernández Remón J, Carrasco Gómez G, Rosell Salvadó G, Sánchez Coll B. ¿Disminuye la variabilidad entre profesionales con la aplicación de protocolos? Resultados en el proceso asistencial de la fractura de cadera. Rev Calidad Asistencial. 1999;14:296-306.

TEMA 52. ACERCA DE LA ERITROBLASTOSIS FETAL.

MARIA DEL MAR GUTIERREZ PRADO

DESIREE BARRIENTOS SOTO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- HERENCIA DE FATOR Rh.
- CLINICA
- FORMAS CLINICAS POR INCOMPATIBILIDAD FACTOR Rh
- FORMAS CLINICAS POR INCOMPATIBILIDAD GRUPO ABO
- PREVENCION
- PRUEBAS DE LABORATORIO
- TRATAMIENTO A LA MADRE

INDICE

- TRATAMIENTO AL BEBE
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La eritroblastosis fetal o enfermedad hemolítica del recién nacido (EHRN) es un trastorno de la sangre que se produce en el embarazo y que afecta al recién nacido , se caracteriza por aglutinación progresiva y hemólisis de los glóbulos rojos .

En la mayor parte de los casos la madre es Rh(-), el padre se Rh(+) y el hijo ha heredado las características Rh (+) del padre ,como consecuencia de esto la madre desarrolla aglutininas anti Rh que pasan al lactante y causan la destrucción de los glóbulos rojos de este.

INTRODUCCION

Una madre Rh (-) que tiene su primer hijo Rh(+) no suele producir aglutininas anti Rh suficientes para que cause trastornos ,sin embargo cuando una madre Rh (-) tiene su segundo hijo Rh(+) frecuentemente ya está sensibilizada por el primero , por lo tanto muchas veces desarrolla proteínas anti Rh con rapidez al quedar embarazada del segundo hijo.

Aproximadamente el 3% de estos hijos segundos presentan algunos signos de eritroblastosis fetal, el 10% de los hijos terceros sufren la enfermedad y esta frecuencia aumenta progresivamente con embarazos subsiguientes.

INTRODUCCION

La madre Rh(-) puede sensibilizarse con factores Rh(+) del hijo durante el periodo que va de unos pocos días antes del nacimiento hasta los primeros días después de este, por entonces grandes cantidades de tejidos fetales especialmente productos de degradación de la placenta liberan sus antígenos hacia la sangre materna dándole una dosis considerable del antígeno Rh(+) del hijo si este antígeno Rh(+) se puede destruir antes de que se inicie la respuesta de anticuerpos la madre no queda sensibilizada contra el factor Rh.

Realizar el genotipaje y fenotipaje de la sangre de los progenitores y del hijo es vital para reducir los riesgos.

INTRODUCCION

También puede darse la enfermedad hemolítica del recién nacido por incompatibilidad de grupo ABO. Esto ocurre cuando el tipo de sangre A, B o O de la madre no es compatible con el del bebé. Es menos grave para el bebé que la incompatibilidad Rh.

Y darse en algunas ocasiones por tener los bebés antígenos raros como son los antígenos :Kell ,Duffy ,Kidd ,Luterano ,Diego ,Xg ,P ,Ee ,Cc ,MNS

HERENCIA DE FACTOR Rh

En cuanto a la herencia, los factores Rh son dominantes mendelianos y aunque hay unos 40 antígenos Rh, el que realmente da la positividad es el D.

Si la madre es Rh(-) esto quiere decir que su genotipo es dd y si el padre es Rh(+) quiere decir que su genotipo puede ser DD o Dd.

Con un padre DD el 100% de los hijos será Rh(+), con un padre Dd solo el 50% lo será.

HERENCIA DE FACTOR Rh

Como la madre Rh(-) solo desarrolla aglutininas sí el feto es Rh (+) y muchos de los padres Rh(+) aproximadamente el 55% son heterocigotos hay aproximadamente una cuarta parte de que sus descendientes sean Rh(-) .

Después de nacido un primer hijo con eritroblastosis no es seguro que los hijos futuros también la padezcan , ya que algunos pueden ser Rh(-) y por tanto no sensibles.

La respuesta inmune de la madre también es menor cuando se espacian los embarazos.

CLINICA

Cuando la madre ha creado los anticuerpos estos difunden lentamente a través de la placenta hasta la sangre del hijo, pudiendo causar aglutinación lenta en el feto y los acumulos de hematíes ocluir los vasos.

Los glóbulos rojos de estos acumulos se hemolizan gradualmente y dejan la hemoglobina libre en la sangre.

A continuación el sistema reticuloendotelial convierte la hemoglobina en bilirrubina, la cual causa la ictericia en la piel (síndrome ictérico),síndrome anémico y sintomatología neurológica por la ictericia nuclear (kernicterus) .

CLINICA

El recién nacido ictérico y eritroblastico suele sufrir anemia al nacer y las aglutininas anti-Rh de la madre circulan por la sangre del niño de 1 a 2 meses destruyendo los glóbulos rojos , disminuyendo su concentración de hemoglobina y si esta llega a valores de 6-8 gr/100ml suelen morir.

Los tejidos hematopoyéticos del recién nacido intentan sustituir a los hematíes hemolizados , así hígado y bazo aumentan considerablemente su volumen ,dando lugar a una hepatomegalia y esplenomegalia y observándose en la sangre del bebe muchas formas jóvenes de eritrocitos como son los eritroblastosis ,de ahí el nombre de la enfermedad.

FORMAS CLINICAS POR INCOMPATIBILIDAD SISTEMA Rh

La forma clínica mas grave es la Hidrops fetalis o Anasarca feto-placentaria en donde el niño suele nacer muerto.

Le sigue en gravedad la Ictericia grave familiar , suele originar Kernicterus y si el niño sobrevive tendrá secuelas neurológicas intensas de tipo extrapiramidal.

El cuadro mas benigno es la anemia hemolítica congénita, con una mortalidad en torno al 20%

FORMAS CLINICAS POR INCOMPATIBILIDAD GRUPO ABO

Por incompatibilidad ABO se presenta un cuadro clínico mucho mas benigno .

Ocurre generalmente en madres del grupo O y fetos con el grupo A o B.

En estos casos el niño presenta una ictericia que parece fisiológica durante la 1ª semana , que se trata fácilmente con fototerapia y que en circunstancias normales no representa ningún peligro par el niño.

PREVENCION

Determinar correctamente el grupo sanguíneo y el factor Rh de los futuros padres es la forma mas fácil , segura y rápida para prevenir la EHRN.

Es muy importante ya que en los casos mas graves puede causar la muerte del feto en el útero o del bebe en el parto o después del mismo.

En los laboratorios de hematología, en la unidad de banco de sangre, se lleva a acabo esta labor. Y se realizan determinaciones analíticas de la sangre de todos los recién nacidos y de sus madres para actuar en caso necesario.

PRUEBAS DE LABORATORIO

En primer lugar se realiza un fenotipaje sanguíneo de la madre y si presenta anticuerpos anti-Rh en la sangre de un embarazo anterior, se realiza la titulación .Si tiene sangre Rh (-) y anticuerpos Rh, se analizará la sangre del padre. Si el tipo de sangre del padre es Rh (-), no se necesitan más pruebas.

Cuando el grupo sanguíneo del padre es Rh(+) o la madre tenga anticuerpos anti-Rh se realizaran análisis de sangre a la madre entre la semana 18 y 20 de embarazo y entre la 26 y 27 para controlar el titulo de anticuerpos presentes en su sangre.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Si los anticuerpos suben se puede realizar una prueba para detectar el flujo sanguíneo de la arteria cerebral fetal , si el flujo esta afectado es muy posible que se produzca la EHRN.

La incompatibilidad ABO se puede detectar con la prueba de Coombs, esta prueba se realiza después del nacimiento del bebé

TRATAMIENTO A LA MADRE

El tratamiento se lograr inmunizando pasivamente a la madre contra el factor Rh(+) y se efectúa inyectando a la madre suero de otra persona Rh(-) que ya ha formado aglutininas anti RH.

Estas aglutininas circulan en la sangre de la madre durante 38 semanas y destruyen todo el factor Rh (+) del hijo evitando que la madre desarrolle sus propios anticuerpos .

Concretamente se inyecta globulina anti Rh (Rh Ig) una dosis a las 28 semanas de gestación y otra a las 72 semanas del parto.

TRATAMIENTO AL BEBE

En algunas ocasiones ,y dependiendo de la gravedad de pueden realizar transfusiones al bebe en el útero si fuese necesario.

Al nacimiento ,en los casos menos graves , ante una ictericia se trata al bebe con fototerapia.

Anticuerpos (inmunoglobulina intravenosa o IgIV) para ayudar a proteger los glóbulos rojos del bebé y que no sean destruidos.

En casos graves el tratamiento consiste en la exanguinotransfusion.

BIBLIOGRAFIA

- Enfermedad hemolítica del recién nacido. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001298.htm
- Carlos Almaguer Gaona. La sangre y sus enfermedades ,capitulo 40:Pruebas de compatibilidad antes de la transfusión sanguínea y prueba de antiglobulina humana o de Coombs. Disponible en: https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookId=1732&sectionId=121016243
- Papel del banco de sangre en la valoración de la enfermedad hemolítica del recién nacido. Disponible en:http://www.aneh.es/archives/15_congreso/s_comunicacion_4.pdf

BIBLIOGRAFIA

- Ictericia neonatal, factores de riesgo y fototerapia en el hospital general julius doepfner.Mendoza Merchan,Marcia Elizabeth Hurtado Alverca ,Juan Daniel. Disponible en: http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/20503
- Alejandro Maccioni s. y Raul Eberhard E. Sensibilización al factor E (rh") como causa de eritroblastosis fetal y anemia hemolítica en el niño. Disponible en:https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v23n5/art03.pdf
- Guyton y Hall .Tratado d fisiologia medica .13th edición .Elsevier

TEMA 53. ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- INVESTIGACIÓN
- PLAN DE TRABAJO
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud laboral en los trabajadores de Atención Primaria más importantes que sufren vienen causados por el contacto con los pacientes y con sus propios compañeros, desencadenando problemas y trastornos musculo-esqueléticos, estrés y ansiedad. En los riesgos psicosociales se centrará este estudio para ayudarnos a identificarlos y proponer medidas preventivas.

OBJETIVOS

- Identificar los riesgos psicosociales que sufren los profesionales de Atención Primaria

- Proporcionar medidas para reducir o evitar los riesgos que afecten a los profesionales.. .

INVESTIGACIÓN

Se llevaría a cabo un estudio descriptivo con diseño transversal y usando el método cualitativo, que nos permita analizar los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios planteados. Las variables del estudio serán psicoemocionales, estilo de vida, etc...
La población de estudio será una muestra de al menos 50 profesionales aquejados de problemas psicosociales sin limite de edad o sexo.

PLAN DE TRABAJO

Se incluiran en el trabajo profesionales que lleven al menos 10 años de experiencia en atención primaria.

Se incluira en el estudio personal medico, diplomados y tecnicos superiores, no incluyendo personal de gestión y servicios o personal laboral no estatutario.

Se establece una media de 5 meses para obtener resultados concluyentes.
Anonimato de los participantes en el estudio.

Se realizarán cuestionarios abiertos y anónimos que se recogerán en un buzón de Atención Primaria para que cada trabajador se exprese libremente.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- Psicología de la organización.Schein,E. Prentice Hall
- Estrés laboral y evaluación de riesgos. Agencia Europea para la seguridad y salud (2009)

Bournout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes. .

TEMA 54. BENEFICIOS DE LOS PROBIÓTICOS.

OMAR RODRÍGUEZ ÁLVAREZ

ÍNDICE

Resumen y palabras clave	pág-3.
Introducción y justificación	pág-5.
Objetivos	pág-6.
Metodología	pág-7.
Desarrollo	pág-9.
Discusión y conclusiones	pág-14.
Bibliografía	pág-15.

Resumen y palabras clave

Introducción: existe suficiente evidencia acerca del efecto positivo que los probióticos tienen sobre la salud de las personas, no solo en patologías del tubo digestivo.

Objetivos: conocer los beneficios de los probióticos

Metodología: se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud, utilizando como palabras claves Decs y MesH, el booleano AND y criterios de inclusión y de exclusión.

Resultados: se han encontrado una gran cantidad de estudios que hablan de los probióticos, así como de todo lo que conlleva (medicación, entrenamiento del personal…).

Conclusiones: existen suficientes evidencias acerca de los efectos beneficiosos de los probióticos, tanto para el manejo de patologías del tubo digestivo, como para el manejo de algunas enfermedades crónicas.

Palabras clave: probiótico, enfermedad crónica, patología gastrointestinal .

Introducción y justificación

Los probióticos pueden definirse como microorganismos vivos que, ingeridos en cantidad adecuada, ejercen efectos beneficiosos en la salud, más allá de los inherentes a la nutrición básica. (1) El interés científico en los probióticos se ha incrementado significativamente a partir del inicio de este siglo, debido en parte a los recientes conocimientos sobre la microbiota intestinal y su papel en la salud y en la enfermedad, pero también debido al crecimiento en el consumo y ventas de los probióticos. Actualmente los probióticos están disponibles como alimentos funcionales o suplementos, y como medicamentos. (2) Este trabajo pretende describir los beneficios de los probióticos.

Objetivos

- Conocer los beneficios de los probióticos.

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema. Se han utilizado las palabras clave, principalmente descriptores en las ciencias de la salud (Decs) y Medical Subject Headings (MeSH), aunque también se ha hecho una búsqueda libre. Como palabras clave se utilizaron: probiótico, enfermedad crónica ,patología gastrointestinal. Junto con estas palabras clave se utilizó el booleano AND Fueron utilizadas expresiones literales en el buscador de Google académico para hacer un tanteo de cuanta literatura había basada en la RCP pediátrica. La búsqueda se realizó en distintas fuentes. Por un lado, se consultaron fuentes primarias: libros, revistas de enfermería.

Por otro lado, se consultaron fuentes secundarias: bases de datos españolas (CUIDEN, Lilacs, Scielo, Elsevier, Cinhal, Dialnet, Fisterra, Ibecs), bases de datos inglesas (PubMed) y bibliotecas virtuales (biblioteca virtual gcSalud, biblioteca Cochrane).

Como criterios de inclusión, se tuvo en cuenta que los artículos seleccionados fuesen en español e inglés. A priori se han utilizado como limitadores la fecha, que los artículos hayan sido publicados en los últimos 10 años.

Como criterios de exclusión, se descartaron artículos, leídos previamente, en otros idiomas que no fuesen los mencionados anteriormente y artículos que no se centrasen en los probióticos.

Desarrollo

La definición de la OMS de probiótico se refiere a microorganismos vivos que cuando son administrados en cantidad adecuada ejercen un efecto beneficioso sobre la salud del huésped. Según la Asociación Científica Internacional para los Probióticos y Prebióticos, el espectro de los productos y preparaciones que pueden considerarse como probióticos es muy amplio y abarca desde fármacos probióticos, alimentos de usos médicos especiales con probióticos (p.ej., nutrición enteral con probióticos), alimentos probióticos (p. ej., leches fermentadas con estudios que demuestran un beneficio sobre la salud), fórmulas infantiles (p. ej., leches en polvo) a probióticos de administración no oral (p. ej., vaginales).

Para ser considerado probiótico es necesario que se hayan realizado estudios en humanos que efectivamente demuestren los beneficios concretos sobre la salud de las cepas concretas. (3)

Para que un probiótico sea efectivo debe sobrevivir al ambiente ácido del estómago y transitar a través del intestino, lo que, en parte, explica el requerimiento de que deben ser ingeridos en altas concentraciones. Su supervivencia durante el tránsito gastrointestinal varía ampliamente ya que depende de los géneros, especies, cepas, dosis ingerida, factores relacionados con el huésped (secreciones ácidas, biliares y pancreáticas) y del vector (alimentos, micro encapsulación).

Los efectos benéficos de los probióticos:

- Antimicrobianos: resultan de la colonización competitiva de los probióticos con los patógenos, que priva a éstos de nutrimentos o nichos de implantación en la mucosa intestinal. Al producir ácidos orgánicos, como los ácidos láctico y acético, los probióticos disminuyen el pH del contenido intestinal y ejercen una acción tóxica directa sobre la microbiota patógena. La producción de otras sustancias, como el peróxido de hidrógeno, dióxido de carbono y bacteriocinas, permite a los probióticos inhibir la adhesión y crecimiento de las bacterias dañinas. (4)

- Bioquímicos: son múltiples; entre los más conocidos figura la digestión de lactosa, mediada por la β-galactosidasa o lactasa producida por bacterias probióticas de la leche. Este efecto beneficia a personas con deficiencia de lactasa, quienes presentan distensión, dolor abdominal y diarrea secundarias a la ingestión de alimentos ricos en lactosa. Algunosprobióticos son capaces, asimismo, de inhibir las enzimas fecales que participan en la conversión de cocarcinógenos a carcinógenos (azorreductasa, β-glucuronidasa, colanonilhidrolasa, nitrorreductasa). (4)

- Fisiológicos: se manifiestan a nivel de la respuesta inmunitaria del hospedero. Estos efectos pueden variar cuantitativa y cualitativamente, según sean las condiciones inmunitarias del hospedero y la cepa del probiótico utilizada. En sujetos sanos, al estimular la reacción inmunitaria, los probióticos protegen contra procesos infecciosos y, potencialmente, contra otras alteraciones en las cuales el sistema inmunitario interviene, como las alergias alimentarias y el cáncer de colon. Al ser microorganismos vivos, los probióticos no están libres de efectos adversos. En consecuencia, se han identificado en infecciones sistémicas graves, como la septicemia y la endocarditis. Sin embargo, estos efectos adversos graves han sido sumamente raros y se han observado sobre todo en sujetos con inmunocompromiso grave. (4)

Discusión y conclusiones

Una vez realizada esta revisión bibliográfica, hemos comprobado los beneficios de los probióticos tanto en las personas sanas como enfermas. Los probióticos son un excelente tratamiento coadyuvante al de otros fármacos en enfermedades del tubo digestivo o metabólicas.

Bibliografía

1. Tormo Carnicé R. Probióticos. Concepto y mecanismos de acción. An Pediatri, Monogr. 2006;(1): p. 30-41.

2. Valdovinos Garcia LR, Abreu AT, Valdovinos Diaz MA. Uso de probióticos en la práctica clínica: resultados de una encuesta nacional a gastroenterólogos y nutriólogos. Revista de gastroenterología de México. 2018;: p. 7.

3. Olveira G, Gonzalez Molero I. Actualización de probióticos, prebióticos y simbióticos en nutrición clínica. Endocrinología y nutrición. 2016; 63(9): p. 482-494.

4. Sebastián Domingo JJ. revisión del papel de los probióticos en la patología gastrointestinal del adulto. Gastroenterología y Hepatología. 2017; 40(6): p. 417-429.

TEMA 55. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RADIOLÓGICAS EN PACIENTES EMBARAZADAS.

JOANA NIETO CARBAJOSA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. ¿EMBARAZADA?
3. QUE EXAMENES PUEDEN REALIZARSE
4. DOSIS/RIESGO EN EL FETO
5. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO
6. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Las pacientes embarazadas pueden requerir de estudios radiológicos durante cualquier momento del embarazo, éstos sólo deben realizarse cuando estén debidamente justificados, garantizando siempre el principio ALARA.

El miedo a la exposición a los rayos x en embarazadas es muy común, conlleva además, un componente ético complejo, ya que hay una paciente (la madre) beneficiaria del procedimiento, y un feto que puede no obtener un beneficio directo o ser perjudicado.
Es por ello que los profesionales sanitarios tienen el deber de informar debidamente a la paciente sobre los riesgos y beneficios que conlleva la prueba.

¿EMBARAZADA?

Siempre ante cualquier procedimiento diagnóstico que implique radiación en una mujer en edad fértil, lo primero que se debe hacer por parte de los profesionales sanitarios que la atienden es confirmar la existencia de un embarazo.

En caso de confirmarse, el TSIPD pondrá esta información en conocimiento del radiólogo. Éste, teniendo en cuenta la etapa del embarazo, la dosis fetal estimada, la indicación médica del procedimiento y el riesgo de demorar el examen, determinará si el procedimiento puede posponerse a después del parto o si es necesario ser realizado y valorará la existencia de otras pruebas diagnósticas sin radiaciones ionizantes (como la ecografía) que suministren la misma información diagnóstica.

QUÉ EXAMENES PUEDEN REALIZARSE

Las radiografías de tórax, cráneo y extremidades pueden ser efectuadas con seguridad en cualquier momento del embarazo, protegiendo debidamente el área abdominal y colimando adecuadamente.

En exámenes abdominales o de la pelvis, en los que el haz de rayos X irradia directamente el abdomen, se elegirá adecuadamente la técnica radiológica para optimizar la dosis recibida por el feto. Logrando un compromiso técnica dosis que permita el valor diagnóstico del examen.

DOSIS/RIESGO EN EL FETO

Puesto que las lesiones producidas por la radiación dependen de la dosis, de la edad de gestación en que se produce la exposición y del tipo de exploración radiológica. Se considera que el riesgo absoluto para el feto con dosis que no superan los 100 mGy es muy pequeño, e insignificante con dosis inferiores a 50 mGy.

En la mayoría de las exploraciones radiológicas con fines diagnósticos se expone al feto a una dosis de radiación inferior a 50 mGy, en exploraciones del abdomen o la pelvis la dosis es inferior a las consideradas de riesgo.

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Sobre la base del riesgo radiológico, la interrupción del embarazo para dosis menores de100 mGy no está justificada. A mayores dosis fetales, las decisiones deberían tomarse basándose en la información de la que se dispone y en las circunstancias individuales de cada caso.

BIBLIOGRAFÍA

- ICRP. Pregnancy and Medical Radiation . ICRP Publication 84. Ann. 2000, 30(1)

- Lattus J, Peña L. Radiaciones Ionizantes durante el Embarazo, los Riesgos. Revista Obstétrica Ginecológica – Hospital Santiago Oriente DR. Luis Tisné Brousse. 2017; 12(1):6365

- Protección Radiológica de mujeres embarazadas en radiología. https://www.iaea.org/resources/rpop/health-professionals/radiology/pregnant-women

TEMA 56. LESIONES PRECANCEROSAS POR VPH.

ANA MARÍA PARRA CRUZ

TAMARA GIL BLANCO

BÁRBARA ROJAS SALINERO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. DIAGNÓSTICO
3. TRATAMIENTO
4. PREVENCIÓN
5. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

¿Qué es el VPH?

El virus del papiloma humano agrupa un conjunto de más de 200 virus relacionados. Existen más de 40 tipos de VPH fácilmente transmisibles de una persona infectada a su pareja por contacto sexual a través de la piel y membranas mucosas.

La vía de contagio más frecuente es la sexual, aunque también pueden aparecer lesiones provocadas por este virus, como son verrugas, en otras zonas del cuerpo que no sean la genital. (1)

1. INTRODUCCIÓN

Según la lesión que provoquen, los virus se dividen en:

- *Virus de alto riesgo u oncogénicos (VPH-AR) por su capacidad de desarrollar lesiones precursoras del cáncer (lesiones premalignas) y cáncer. Dentro de este grupo los tipos 16 y 18 son los más importantes dado que son los responsables de aproximadamente el 70% de los cánceres de cuello de útero.*
- *Virus de bajo riesgo (VPH-BR), que no están relacionados con el cáncer pero causan lesiones benignas (verrugas genitales o condilomas). Los tipos 6 y 11 causan el 90% de las verrugas genitales.(2)*

1. INTRODUCCIÓN

Los primeros años de vida sexual son los que tienen mayor probabilidad de contagio, así un 20-30% de las mujeres antes de los 30 años son portadoras del VPH-AR. En mujeres mayores de 50 años este porcentaje disminuye hasta un 10%.

Un 80% de las mujeres sexualmente activas han contactado al menos con un tipo de VPH en algún momento, siendo este porcentaje aún mayor en los hombres. Además, cabe destacar que más del 80% de estas infecciones son de manera transitoria y llegan a resolverse a partir de los dos años de haber contraído la infección. (2)

1. INTRODUCCIÓN

En torno a un 10-15% de los casos de infección por VPH en los que ésta persiste porque el sistema inmune no es capaz de eliminarla, aparece el factor de riesgo principal para el desarrollo de lesiones premalignas, que es como se acaba de mencionar, la persistenica en el tiempo, más que la infección en sí misma. Por esto, pueden aparecer alteraciones celulares que derivan en el desarrollo de lesiones premalignas que con el tiempo pueden evolucionar en un cáncer.*(2)*

2.DIAGNÓSTICO

- **Citología (Test PAP)***: intenta predecir, mediante el estudio de células aisladas, una lesión histológica subyacente.*
- **Estudio histológico***: estudio de un fragmento tisular completo obtenido mediante biopsia. Ofrece un diagnóstico definitivo de la lesión.*

El diagnóstico de lesión intraepitelial y cáncer requiere de estudio histológico obtenido mediante biopsia exocervical, endocervical o de la lesión tumoral. El tratamiento se indica en función de dicho estudio histológico. Nunca, salvo alguna excepción muy concreta, se indicará en función del diagnóstico citológico. (3)

2.DIAGNÓSTICO

❖ Clasificación Citológica: Sistema Bethesda :

Agrupación de los cambios observados en la muestra citológica en función del pronóstico y orientación terapéutica. Incluye además información sobre la calidad de dicha muestra y factores limitantes.

-L-SIL (Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado): incluye cambios sugestivos de CIN 1, cambios coilocíticos y condilomatosos como expresión citológica de la infección por el Virus del Papiloma (VPH).

-H-SIL (Lesión escamosa intraepitelial de alto grado): incluye cambios sugestivos de CIN 2, CIN 3 y CIS. (3)

2.DIAGNÓSTICO

Introduce nuevos términos para la expresión de cambios de significado incierto. De por si no son diagnósticos de lesión preinvasiva, por lo cual no justifican instaurar tratamiento, pero obligan a estudiar la posibilidad de lesión histológica subyacente:

- **ASC-US (Atipia de células escamosas de significado indeterminado)**.
- **ASC-H (Atipia de células escamosas. No se descarta lesión de alto grado).**
- **AGC (Atipia de células glandulares).** Sugiere lesión de células glandulares, endocervicales o endometriales.*(3)*

3.TRATAMIENTO

Actualmente no existe tratamiento médico específico para la infección VPH. La infección deberá ser eliminada por el sistema inmune de cada mujer, desapareciendo la mayoría de ellas sin causar ningún problema. Sí existen varios tipos de tratamiento que permiten destruir o extirpar las lesiones producidas por este virus, todos ellos igual de efectivos*:*

-Extirpación de la lesión: el área anormal es extirpada cortando un fragmento de tejido del cuello del útero en forma de cono (conización cervical).
Habitualmente se utiliza un procedimiento electroquirúrgico que permite cortar el tejido de forma similar a un bisturí eléctrico. (2)

3.TRATAMIENTO

-Destrucción de la lesión: se trata de destruir el tejido afectado por la lesión precancerosa. Esta destrucción puede realizarse mediante congelación (crioterapia) o vaporización (aplicando un láser). (2)

En las guías generales de planificación del tratamiento existen diversas opciones terapéuticas en función del estadio clínico y factores pronósticos:

- Conización.
- Traquelectomía simple o radical.
- Histerectomía simple (extrafascial o radical).
- Radioterapia radical (RDT) + Quimioterapia concominante (QMT). (3)

4.PREVENCIÓN

1.Administrarse la vacuna frente al VPH.

Las vacunas protegen de forma muy eficaz frente a los principales tipos de VPH que causan enfermedades y además son muy seguras.

2.Utilizar el preservativo.

El preservativo protege en gran medida de la infección. Sin embargo, incluso con un uso correcto, la protección no es completa debido a que el área protegida por el preservativo es limitada y toda la piel de la región perineal es potencialmente infecciosa. La correcta utilización del preservativo ha demostrado una reducción significativa en la incidencia tanto de verrugas genitales o condilomas como de lesiones premalignas. Además, el preservativo protege frente a otras infecciones de transmisión sexual, como el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), y frente a un posible embarazo no deseado.(2)

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Departamento de Salud y Servicios humanos de EEUU. Institutos Nacionales de la Salud. Instituto Nacional del Cáncer. Revisión 19 de Febrero de 2015. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-vph

2. Asociación Española de patología cervical y colposcopia (AEPCC). Infección por el virus del papiloma humano. Lesiones premalignas y cáncer.Disponible en: http://www.aepcc.org/infeccion-por-el-vph/

3.Oncoguía SEGO: Cáncer de Cuello Uterino 2008. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, Octubre 2008. Disponible en: http://www.svgo.es/sites/default/files/CervixOncoguia2008.pdf

TEMA 57. AUTOMEDICACIÓN Y PERJUICIOS PARA LA SALUD.

EVA PASTOR GALLEGO

ÍNDICE

- **INTRODUCCION**
- **VENTAJAS E INCOVENIENTES**
- **CONCLUSION**

INTRODUCCION

Automedicación: la automedicación es el uso de medicamentos sin preinscripción médica por iniciativa propia del paciente sin receta médica y sin el consentimiento de los profesionales de la salud.

Metodología: Se realizó un estudio donde se facilitó un cuestionario a una parte de la población del uso de medicamentos sin prescripción médica usándose tres variables para dicho estudio (estudiantes universitarios, sexo, y hábitos de información sobre los medicamentos). El uso de la automedicación fue contestada de forma correcta por el 90,8% de los 700 individuos cuestionados donde la práctica de la automedicación es más frecuente en el sexo femenino.

Los medicamentos usados con más frecuencia eran antiinflamatorios y analgésicos un 80% de la población los tomaba sin prescripción médica.

VENTAJAS E INCONVENIENTES

Ventajas: La automedicación sin uso de receta médica es adecuada siempre que conozcamos su uso sin sobrepasar la dosis y el tiempo de duración del tratamiento y siendo éste para tratamiento de síntomas menores. La automedicación de enfermedades más comunes constituye un desahogo para el sistema sanitario.

Inconvenientes: Un mal uso de los medicamentos puede tener efectos adversos. Un ejemplo de ello es un consumo masivo de analgésicos dando lugar a una nefritis intersticial provocando una insuficiencia renal, otro problema es la interacción con otros medicamentos o alimentos.

Crear adicción y dependencia, toxicidad y puede enmascarar procesos clínicos graves y falta de efectividad por aumento de consumo.

Otros medicamentos también utilizados como automedicación son:

Antisépticos tópicos
Suplementos vitamínicos y minerales
Antigripales y antitusígenos
Digestivos, laxantes, antiácidos y antiflatulentos

Debemos recordar que aunque los medicamentos de venta libre o EFP tienen menos riesgos, no están exentos de ellos y hay que utilizarlos con precaución.

CONCLUSION

Conclusión: Hacer uso de la automedicación siempre que conozcamos su uso, dosis y tiempo de duración del tratamiento. Siempre que sea para problemas menores y conociendo bien sus efectos secundarios. Ante cualquier duda solicitar cita con su médico que le asesore y decida qué tipo de medicación necesita según su caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beitz R, Doren M, Knopf H, Melchert HU. Self medication with over-the-counter (OTC) preparations in Germany. Bundesgesundheitsblatt Genundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2004; 47:1043–50.

2. Laporte JR, Carne X, Vidal X, Moreno V, Juan J. Upper gastrointestinal bleeding in relation to previous use of analgesics and non-esteroidal anti-inflammatory drugs. Lancet. 1991; 337:85-9.

3. Laporte JR, Carne X, Vidal X, Moreno V, Juan J. Upper gastrointestinal bleeding in relation to previous use of analgesics and non-esteroidal anti-inflammatory drugs. Lancet. 1991; 337:85-9.

TEMA 58. DIETA MEDITERRÁNEA Y DEMENCIA.

IRENE ALONSO SOLLA
MARIA JOSÉ DÍAZ COUSO
JONATHAN ELENA VARELA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. METODOLOGÍA
4. DESARROLLO
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la suma de los avances técnicos, diagnósticos y terapéuticos, así como la mayor eficacia de medidas preventivas en salud y la mejora de las condiciones de vida, posibilitan un aumento en la esperanza de vida, y por consiguiente, se produce el envejecimiento de la población. Este alto grado de envejecimiento, a pesar de lo que tiene de positivo por tratarse de un logro importante de la sociedad, supone también un reto sin precedentes. Ya que, no sólo se trata de añadir más años a la vida, sino que los años que se vivan estén libres de enfermedad; esto es, se vivan con salud física y mental (1, 2).

Este panorama demográfico, que refleja un aumento de la población envejecida con respecto a la población total, tendrá consecuencias económicas y sociales para toda la población, y entre estas consecuencias, a nivel socio-sanitario, se plantea el gran desafío de encontrar actuaciones que permitan afrontar de manera eficaz el rápido y creciente envejecimiento de la población, para poder dar respuestas adecuadas a los problemas que plantean la presencia cada vez mayor de las enfermedades crónicas degenerativas, la discapacidad y el envejecimiento físico y cognitivo de las personas. Centrándonos en estos últimos, la demencia es una de las principales preocupaciones de la sociedad, por su carácter crónico, degenerativo e invalidante (1,2).

La enfermedad de Alzheimer, seguida por la demencia vascular, es una de las causas más frecuentes de demencia. En España, se estima la presencia de alrededor de 450.000 personas con demencia tipo Alzheimer, lo cual viene a representar entre un 5-7% de la población mayor de 65 años.

La evidencia científica sugiere que la enfermedad de Alzheimer, de carácter multifactorial, tiene un estado de base proinflamatorio y prooxidante, siendo un factor influyente, además de la edad, el tipo de alimentación. Se ha demostrado que la dieta mediterránea está asociada a un menor riesgo de enfermedad de Alzheimer, ya que la riqueza en antioxidantes de esta dieta, puede desempeñar un papel importante frente al estrés oxidativo y la inflamación y en la prevención del deterioro cognitivo.

OBJETIVO

Conocer la dieta mediterránea y su efecto beneficioso para la función cognitiva.

METODOLOGÍA

Este trabajo consiste en un estudio descriptivo que profundiza en un área relacionada con los cuidados de la salud.

Ha sido realizado mediante la revisión de artículos de revistas científicas de nutrición (Nutrien y FEDN) y de Asociaciones de Alzheimer (FAE, AFAL y CEAFA).

Así como la consulta de bases de datos bibliográficas que incluyen producción científica sobre temas relacionados con las ciencias de la salud, como son: PubMed, Scielo, Cuiden y Dialnet.

Las palabras clave fueron: “alzheimer”, “alzheimer’s disease”,“nutrition”, “Mediterranean diet”

DESARROLLO

Desde hace años existe evidencia de que las poblaciones que viven en los países mediterráneos tienen un modelo distinto de mortalidad y morbilidad, que parece depender de factores ambientales entre los que la dieta puede jugar un importante papel (3). Estudios comparativos entre diferentes poblaciones a nivel nacional e internacional han observado de forma reiterada, que una buena adherencia al patrón de la dieta mediterránea se asocia con un riesgo relativamente menor de padecer varias enfermedades crónicas (cardiovasculares, diabetes, patologías neuro-degenerativas como el Parkinson, el Alzheimer o la depresión, algunos tipos de cáncer, sobrepeso y obesidad, asma bronquial, etc.) y con una mayor longevidad y calidad de vida (4, 5, 6).

La dieta mediterránea, además de ser un patrón alimentario con evidencia demostrada en la prevención de enfermedades crónicas, representa un estilo de vida: va unido a la práctica de ejercicio físico e integra además, elementos culturales, actividades culinarias, socialización en las comidas, exposición al sol, descanso en forma de siesta y una forma de vida que es parte de la herencia cultural de los países mediterráneos, entre los que podemos destacar: España, Francia, Portugal, Italia o Grecia. Estos países mediterráneos comparten una serie de características y factores geográficos y climáticos, que han favorecido este marco cultural y agroalimentario común (3, 6)

Los principales alimentos de la dieta mediterránea con nutrientes beneficiosos para la función cognitiva, son: (3,5,6):

Frutas y verduras: Fuente de antioxidantes y compuestos bioactivos. Además, tienen bajo contenido en grasas saturadas.

- Consumir fruta como postre no deja opción a otras alternativas menos saludables.

- Aliñar habitualmente la ensalada con aceite de oliva, tiene como ventaja una mayor disponibilidad de algunos nutrientes sin pérdidas por procesos culinarios (especialmente ácido fólico y vitamina C).

Legumbres: Tiene efectos favorables sobre la glucemia, y aporta hidratos de carbono (HC) complejos, que contribuyen a regular el perfil calórico de la dieta. Además tienen alto contenido en compuestos bioactivos, fibra y proteínas (estas últimas a veces deficitarias en las personas con demencia).

Frutos secos (nueces, almendras, avellanas, cacahuetes, etc.): Son buena fuente de ácidos grasos mono y poliinsaturados, minerales, vitaminas, fibra y compuestos bioactivos.

Alimentos de origen animal (carnes, huevos): Aportan nutrientes que en los alimentos de origen vegetal se encuentran en menor cantidad, como son: calcio, zinc, hierro, vitamina B12, etc.

Pescado azul: Aporte de ácidos grasos poliinsaturados omega-3, ácido eicosapentanoico (EPA) y ácido docosahexaenoico (DHA). Además aporta minerales (selenio, yodo, calcio) y vitaminas (sobre todo vitamina D). Según estudios epidemiológicos su consumo más de 2 veces por semana reduce el riesgo de sufrir demencia tipo Alzheimer.

Vino: Tiene altos niveles de resveratrol y otros polifenoles, que son potentes antioxidantes, reducen la formación y acumulación de la proteína beta-amiloide y protegen contra su neurotoxicidad. Su ingesta moderada (10-30 g/día de etanol) con las comidas reduce el riesgo de desarrollar Alzheimer.

CONCLUSIONES

En base a la información encontrada en varios estudios, se puede concluir que la alimentación, unida a la estimulación sensorial y a la realización de ejercicio físico, es un factor que puede tener importancia en el desarrollo y la prevención de enfermedades neurodegenerativas, pudiendo retrasar su aparición o reducir sus secuelas; aunque no se puede asegurar que, llevando una alimentación sana y equilibrada, se evite por completo padecer en un futuro una enfermedad de estas características.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Fuentes M, Gázquez Linares J. Envejecimiento y demencia. [Granada]: GEU; 2011.

2. Ballesteros S. Influencia de la actividad física y la alimentación en la prevención del envejecimiento cognitivo. UNED; 2003.

3. Pérez-Llamas F, Martínez C, Carbajal A, Zamora S. Concepto de dieta prudente. Dieta Mediterránea. Ingestas recomendadas. Objetivos nutricionales. Guías alimentarias. En: Manual Práctico de Nutrición y Salud. Alimentación para la prevención y el manejo de enfermedades prevalentes. A Carbajal y C Martínez (coordinadoras). Madrid: Exlibris Ediciones, S.L.; 2012. 65-81.

4. Pérez-Llamas FCarbajal Azcona Á. Personas Mayores. Libro blanco de la nutrición en España. 1st ed. Madrid: Fundación Española de la Nutrición (FEN); 2013. p. 73-83.

5. Herman Lara H, Alanís-Garza E, Estrada Puente M, Mureyko L, Ixtepan Turrent L, Alarcón Torres D. Nutritional approaches to modulate oxidative stress that induce Alzheimer's disease. Nutritional approaches to prevent Alzheimer's disease. Gaceta Médica de México. 2015;151:229-235.

6. Bach-Faig ASerra-Majem L. Dieta Mediterránea en el siglo XXI: posibilidades y oportunidades. Libro blanco de la nutrición en España. 1st ed. Madrid: Fundación Española de la Nutrición (FEN); 2013. p. 221-229.

TEMA 59. CASO CLINICO: HERIDA POR MORDERURA DE PERRO.

AROA VILLASEÑOR DE LA FUENTE

ESPERANZA MARÍA PÉREZ SÁEZ

ÍNDICE

1.-PRESENTACIÓN DEL CASO
2.-VALORACIÓN
3.-EJECUCIÓN
4.-EVOLUCIÓN
5.-CONCLUSIÓN
6.-BIBLIOGRAFÍAS

1.- PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 36 años, que acude a consulta de atención primaria por una herida por mordedura de perro, de aproximadamente 15 minutos de evolución, en la cara interna del antebrazo derecho. Fue producida por un animal de la familia con la pauta de vacunación en vigor. No presenta alergias conocidas en el momento de la atención, ni tampoco enfermedades previas de interés. La pauta de vacunación antitetánica está incompleta.

2.- VALORACIÓN

Se realiza una valoración del paciente según el modelo de las 14 necesidades básicas de V. Henderson1, encontrándose alteradas las siguientes necesidades:

*NECESIDAD DE HIGIENE E INTEGRIDAD CUTANEA.

*NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

*NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

A partir de esta valoración se describen los principales diagnósticos, y se marcan los resultados esperados, las intervenciones a llevar a cabo y actividades necesarias para la consecución de los objetivos.

3.- EJECUCIÓN.

Se procedió a informar y explicar cual era la situación y las intervenciones que se iban a llevar a cabo. Se realizó una limpieza exhaustiva de la herida con agua oxigenada, y aclarado con suero fisiológico al 0,9% con presión suficiente para arrastrar sustancias de desecho sin lesionar el tejido2, pero eliminando cuerpos extraños. Tras la valoración de todos los factores se decidió la sutura de la herida, que se llevó a cabo tras la infiltración del anestésico local3, en totales condiciones de asepsia, mediante técnica de sutura discontinua con puntos colchoneros, con un pequeño ojal en declive para facilitar el drenaje del exudado4. Se administró una dosis de recuerdo de vacuna antitetánica, puesto que hacía más de 10 de años de la anterior, y desconocía si contaba con al menos 5 dosis de vacuna a lo largo de su vida.

.

Finalmente, se procedió a explicar la pauta antibiótica profiláctica5 pauta por el médico de AAP.

4.- EVOLUCIÓN.

Se llevo a cabo un seguimiento de la evolución de la lesión en la consulta de enfermería de Atención Primaria, a lo largo del cual, se realizaron distintas curas con antiséptico yodado, comprobando la buena evolución, sin aparición de signos de infección y manteniendo el dolor bajo control. A los diez días se retiraron los puntos de sutura, presentando cicatrización total de la herida. Se dieron recomendaciones sobre el cuidado de la cicatriz, aplicando abundante hidratación y protegiéndola del sol, y se puso fin al tratamiento siendo alta de enfermería.

5.- CONCLUSIÓN.

De los resultados de los cuidados de enfermería expuesto en el caso anteriormente, se obtiene que las heridas de perro deben considerarse siempre heridas sucias, y partir de aquí es imprescindible hacer una valoración tanto del estado de vacunación del animal, antecedentes del paciente y características de la herida y su afectación.

Siempre que se trate de una herida de menos de 12 horas de evolución, sin afectación de estructuras profundas, en zonas de bajo riesgo de infección (debe evitarse la sutura en manos o pies), y sin posibilidad de deformación estética, la sutura discontinua previo lavado y desinfección exhaustivos, correcta vacunación antitetánica y uso de antibiótico de forma profiláctica, disminuyen el riesgo de infección de las heridas contaminadas, acelera el proceso de cicatrización evitando

complicaciones tales como hematoma, seroma etc, y consigue buenos resultados estéticos.

La planificación de los cuidados de enfermería mediante la metodología enfermera, mejoran sin duda la calidad de los mismos.

6.- BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson, M., Bulechek, G. M., Butcher, H. K., McCloskey Dochterman, J., Maas, M., Moordead, S., et al.Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones (2ª ed.). Madrid: Elsevier

2. BestPractice “Soluciones, técnicas y presión para la limpieza de heridas”.2006; 10(2):1-4

3. Arribas JM, Rodríguez N, Esteve B, Beltrán M. Anestesia local y locorregional en cirugía menor. Semergen 2001; 27(9):471-481.

4. Arribas JM. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. Madrid: Jarpyo editores, 2000.

5. Medeiros I, Saconato H. Profilaxis antobiótica para las mordeduras de mamíferos. Fecha de la modificación más reciente: 27 de febrero de 2001. Biblioteca Cochrane plus, 2008 número 4. Oxford: Update Software Ltd.

TEMA 60. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE TAPÓN DE CERUMEN POR IRRIGACIÓN.

FRANCISCO BERDIAL CORNELLANA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CLÍNICA
3. CONSENTIMIENTO INFORMADO
4. CONTRAINDICACIONES
5. PREPARACIÓN DEL PACIENTE
6. PREPARACIÓN DEL MATERIAL
7. TÉCNICA
8. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El cerumen es el resultado de la combinación de productos de descamación, secreciones sebáceas y secreciones de las glándulas ceruminosas situadas en el tercio externo del conducto auditivo externo (CAE).

Cuando los mecanismos de limpieza propios del cuerpo humano no son suficientes, se puede formar en el CAE un tapón de cera, fácilmente reconocible por otoscopia.

En la mayoría de las ocasiones, la formación del tapón se debe a los intentos fallidos de extracción por parte del paciente. En caso de tapón manifiesto, está indicada la técnica de extracción por irrigación, que tiene una efectividad que va del 75 al 97%.

2. CLÍNICA

La manifestación más clara del tapón de cerumen es una sordera brusca o gradual, que aparece por lo general tras un baño, sin dolor asociado, con autofonía y sensación de plenitud en el oído.

El tapón crece con lentitud hasta obstruir por completo la luz del CAE provocando la disminución de la audición.

Cuando el tapón se seca, el paciente suele recuperar la audición, pero después de varios episodios la hipoacusia puede hacerse permanente.

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Previamente a la realización de la extracción, se debe informar al paciente de los beneficios de extraer el tapón de cerumen y las posibles complicaciones en caso de no hacerlo.

Se tiene que explicar en qué va a consistir el procedimiento, así como aclarar cualquier duda sobre el mismo.

También se deben poner en su conocimiento los posibles efectos secundarios de realizarse la extracción por irrigación.

4. CONTRAINDICACIONES

Algunas de las contraindicaciones para realizarse una extracción por irrigación son:

- Otitis media y externa en activo.
- Sospecha de lesión timpánica.
- Historia previa de otitis crónica con supuración.
- Presencia de cuerpos extraños.
- Cirugía otológica previa y/o existencia de drenaje transtimpánico.

En estos casos, es conveniente una valoración por parte del médico especialista en otorrinolaringología.

5. PREPARACIÓN DEL PACIENTE

No existe consenso científico acerca de los cerumenolíticos a utilizar previamente a la realización de la extracción del tapón de cerumen, ni siquiera hay evidencia científica sobre si es más efectivo que lo utilicen durante unos días previos a la extracción o unos minutos antes de la técnica.

Los preparados pueden ser fórmulas farmacéuticas, aunque también se pueden utilizar unas gotas de aceite de oliva o agua oxigenada al 3% rebajada con agua al 50% (hervida previamente antes de la mezcla).

6. PREPARACIÓN DEL MATERIAL

El material habitual para realizar la extracción es:

- Agua templada.
- Batea, a poder ser una rectangular y otra en forma de ríñón.
- Otoscopio.
- Jeringa otológica metálica.
- Pinzas otológicas.
- Guantes.
- Paños desechables.

7. TÉCNICA

La técnica consta de los siguientes pasos:

1. Otoscopia previa a la realización.

2. Información al paciente sobre el procedimiento que se va a seguir y las sensaciones que pueden aparecer durante el mismo, así como aquellas en las que debe avisar al profesional, como dolor, sensación de agua que pasa por la garganta o mareos.

3. Lavado de manos y utilización de guantes.

4. Llenado de batea rectangular con agua templada, siendo importante que se ajuste a la temperatura corporal para prevenir reflejos vestibulares indeseados.

7. TÉCNICA

5. El paciente debe posicionarse en sedestación, con un paño o toalla cubriéndole cuello y hombro del oído a irrigar, a modo de prevenir que se le moje durante el procedimiento.

6. Con la colaboración del paciente, se sujetará la batea en forma de riñón por debajo del oído, para recoger el agua irrigada y los restos del tapón.

7. Se carga la jeringa otológica de la batea rectangular, purgando el aire sobrante.

7. TÉCNICA

8. Se sujeta el pabellón auricular del oído afectado con los dedos índice y pulgar, se introduce la cánula de la jeringa ligeramente (no más de 7-8 mm) sosteniendo la parte anterior de la jeringa con el dedo medio que estará perpendicular a la cabeza, así, la fuerza que mueve el émbolo hacia delante, no puede transmitirse al cuerpo de la jeringa y no se introducirá más hacia el interior del CAE.

9. Se inyecta el agua con energía, dirigiéndola hacia la zona de contacto entre la pared del conducto y el tapón. Nunca se debe apuntar directamente hacia el tímpano, por el riesgo de perforación.

7. TÉCNICA

10. Tras cada irrigación, debe hacerse una observación del CAE con el otoscopio.

11. Si después de 3 irrigaciones el tapón no se ha conseguido despegar aunque sea parcialmente, deberá citarse al paciente para dentro de 2 ó 3 días, durante los cuales deberá continuar instilándose las gotas del producto que se haya recomendado en el CAE.

12. Si el tapón es extraído con éxito, se comprobará mediante otoscopio el estado timpánico y del CAE, buscando a alguna posible lesión como resultado de la técnica.

7. TÉCNICA

13. Si hubiera restos del tapón en el borde externo del CAE, pueden ser retirados mediante pinza otológica.

14. Por último, se debe informar al paciente de los posibles síntomas o sensaciones después de la irrigación, así como los cuidados posteriores:

- Pérdida ligera de la audición transitoria.
- Ante la aparición de mareo se debe recomendar evitar situaciones de riesgo, como conducir.
- Mantener el oído seco durante 4-5 días, favoreciendo la producción de cera.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Urkin J, Bar-David Y, Holdstein Y. Cleaning Earwax Impaction: Clinical Tips for the Primary Care Clinician. Clin Pediatr (Phila). 2015; 54(14):1311-1314.

- Michaudet C, Malaty J. Cerumen Impaction: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2018; 98(8): 525-529.

- Hayter KL. Listen up for safe ear irrigation. Nursing. 2016; 46(6): 62-65.

- Kraszewski S. Safe and effective ear irrigation. Nurs Stand. 2008; 22(43): 45-48.

TEMA 61. PROBLEMÁTICA DE LA POLIFARMACIA Y DESPRESRIPCIÓN.

CARLOTA ROMERO MARTÍN

PEDRO PADILLA ROMERO

TERESA LÓPEZ ARTEAGA

ÍNDICE

1. Introducción
2. Factores de riesgo para la polimedicación
3. Desprescripción
4. Consecuencias de la desprescripción
5. Caso práctico: desprescripción de antipsicóticos
6. Conclusiones

1. Introducción

Para definir la polifarmacia o polimedicación disponemos de dos criterios: cuantitativos o cualitativos. Las definiciones según criterios cuantitativos no se ponen de acuerdo en establecer un límite en el número de fármacos empleados. La más extendida establece 5 medicamentos en tratamiento al menos 3 meses, utilizados de forma crónica, cifra a partir de la cual, hay una relacion independiente con el uso inadecuado de los medicamentos y consecuencias negativas en salud. LLamamos además polimedicacion excesiva cuando existen >9 medicamentos prescritos.

Definición según criterios cualitativos: tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados.
Polimedicación adecuada: cuando el paciente toma muchos fármacos, pero todos ellos tienen indicación clínica.
Polimedicación inadecuada: cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios.

Según un estudio realizado en España entre 2011-2012 en personas > 65 años no institucionalizados la prevalencia de polimedicación, que definieron como el empleo de > 4 fármacos, era de 36,37%. Un estudio parecido realizado en Europa estimaron que la prevalencia de polimedicación (definida como empleo de >5 fármacos) era de 49,7%.

Estos resultados exponen la problemática actual de la polifarmacia, que tiende a aumentar su prevalencia debido al envejecimiento de la población y aumento de comorbilidades.

- Además existe una tendencia al alza de las prescripciones potencialmente inapropiadas en personas de edad avanzada. Ante este escenario es importante llevar a cabo **desprescripción**.

2. Factores de riesgo para la polimedicación

Clínicos: paciente pluripatológico, edad avanzada, sexo: mujer.

Psíquicos: trastorno depresivo, presentar mala autopercepción de la salud.

Sociales y funcionales: Bajo nivel socio-cultural, soledad y aislamiento, escasos recursos socioeconómicos. Dependencia para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

Asistenciales: hospitalización reciente, múltiples prescriptores, falta evaluación geriátrica, no establecer duración del tratamiento, dificultad de acceso a terapias no farmacológicas, inadecuada educación al paciente. Muchas veces las gías clínicas no están adaptadas a pacientes crónicos complejos.

La población mayor tiene como características: fragilidad, presentar comorbilidades, baja esperanza de vida, alta complejidad de prescripción, alta prevalencia de efectos adversos. Nos encontramos con polimedicación en pacientes frágiles y en fase final de la vida.

3. Desprescripción

Definimos desprescripción como el proceso de retirada de un medicamento inapropiado, supervisado por un profesional de la salud con el objetivo de gestionar la polifarmacia y mejorar resultados. El **objetivo principal** es revertir los efectos adversos en salud causados por la polifarmacia. La desprescripción además supondría una reducción del gasto farmacéutico. El proceso de desprescripción se debe llevar a cabo en un equipo multidisciplinar.

El proceso de desprecripción va dirigido principalmente a:

- ancianos polimedicados, paciente crónico frágil: evidencia disponible sobre la eficacia de los tratamientos en estos pacientes es limitada.
- cuando los fármacos producen efectos adversos (ejemplo: efecto anticolinérgico y caídas)
- cuando los fármacos no han demostrado eficacia en los ensayos clínicos o no son efectivos en el paciente concreto (Inhibidores acetilcolinesterasa/Memantina)
- cuando la expectativa de vida es corta, frágiles o con demencia avanzada
- cuando, al revisar la medicación de forma rutinaria, se encuentran medicamentos que no son necesarios o adecuados
- cuando se detectan duplicidades, interacciones relevantes, errores de prescripción,

medicación inadecuada

La **desprescripcion es especialmente importante en pacientes crónicos frágiles** debido a:

- Errores de la adherencia: aumenta con la complejidad del tratamiento y deterioro físico/cognitivo del paciente.
- Errores de conciliación.
- Las guías de práctica clínica abordan el inicio de medicación pero muchas veces no aconsejan sobre su retirada.
- son pacientes especialmente vulnerables a reacciones adversas. RAMs: causa del 30% de ingresos hospitalarios.

Es importante confirmar con el paciente si el tratamiento prescrito coincide con el que realmente se está tomando.

Herramientas para la desprescripción en pacientes >65 años:

- Beers, STOPP/START, PRISCUS, FORTA. MAI (Medication Appropriateness Index). Específicos: STOPPFrail (final de la vida) Less Chron (pacientes pluripatológicos).
- desprescripción medicamentos específicos: desprescribing.org. Hipoglucemiantes orales, benzodiacepinas, IACEs/Memantina, antipsicóticos, IBPs.

4. Consecuencias de la desprescripción

Positivas: satisfacción del paciente, mejora calidad de vida, reducción RAMs e interacciones, menor coste paciente y sociedad.

Negativas: medicamentos que presentan síndrome de retirada (BZD, ISRS..), efecto rebote (betabloqueantes), recurrencia síntomas, reactivación enfermedad de base.

5. Caso práctico: desprescripción de antipsicóticos

El paciente anciano con demencia desarrolla en la mayoría de los casos trastornos de conducta que incluyen episodios de psicosis, alucinaciones y agresividad. Las estrategias no farmacológicas se consideran de primera elección para el tratamiento de estos síntomas, pero en muchas ocasiones son dificiles de implementar en la práctica clínica o bien no son suficientes y se recurre a la terapia farmacológica. Los antipsicóticos típicos o convencionales, como el haloperidol, muestran una eficacia discreta y un perfil de efectos adversos desfavorable en el tratamiento de las alteraciones conductuales en la demencia. Los antipsıcóticos atípicos o de segunda generación presentan un perfil de efectos adversos más favorable, se consideran en la actualidad de primera elección en el paciente ancianos.

Se debe valorar el riesgo/beneficio teniendo en cuenta estos perfiles de seguridad. Los antipsicóticos se prescriben en ancianos fundamentalmente con la indicación de tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) y en insomnio. Debemos pensar en desprescripción (reducción de dosis o suspensión) cuando: el tratamiento de los SPCD ha superado los 3 meses y los síntomas se han controlado, no se ha producido beneficio clínico, perfil de efectos adversos desfavorable. Se dispone de escasa evidencia de que los antipsicóticos presenten beneficio clínico en el tratamiento del insomnio.

Existen algunas indicaciones en las que el paciente no se beneficiaría de la desprescripción o en caso de plantearla debe estar consensuada en un equipo multidisciplinar como es el caso de: esquizofrenia, trastorno esquiazoafectivo, trastorno bipolar, TOC...

Criterios desprescripción antipsicóticos: sin modificación de tratamiento > 1 año, estable tras > 6 meses de tto., presencia de efectos adversos, tratamiento con antipsicótico típico, más de un antipsicótico. Una vez suspendido el tratamiento o realizada una disminución de dosis a la mínima eficaz se llevará a cabo una monitorización cada 1-2 semanas. Se monitorizará si se ha conseguido el beneficio clínico esperado: reducción de efectos extrapiramidales, reducción de caídas... o si en cambio han vuelto a aparecer los SPCD. Es posible la reintroducción del antipsicótico en el caso de que se produzca un empeoramiento de los síntomas. En el algoritmo disponible en desprescribing.org, podemos encontrar recomendaciones para este supuesto: por ejemplo probar un abordaje no farmacológico, reintroducir el antipsicótico a la dosis mínima eficaz y reintentar desprescripción pasados 3 meses.

6. Conclusiones

- El aumento de las enfermedades crónicas y la polimedicación sitúa a la desprescripción como una intervención necesaria en la práctica clínica habitual de los profesionales sanitarios, siendo los pacientes crónicos frágiles el grupo en el que adquiere mayor importancia.
- Debe ser un trabajo multidisciplinar en el que además las intervenciones impliquen al paciente. Las intervenciones deben ir dirigidas a retirar un grupo concreto de fármacos.
- Los fármacos de los que se dispone mayor evidencia científica son benzodiacepinas, diuréticos y antihipertensivos.

BIBLIOGRAFÍA

-Rollason V, Vot N et al. Reduction of polypharmacy in the elderly. A systematic review of the role of the pharmacist. Drugs Aging. 2003;20:817-32

-Gnjidic et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. Journal of Clinical Epidemiology 65 (2012) 989e995.

- Martin et al. Prevalencia de polifarmacia en la población mayor de 65 años en España: análisis de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011/12. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;52(1):2–8

- Onder et al. Polypharmacy in Nursing Home in Europe: Results From the SHELTER Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2012 June;67A(6):698–704

BIBLIOGRAFÍA

- Belén Calabozo Fraile. Francia deja de financiar los medicamentos para el Alzheimer. Portal del Medicamento. Salud Castilla y León. 01/08/2018
- Infac VOLUMEN 21 • Nº 2 • 2013. NO HAY MEDICAMENTOS «PARA TODA LA VIDA» E. Delgado Silveira et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(2):89–96. http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.10.005

TEMA 62. CÁNCER DE MAMA: TIPOS Y ESTADIAJE.

SILVIA ARIAS FUENTES

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	6
METODOLOGÍA	7
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	8
BIBLIOGRAFÍA	12

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. (1)

La OMS declara que la incidencia del cáncer de mama está en aumento debido a la mayor esperanza de vida, la urbanización y la adopción de los modos de vida occidentales. (2)

INTRODUCCIÓN

La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), define el cáncer de mama como el tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria, pudiendo crecer éste de tres modos:

-Crecimiento local: infiltrando estructuras vecinas por invasión directa tales como músculos, huesos o piel.

-Diseminación linfática: a través de la red linfática que posee la mama drenando a ganglios axilares, ganglios de la arteria mamaria interna o ganglios supraclaviculares.

-Diseminación hematógena: extendiéndose a través de los vasos sanguíneos hacia huesos, pulmón, hígado o piel. (1)

INTRODUCCIÓN

Lacey et al.,2009, exponen como factores de riesgo de cáncer de mama; los antecedentes familiares, mutaciones en genes BRCA1, BRCA2 y p53, el uso de hormonas exógenas o tratamientos de sustitución hormonal, la nuliparidad o edad tardía del primer parto, la menarquia precoz, la menopausia tardía y/o la obesidad severa. (3)

OBJETIVOS

Examinar los diferentes tipos de cáncer de mama y su clasificación según estadiaje.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos: Pubmed, Biblioteca Cochrane y Scielo. Los descriptores empleados fueron “cáncer de mama”, “oncología”, “seno”, “neoplasia”. Como criterios de inclusión se añadieron “texto en inglés o castellano”, “texto con disposición completa y gratuita” y “periodo temporal 2009-2019”. De un total de 23 publicaciones, fueron seleccionadas 7.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El 75% de los canceres de mama comienzan en las células que recubren los conductos de la leche llamándose éste carcinoma ductal, por el contrario si comienza en los lóbulos se denomina carcinoma lobular.

Asimismo, el cáncer que se encuentra condensado bien en los conductos o en los lóbulos se llama carcinoma in situ, por el contrario si se ha diseminado fuera de éstos se designa como carcinoma invasivo o infiltrante. (4)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Otros tipos menos frecuentes de cáncer de mama son: medular, mucinoso, tubular, metaplástico, cáncer de mama papilar, cáncer de mama inflamatorio y enfermedad de Paget. (5)

El sistema de estadificación más utilizado por los profesionales médicos es el sistema TNM. Herramienta que se basa en la extensión del tumor (T), grado de diseminación de ganglios linfáticos (N) y la presencia de metástasis (M). (6)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tabla 1.- Sistema de estadificación TNM. Tumor (T), grado de diseminación de ganglios linfáticos (N), presencia de metástasis (M).

La categoría T describe el tumor primario	
TX	El tumor primario no puede ser evaluado
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ
T1-T4	Tamaño y/o extensión del tumor primario
La categoría N describe si el cáncer ha llegado o no a ganglios linfáticos	
NX	Los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados
N0	No hay compromiso en los ganglios linfáticos regionales
N1-N3	Implicación de los ganglios regionales extensión de la diseminación
La categoría M indica si hay evidencia de metástasis	
M0	No hay evidencia de metástasis
M1	Hay evidencia de metástasis

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El estadio del cáncer se basa en factores como: tamaño del tumor, si el cáncer es invasivo o no, si ha llegado a ganglios linfáticos, o si el cáncer se propago a otras partes fuera de la mama. Suele expresarse con un número entre el 0 y el IV.

-Estadio 0: cáncer de mama no invasivo.

-Estadio I: cáncer de mama invasivo, se subdivide en IA y IB.

-Estadio II: cáncer de mama invasivo, se subdivide en IIA y IIB.

-Estadio III: cáncer de mama invasivo, se subdivide en IIIA, IIIB y IIIC.

-Estadio IV: es el estado avanzado o metastásico, el cual se ha propagado más allá de la mama y de los ganglios linfáticos. (7)

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española Contra el Cáncer. Cáncer de mama. [Internet]. Disponible en: https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/que-es-cancer-mama.
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control. [Internet]. Disponible en: http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/.
3. Lacey JV Jr, Kreimer AR, Buys SS, Marcus PM, Chang SC, Leitzmann MF et al. Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Cohort. 2009. BMC Cancer, 9, 84. [Internet]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19292893.

BIBLIOGRAFÍA

4. Breast cáncer. Trusted Information to Help Manage Your Care from the American Society of Clinical Oncology. ASCO answers. [Internet]. Disponible en: https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/asco_answers_guide_breast.pdf.
5. American Society of Clinical Oncology. Cancer.net. [Internet]. Disponible en: https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/diagn%C3%B3stico.
6. Manual de la determinación del estadio del cáncer de la AJCC, Springer-Verlag 7ªed, New York. [Internet]. Disponible en: www.cancerstaging.org.

BIBLIOGRAFÍA

7. Breastcancer.org. Estadios del cáncer de mama. [Internet]. Disponible en: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/diagnostico/estadios.

TEMA 63. COMUNICACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN EN ATENCIÓN PRIMARIA.

ISMAEL RIVAS CABALLERO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN 3
- OBJETIVOS 8
- METODOLOGÍA 12
- RESULTADOS 13
- CONCLUSIONES 17
- BIBLIOGRAFÍA 18

INTRODUCCIÓN

La comunicación sanitaria es toda acción consciente para el intercambio de información sanitaria entre dos o más personas con el fin de transmitir o recibir datos u opiniones sobre diferentes factores biológicos, psicológicos y/o sociales. Los pasos fundamentales para que la comunicación sanitaria sea efectiva son la intención de transmitir, la composición y codificación del mensaje, la transmisión, la recepción de la información, la decodificación del mensaje y por último, la interpretación. [1]

El síndrome de Down (SD) es una alteración genética, la más frecuente en humanos, producida por la presencia de un cromosoma extra o parte de él en el par 21, repercutiendo en la capacidad cognitiva y en un fenotipo característico. Poseen, además, una mayor probabilidad de sufrir enfermedades cardiacas, digestivas y endocrinas, relacionadas con el exceso de proteínas sintetizada, siendo parte de estos procesos bioquímicos los causantes de la discapacidad cognitiva. [2,3]

La población con SD ha incrementado su esperanza de vida en las últimas décadas, modificando sus necesidades específicas. Algunos problemas relacionados son la dificultad en la comunicación, su escasa expresividad clínica y su elevado umbral del dolor. Es necesario que los profesionales sanitarios conozcan estas características y necesidades específicas y dispongan recursos y recomendaciones para atender y evaluar correctamente a la población con SD. [4]

Las características que más influyen en la comunicación directa e indirecta en los pacientes con SD son: hipotonía muscular que repercute en los órganos bucofonatorios y descoordinación motora, discapacidad intelectual, alteraciones en la audición, macroglosia, que unido a un paladar menor, afecta a la pronunciación. [5]

Respecto al desarrollo cognitivo se caracterizan en que se distraen con facilidad, dificultando la continuidad en la atención a estímulos acompañado de una escasa autoinhibición. La memoria a corto plazo y el procesamiento de información están afectados y limitados, y dificultando la capacidad para recuperar, analizar y fijar datos. Además tienen problemas en el desarrollo lingüístico respecto a los fonemas y la elección de las palabras en función de su significado abstracto. [6]

Resulta necesario diagnosticar lo antes posible dificultades visuales o auditivas que generen un problema supletorio o añadido en el desarrollo de la comunicación, teniendo en este punto gran relevancia la atención de los familiares o profesionales que interaccionan con la persona con SD, ante situaciones de desinterés, apatía, posturas de lectura raras que pueden manifestar la existencia de estos obstáculos. [7]

Diversas investigaciones reflejan que las habilidades comunicativas de las personas con SD están determinadas por el estilo familiar repercutiendo en su desarrollo, siendo por lo tanto este aspecto un posible foco de estudio a la hora de investigar la efectividad de la comunicación y los ritmos de estimulación para favorecer el cambio. [6]

Los Sistemas Alternativos o Aumentativos de Comunicación (SAAC) son un conjunto de herramientas de actuación con personas que tienen alteraciones diferentes de la comunicación y/o lenguaje, cuya finalidad es la enseñanza a través de procesos específicos y estructurados para generar códigos de representación que encaucen la comunicación. Existen estudios de los beneficios de la utilización de SAAC junto con la comunicación verbal, siendo perfectamente compatibles y complementarios, permitiendo identificar el nivel de sus habilidades y necesidades comunicativas.

Los SAAC pueden organizarse en función de la ayuda necesaria para utilizarlos y teniendo en cuenta los símbolos visuales que utilizan, establecer el método y la elección individualizada respecto al paciente, interviniendo esta herramienta en las dificultades comunicativas y proporcionando una alternativa o complemento al lenguaje verbal. [8]

Respecto a las Tecnologías de la Información y la Comunicación, las dificultades de estos pacientes para interactuar con su entorno dificultan la implementación de una serie de herramientas importantes e influyentes para su mejora, como pude ser la utilización de la Teleasistencia o la Atención Temprana telemática que permiten recibir asistencia sanitaria de los profesionales desde su hogar. [9]

DOWN España ha editado el “Programa de Salud para Personas con síndrome de Down” fruto del trabajo de los profesionales sanitarios y no sanitarios, así como de las personas con SD y sus familias. Este programa se centra en la consecución de tres finalidades: mejorar la atención sanitaria a las personas con SD, proporcionar habilidades a los profesionales para ejercer su actividad, y ayudar a las familias y a las personas con SD en la participación activa en sus cuidados sanitarios. [4]

Diferentes estudios ponen de manifiesto que los factores biológicos, psicológicos y sociales están relacionados con el aumento de la esperanza de vida en la población con SD. Estas personas requerirán no solo respuestas a sus características propias, sino también respuesta a la propia vejez prematura, comenzando a manifestarse esta, entre los 30 y los 40 años, factores que se deberán tener en cuenta a la hora de comunicarnos con estos pacientes. [9]

El Trabajador Social Sanitario es un profesional vinculado a la atención de calidad, ya que realiza funciones de coordinación sociosanitaria en el ámbito de la Atención Primaria, armoniza los recursos sociales de la zona, ejerciendo una atención directa de manera individual y/o familiar, desarrollando un apoyo profesional que fomenta la red social en salud y efectuando avances en el ámbito de la docencia e investigación en el estudio de las factores sociales en salud. [3]

OBJETIVOS.

Analizar los factores sociosanitarios específicos presentes en la población con síndrome de Down para mejorar la comunicación sanitaria en el ámbito de la Atención Primaria.

METODOLOGÍA.

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos: Pubmed, Medlineplus y Google Académico. Los descriptores empleados fueron “síndrome de Down”, “comunicación sanitaria”, “Atención Primaria”, “calidad” y “diagnóstico”. Como criterios de inclusión se añadieron “texto en inglés o castellano”, “texto con disposición completa y gratuita” y “periodo temporal 2000-2018”. De un total de 24 publicaciones, fueron seleccionadas 9.

RESULTADOS.

Las personas con SD presentan una serie de características que influyen en la comunicación entre el paciente y el personal sanitario de Atención Primaria, tanto como emisor como receptor de la información, y por otra parte, existen un conjunto de factores sociales que rodean a este colectivo y determinan su capacidad para interaccionar:

- Alteraciones en la producción del lenguaje oral, por problemas articulatorios o cognitivos. [5]
- Interiorizan mejor los conceptos abstractos a través de herramientas visuales que verbales. [8]

El personal sanitario de Atención Primaria debe tener presente la posibilidad de problemas visuales o auditivos no diagnosticados. [7]

Posible retraso en el desarrollo del lenguaje debido a su evolución más lenta respecto a la edad mental y cronológica. [5]

Su procesamiento del lenguaje es menos secuencial y verbal, por lo que tienen mayores dificultades para dar respuestas. [5]

Es necesaria la transmisión a las familias sobre la importancia de un sistema de comunicación que pondere más el contenido del lenguaje que la fonética. [7]

Es importante el avance en el conocimiento respecto al desarrollo comunicativo y prelingüístico durante el primer año de las personas con SD, para estructurar de manera más eficiente las intervenciones con este colectivo, con la finalidad de fomentar las habilidades del habla y del lenguaje. [7]

Fomentar una intervención multiprofesional e inclusiva de este colectivo en el ámbito de la Atención Primaria, teniendo en cuenta sus características específicas.

El uso de Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) cuya función es completar el lenguaje oral y con base pictórica, beneficia la comunicación. [8]

Utilización de un lenguaje sencillo y escueto, permite una mejor compresión e interiorización de la información sanitaria. [6]

El modelado de la comunicación en la familia el primer año de vida de la persona con SD es fundamental para la construcción de sus habilidades y capacidades comunicativas. [7]

CONCLUSIONES.

Para mejorar la comunicación dentro de la Atención Primaria con la población con SD, se deben implementar al Equipo Multiprofesional un programa de conocimiento específico, utilizar la herramienta del SAAC y usar un lenguaje concreto y sencillo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olivar Zúñiga. Fundamentos teóricos de la comunicación. Monografía. Campus Virtual. 2006. Disponible en: http://www.uovirtual.com.mx/moodle/lecturas/sociedu/23/23.pdf
.
2. Fundación Española de Síndrome de Down. [Internet]. Disponible en: http://www.mihijodown.com/es/portada-menu/que-es-el-sindrome-de-down.
3. Rol Profesional de Trabajo Social en la Atención Primaria de la Salud. Servicio Canario de Salud. 2004. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=91278956-a2ae-11de-ae50-15aa3b9230b7&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c.

4. Borrel J.M. Revista de la Federación Española de Síndrome de Down. La Salud en las personas con síndrome de Down. 2011. p. 25-32.
5. Josep M. et al. Síndrome de Down: Aspectos médicos actuales. Ed. Masson. 2002.
6. Rondal J.A. Revista Síndrome de Down. Dificultades del lenguaje en el síndrome de Down: Perspectiva a lo largo de la vida y principios de intervención. 2006. p. 120-128.
7. Baceta M.J. y Fernández J.C. Atención Temprana en deficiencia mental y síndrome de Down. Manual de Atención Temprana. Madrid. Ed. Pirámide. 2004. p. 275-291.

8. Álvarez V. y Moriyón C. Propuesta de Intervención para la enseñanza de un SAAC a un niño con Síndrome de Down. Universidad de Valladolid. 2015.
9. Millán J.C. et al. Revista Mult Gerontol. Envejecimiento y características sociosanitarias de las personas con discapacidad intelectual. 2006. p. 79-86.

TEMA 64. EMPLEO DE ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3 EN ANCIANOS CON DEPRESIÓN.

PEDRO PADILLA ROMERO
TERESA LÓPEZ ARTEAGA
CARLOTA ROMERO MARTIN

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **MATERIAL Y MÉTODOS**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INDTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad mental grave con una alta prevalencia para la que existen tratamientos eficaces pero no en todos los casos se consigue la remisión del paciente. Por ello, cada vez se apunta más hacia la optimización en la aportación de nutrientes esenciales como los ácidos grasos omega-3 para un adecuado funcionamiento cerebral como terapia coadyuvante al tratamiento antidepresivo.

Los ácidos grasos omega-3 (omg-3) son componentes esenciales de las membranas celulares, siendo los más representativos el ácido eicosapentanoico (EPA) y el ácido docosahexanoico (DHA). Está demostrado que los omg-3 tienen cierta actividad antiinflamatoria, al contrario que los omega-6 (omg-6) que son precursores de eicosanoides proinflamatorios. Se ha visto que un adecuado aporte nutricional de omg-3 favorece la fluidez de las membranas celulares lo cual influye en el correcto funcionamiento de la neurotransmisión. De hecho se ha comprobado que sociedades con un elevado consumo de omg-3 tienen menor incidencia y prevalencia de depresión.

Tanto el EPA como el DHA han de ser aportados externamente al individuo a través de la dieta o de suplementos nutricionales, aunque en general la ingesta de omg-3 en sociedades occidentales ha descendido drásticamente en el último siglo, mientras que se ha incrementado la ingesta de omg-6, lo cual incrementa el ratio omg-6/omg-3, que se traduce en un estado proinflamatorio.

La evidencia apunta a que una suplementación con omg-3 podría ser una opción de tratamiento antidepresivo debido a su capacidad para contrarrestar el efecto de los eicosanoides derivados de un alto consumo de omg-6 e inhibir la secreción de citoquinas proinflamatorias resultando en una disminución de la liberación de cortisol por la glándula adrenal, afectando así a los cambios de humor asociados a los niveles de cortrisol.

OBJETIVOS

Estudiar el estado actual de empleo de ácidos grasos omega-3 como tratamiento coadyuvante en el tratamiento del trastorno depresivo en una muestra de ancianos en seguimiento en psiquiatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo.

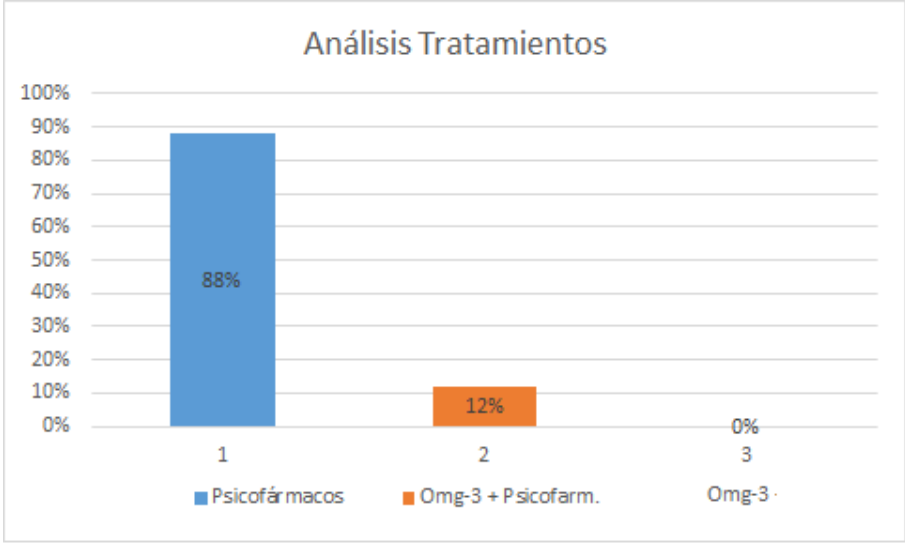
Se recogieron los datos clínicos de pacientes mayores de 65 años, en seguimiento en una consulta externa de psiquiatría con diagnóstico de trastorno depresivo, con el fin de estudiar si tenían pautado como tratamiento coadyuvante ácidos grasos omega-3. El periodo de tiempo de estudio fue de 2 meses (enero y febrero), en el año 2018.

RESULTADOS

Se estudiaron 25 pacientes, de los cuales el 2.5% eran varones. La mediana de edad fue de 74 años.

El tratamiento de la muestra de pacientes estudiados constaba de:

1. El 88% (n=22) solo psicofármacos,
2. El 12% (n=3) combinación de psicofármacos y ácidos grasos omega-3,
3. El 0% (n=0) solo ácidos grasos omega-3.



CONCLUSIONES

El estudio refleja cómo, a pesar de la evidencia científica que apoya el uso de ácidos grasos omega-3 como tratamiento coadyuvante en la Depresión, en la actualidad se encuentra infrautilizado su empleo en el manejo del tratamiento de pacientes ancianos con este trastorno.

BIBLIOGRAFÍA

- Bloch MH, Hannestad J. Omega-3 fatty acids for the treatment of depression: systematic review and meta-analysis. Mol Psychiatry. 2012 Dec; 17(12): 1272-82.
- Lin P-Y, Huang S-Y, Su K-P. A meta-analytic review of polyunsaturated fatty acid compositions in patients with depression. Biol Psychiatry. 2010 Jul 15;68(2):140-7.
- Mischoulon D, Freeman MP. Omega-3 fatty acids in psychiatry. Psychiatr Clin North Am. 2013 Mar; 36(1):15-23.
- Deacon G, Kettle C, Hayes D, Dennis C, Tucci J. Omega 3 polyunsaturated fatty acids and the treatment of depression. Crit Rev Food Sci Nutr. 2017 Jan 2; 57(1):212-23

TEMA 65. TINCION DE GRAM.

ANTONIO MONTAGUT SANCHEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCION**
- **REALIZACION**

INTRODUCCION

Las bacterias gram-positivas y gram-negativas tiñen de forma distinta debido a las diferencias constitutivas en la estructura de sus paredes celulares. La pared de la célula bacteriana sirve para dar su tamaño y forma al organismo así como para prevenir la lisis osmótica. El material de la pared celular bacteriana que confiere rigidez es el peptidoglicano. La pared de la célula gram-positiva es gruesa y consiste en varias capas interconectandas de peptidoglicano así como algo de ácido teicoico. Generalmente, 80%-90% de la pared de la célula gram-positiva es peptidoglicano. La pared de la célula gram-negativa, por otro lado, contiene una capa mucho más delgada, únicamente de peptidoglicano y está rodeada por una membrana exterior compuesta de fosfolípidos, lipopolisacáridos, y lipoproteínas. Sólo 10% - 20% de la pared de la célula gram-negativa es peptidoglicano.

Esta tinción se denominada así por el bacteriólogo danés Christian Gram, quien la desarrolló en 1844. Sobre la base de su reacción a la tinción de Gram, las bacterias pueden dividirse en dos grupos, grampositivas y gramnegativas (en este caso, los términos positivo y negativo no tiene nada que ver con carga eléctrico, sino simplemente designan dos grupos morfologicos distintos de bacterias).

La tinción de Gram es uno de los métodos de tinción más importantes en el laboratorio bacteriológico y con el que el estudiante debe estar perfectamente familiarizado. Su utilidad práctica es indiscutible y en el trabajo microscópico de rutina del Laboratorio de Microbiología las referencias a la morfología celular bacteriana (cocos, bacilos, positivos, negativos, etc) se basan justamente en la tinción de GRAM

REALIZACION

Debido a su importancia en taxonomía bacteriana y a que indica diferencias fundamentales de la pared celular de las distintas bacterias, describiremos aquí con algún detalle la tinción de Gram y las interpretaciones que actualmente se hacen sobre el porqué de su funcionamiento.
Las células fijadas al calor sobre un portaobjetos se tiñen, primero con una solución de cristal violeta y son lavadas después para quitar el exceso de colorante. En este estado, todas las células, tanto las grampositivas como las gramnegativas, están teñidas de azul. El portaobjetos se cubre entonces con una solución de yodo-yoduro potásico. El ingrediente activo es aquí el I2; el KI simplemente hace soluble el I2 en agua. El I2 entra en las células y forma un complejo insoluble en agua con el cristal violeta.

Se lleva a cabo después la decoloración, usando una mezcla de alcohol-acetona, sustancias en las que es soluble el complejo I2-cristal violeta. Algunos organismos (grampositivos) no se decoloran, mientras que otros (gramnegativos) lo hacen. La diferencia esencial entre esos dos tipos de células está por tanto en su resistencia a la decoloraciónDespués de la decoloración las células grampositivas son todavía azules, pero las gramnegativas son incoloras.

Para poner de manifiesto las células gramnegativas se utiliza una coloración de contraste. Habitualmente es un colorante de color rojo, como la safranina o la fucsina básica. Después de la coloración de contraste las células gramnegativas son rojas, mientras que las grampositivas permanecen azules.

BIBLIOGRAFÍA

Beavis KG, Charnot-Katsikas A. Specimen collection and handling for diagnosis of infectious diseases. In: McPherson RA, Pincus MR, eds. *Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods*. 23rd ed. St Louis, MO: Elsevier; 2017:chap 64.

Hall GS, Woods GL. Medical bacteriology. In: McPherson RA, Pincus MR, eds. *Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods*. 23rd ed. St Louis, MO: Elsevier; 2017:chap 58.

TEMA 66. RITMO CIRCADIANO: SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO.

JONATHAN ELENA VARELA
MARÍA JOSÉ DÍAZ COUSO
IRENE ALONSO SOLLA
ALEJANDRO FERNÁNDEZ MATO

ÍNDICE

1. PALABRAS CLAVE.
2. INTRODUCCIÓN A LA FISIOLOGÍA DEL CICLO CIRCADIANO.
3. FISIOLOGÍA DEL CICLO CIRCADIANO.
4. PATOLOGÍA DEL CICLO SUEÑO VIGILIA.
5. DIAGNÓSTICO.
6. BIBLIOGRAFÍA.

1. PALABRAS CLAVE

Ritmo circadiano, ultradiano, infradiano, melatonina, núcleo supraquiasmático, glándula pineal, presión arterial.

2. INTRODUCCIÓN A LA FISIOLOGÍA DEL CICLO CIRCADIANO

Se define ritmo biológico como la variación regular de una función orgánica relacionada con el curso del tiempo.

De acuerdo con las variaciones biológicas del tiempo, existen diferentes tipos de ritmos biológicos:

- **Circadianos** (periodo de aproximadamente 24 horas).
- **Infradianos** (variaciones regulares son registradas en un tiempo mayor a 24 horas).
- **Ultradianos** (estas variaciones son registradas en un tiempo menor a 24 horas).

Todos los seres vivos, vegetales o animales, con el transcurso del tiempo presentan funciones oscilatorias, configuradas por ritmos de cambio lumínico o estacional de la tierra, con una periodicidad de 24 horas, durante las cuales se presentan estados de sueño y vigilia.

El estado vigil es un fenómeno fisiológico, comportamental y psíquico consciente. El sueño es un fenómeno normal, activo, procesal, reversible, periódico con la característica más resaltante, que es la desconexión perceptiva con el ambiente.

3. FISIOLOGÍA DEL CICLO CIRCADIANO

3.1. Sueño.

Prácticamente todos los seres vivos, reconocen ritmos de actividad y reposo. El sueño con todas sus características fisiológicas particulares aparece en los vertebrados homeotermos, y está constituido al menos por dos estados bien diferenciados; el sueño lento que se divide en dos etapas (I-II) en los humanos, y el sueño paradójico propiamente dicho con las etapas (III-IV), el sueño paradójico o REM (movimientos oculares rápidos) se presenta en horas de la noche y hace parte del ritmo intrínseco ultradiano.

- **La etapa I:** referencia la preparación para el sueño con: fenómenos somáticos de acciones de autoseguridad (el individuo busca un lugar seguro), activación de los distintos sistemas sensoriales y motores, con el objetivo de permitir un funcionamiento integrado. La fenomenología vegetativa que hace parte del Sistema Nervioso Central y del Sistema Nervioso Periférico se encarga de controlar el sistema visceral, hormonal y cardiovascular, el cual se encuentra íntimamente relacionado con las emociones, también esta etapa busca regular un equilibrio, que permite disminuir acciones sistémicas del cuerpo para poder llevar la fisiología corporal a un ahorro de energía temporal.

- **La etapa II:** se referencia como sueño lento, inicia cuando el organismo adopta la postura para dormir, los músculos disminuyen su capacidad de contracción pero no pierden su fuerza, a nivel neurológico el haz piramidal disminuye su influencia sobre las neuronas espinales; por tanto la actividad de algunos músculos como el orbicular de los párpados y los extra oculares, se ve aumentada. En las acciones vegetativas de esta etapa se logra ver un aumento de la participación por parte del componente parasimpático y una disminución del componente simpático, lo cual determina un descenso en la actividad respiratoria, la presión cardiaca, arterial y de manera leve en la temperatura corporal.

- **La etapa III:** hace referencia al sueño paradójico o REM, presenta una atonía generalizada en los músculos del cuello e intercostales, esta se manifiesta por acción cerebelosa, además en esta fase hay contracciones fásicas de distintos músculos del cuerpo. Por otra parte se suspende la termoregulación y se incorporan ondas lentas tipo delta.

- **La etapa IV:** se caracteriza por la desaparición de los husos del sueño, con acción de ondas cerebrales tipo delta y theta, lo cual permite la relajación muscular.

3.2. Variaciones de la presión arterial en el ciclo circadiano.

El eje hipotalámico hipofisario tiene una estrecha relación con los ritmos circadianos.

Los mecanismos que activan las neuronas de la CRH son los mismos que activan las neuronas adrenérgicas en el hipotálamo. Esto provoca la liberación de noradrenalina que refuerza la activación del CRH, como consecuencia:

- El cortisol presenta un pico de concentración a primeras horas de la mañana y desciende a cero al acostarse. Este pico produce una activación simpática, además aumenta la liberación plásmática de la ADH en la neurohipófisis y del angiotensinógeno en el hígado, elevando la presión arterial y el gasto cardiaco.

- El aumento diurno de catecolaminas se inicia antes de levantarse y alcanza un pico entre las 7:00 y las 9:00 horas.

- Los valores de presión arterial son más altos durante el día y alcanzan una meseta hacia las 18:00 horas, descendiendo hacia la medianoche, permaneciendo bajos mientras que el individuo está durmiendo hasta que el cortisol y las catecolaminas empiezan a hacer su efecto.

- El principal determinante del patrón circadiano parece ser el sistema nervioso simpático. En estudios en los que se hicieron mediciones seriadas de catecolaminas plasmáticas, durante las 24 horas, se indica que los valores de noradrenalina y adrenalina siguen un patrón similar al de la presión arterial.

- El aumento de la actividad simpática durante el despertar puede ser un factor importante en la producción de un agudo y rápido aumento de la presión arterial por la mañana. Es interesante destacar el aumento de la presión arterial antes del despertar, hecho que no ha sido constatado con la frecuencia cardíaca, que presenta su pico matinal justo después de despertarse el individuo. Sin embargo, la frecuencia cardíaca presenta una variación a lo largo del día en individuos hipertensos, similar a la de los individuos con presión arterial normal, de forma anómala a la de la presión arterial.

- En individuos que realizan un cambio horario, de diurno a nocturno, el patrón circadiano tiende a invertirse en pocos días.

3.3. Variaciones hemostáticas en el ciclo circadiano.

El aumento de cantidades plasmáticas de adrenalina y noradrenalina producen un aumento de agregación plaquetaria.

- Los valores del inhibidor del plasminógeno alcanzan un pico de concentración entre las 00:00 y las 6:00 horas de la mañana.

- Los valores del activador tisular del plasminógeno alcanzan su pico hacia las 18:00 horas, siendo sus valores bajos durante la noche.

Esto muestra que existe mayor probabilidad de que ocurra una obstrucción vascular trombótica por las mañanas, facilitando la aparición de accidentes isquémicos cardiovasculares.

Por tanto, en las primeras horas de la mañana es cuando los valores de presión arterial están más altos. Juntando este hecho con las variaciones en la hemostasia, tendríamos varios eventos adversos matutinos como pueden ser:

- Un pico de presión actuando sobre una placa vulnerable, podría causar su rotura.

- Mayor tono vascular que podría empeorar el flujo sanguíneo en una zona estenótica.

- Viscosidad sanguínea aumentada, agregación plaquetaria acentuada e insuficiente acción de los antagonistas del sistema fibrinolítico, podrían producir un estado de hipercoagulabilidad.

3.4. Funcionamiento del sistema circadiano.

La organización del sistema circadiano comienza en los fotorreceptores de la retina, componente visual que detecta estímulos lumínicos, para luego enviar dicha información al núcleo supraquiasmático, siendo éste el principal reloj biológico. Dicho núcleo tiene interacciones en etapas de sueño o en procesos de vigilia, por ende las eferencias de este núcleo tiene una interacción primitiva y evolutiva en el control de los ritmos circadianos que se conectan

área preóptica, tálamo medial, área hipotalámica dorsal y el núcleo arcuato, permitiendo funciones somáticas y vegetativas en el sueño.

3.5. Melatonina.

La melatonina es una hormona proteica que es sintetizada a partir del aminoácido esencial Triptófano, que sufre cuatro pasos enzimáticos hasta llegar a configurarse como melatonina. El paso más importante es el que realiza la enzima Nacetiltrasferasa, que se produce en condiciones de oscuridad, cuando la glándula pineal queda desligada de las señales inhibitorias del núcleo supraquiasmático.

Las concentraciones de melatonina en plasma y orina durante el día son bajas; en el momento en que se pone el sol comienzan a subir, hasta que alcanzan un pico entre las 12 y las 8 de la mañana, cayendo bruscamente cuando amanece. Una vez vertida, viaja en sangre en un 65% unida a albúmina y en un 35% de forma libre, la mayor parte es metabolizada en el hígado y finalmente eliminada renalmente. Conforme el individuo va envejeciendo, la secreción de melatonina por parte de la pineal son menores, en parte debido al proceso de calcificación que sufre la glándula pineal, como consecuencia en individuos ancianos las diferencias de concentraciones entre el día y la noche son menores, y sus necesidades de sueño se vuelven menores.

Los receptores son muy susceptibles a la desensibilización, es decir, su actividad decrece tras ser expuestos a concentraciones altas de melatonina, por lo que su uso exógeno en desórdenes del sueño podrían provocar una saturación de estos, y la inefectividad de la terapia.

Se han descrito tres tipos de receptores acoplados a proteínas G, de los cuales, solamente dos se encuentran en el ser humano:

- **Receptor MT1:** se encuentran en el núcleo supraquiasmático y en la parte tuberosa de la glándula pineal. Al unirse permite inhibir las eferencias que envía el SNC durante el tiempo de sueño.

- **Receptor MT2:** se encuentran en la retina y en el hipocampo, su función es modular los ritmos biológicos del SNC.

Estos receptores están presentes en los miocardiocitos del ventrículo izquierdo, en los que realizan efectos antiadrenérgicos; también están presentes en las arterias coronarias con vasoconstricción tras activación MT1, y vasorrelajación tras activación de MT2.

La melatonina tiene influencia sobre la presión arterial, ayudando a bajar tanto la sistólica como la diastólica. Las personas que sufren de hipertensión tienen niveles más bajos de melatonina durante la noche. Una vez más, podemos coincidir que las personas con problemas de sueño tienen melatonina baja, por lo que su presión arterial es mayor, y esto se encuentra en relación con la hipertensión y efectos adversos cardiovasculares.

Además de papel de la melatonina sobre el ciclo circadiano, tiene una importante función antioxidante a pesar de que su primer sitio de acción son los receptores de melatonina. La melatonina puede atraversar fácilmente las membranas celulares y la barrera hematoencefálica. Debido a esto, la melatonina contribuye a reducir el inicio del cáncer debido a su capacidad para limitar el daño por radicales libres al ADN.

Se ha demostrado que la pinealectomía estimula el crecimiento tumoral en general, influye en el cáncer de mama, de próstata y otros hormonodependientes.

Hay evidencias de que la melatonina tiene un efecto cardioprotector en las lesiones de Isquemia reperfusión, durante el infarto de miocardio, con elevación del segmento ST, ya que ejerce acciones de eliminación de radicales libres.

4. PATOLOGÍA DEL CICLO SUEÑO VIGILIA

Cualquier factor que genere un desequilibrio en este sistema estratégicamente organizado, ocasiona alteraciones en el ritmo circadiano, influyendo directamente sobre el proceso de sueño-vigilia.

4.1. Causas.

Generalmente las alteraciones se producen por las siguientes circunstancias:

-Alteración del "reloj" biológico interno (marcapasos cronobiológico): Incidiendo en el núcleo supraquiasmático, produciéndose ciclos desordenados o ciclos mucho menores o mucho mayores de 24 horas.

-Fallo de los factores que entrenan al reloj biológico: Como la intensidad de la luz o los horarios sociales. Esto es fundamental para que mantenga su sincronía con el ciclo geofísico de 24 horas.

-Asincronía forzada: Esto se produce, por ejemplo, por un viaje transoceánico o la realización de un trabajo nocturno o a turnos, entre otros.

Las principales manifestaciones de los trastornos del ritmo circadiano son la somnolencia diurna y el insomnio, con todo lo que ello implica en el normal funcionamiento de la vida diaria del paciente.

La mejor forma de prevenir estos trastornos es manteniendo una buena higiene del sueño y mantener los ritmos de sueño vigilia regulares.

4.2. Tipos de patologías.

Adelanto de fase.

El periodo intrínseco del marcapasos circadiano humano se acorta con la edad, probablemente a partir de la sexta década de la vida, provocando un patrón característico en el que el paciente se duerme temprano y se despierta precozmente.

Retraso de fase.

Este síndrome es característico de jóvenes y adolescentes, se caracteriza por la presencia de una dificultad importante para iniciar el sueño a la hora convencional, o deseada y dificultad extrema para levantarse por la mañana a la hora prevista. En consecuencia, el tiempo de sueño se acorta.

Ritmo vigilia-sueño irregular.

Consiste en la distribución caótica de los periodos de sueño y vigilia durante el día y la noche. La cantidad total de sueño es normal, pero su fragmentación y dispersión a lo largo de las 24 horas del día producen una sensación de somnolencia diurna y/o de insomnio. Generalmente existe un periodo relativamente prolongado de sueño nocturno, en general entre las 2 y las 6 de la madrugada. El resto del tiempo, el sueño se esparce durante el día, con 3 o más siestas que no suelen durar más de 4 horas.

La irregularidad del ciclo sueño/vigilia es frecuente en niños con retraso mental y en adultos con afectación cerebral difusa, pero puede producirse también en personas que pasan mucho tiempo en la cama.

Síndrome hipernictameral (o de curso libre del ciclo sueño-vigilia).

Se produce por una ausencia de sincronización del marcapasos biológico con los sincronizadores externos, fundamentalmente la luz, que ocasiona un ciclo sueño-vigilia superior a 24 horas. Esto provoca un progresivo retraso (1-2 horas al día) en la hora de acostarse y de levantarse.

Este trastorno lo padecen más del 50 por ciento de los ciegos y raramente personas videntes con afectación cerebral o personas sanas.

Trabajo nocturno o en turnos cambiantes.

Trabajar por la noche o los cambios de turno laboral pueden ocasionar insomnio o excesiva somnolencia de forma transitoria. La tendencia natural es dormir de noche, momento en el que el organismo programa la propensión al sueño.

Los trabajadores con turno nocturno duermen por la mañana, en un momento en que existe poca tendencia al sueño y, por tanto, tienen más dificultad para conciliar y mantener el sueño.

Síndrome del cambio rápido de zona horaria (jet lag).

Durante los viajes transoceánicos rápidos (en avión) se produce una desincronización transitoria del ciclo sueño-vigilia provocada por el desajuste entre el horario geofísico del punto de partida y el de llegada. Es decir, el reloj biológico interno es expuesto a otro ciclo geofísico al cual debe adaptarse.

5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de estos trastornos se realiza mediante la entrevista clínica y el análisis de los síntomas descritos por el paciente. Para conseguir la máxima exactitud, el especialista recomienda cumplimentar unos diarios de sueño (indicando la hora de acostarse y de levantarse a diario, así como los periodos del día en que nota somnolencia, durante al menos un mes.

Además, el ciclo sueño-vigilia puede documentarse mediante un actígrafo (un sensor de pulsera que registra los periodos de actividad y de descanso del sujeto).

El pico de secreción de melatonina se correlaciona con el ritmo circadiano. En la práctica se realiza un perfil del de secreción de melatonina (medida en saliva obtenida en varios periodos del día y antes de dormirse o por la noche).

Por último, la medición de la curva de temperatura corporal (rectal o cutánea) es otro método de estimación del ritmo circadiano. La temperatura alcanza el nivel más bajo antes de despertar y el pico máximo por la tarde. El sueño se produce cuando desciende la temperatura vespertina.

La exposición a la luz y la administración de melatonina son los mejores tratamientos para modificar el periodo del marcapasos biológico. Esto se debe a que la respuesta a la luz es la opuesta a la respuesta a la melatonina, de tal forma que la exposición a la luz por la mañana, y la administración de melatonina por la noche, adelantan el ciclo, mientras que la melatonina por la mañana y la luz por la noche lo retrasan.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Ángeles Castellanos M, Rodríguez K, Salgado R, Escobar C. Cronobiología médica. Fisiología y fisiopatología de los ritmos biológicos. Rev Fac Med UNAM. 2007;50(6):238-241.

2. Arango Sánchez SC. Los ritmos circadianos y la productividad laboral. El Cuaderno – Escuela de Ciencias Estratégicas. 2009;3(5):39-57.

3. Cano Lozano MC, Espinosa Fernández L, Miró E, Buela Casal G. Una revisión de las alteraciones del sueño en la depresión. Rev. Neurol. 2003;36(4):366-375.

4. Escames G, Acuña Castroviejo D. Melatonina, análogos sintéticos y el ritmo sueño/vigilia. Rev. Neurol. 2009;48(5):245-254.

5. Gállego Pérez-Larraya J, Toledo JB, Urrestarazu E, Iriarte J. Clasificación de los trastornos del sueño. An. Sist. Sanit. Navar. 2007;30(1):19-36.

6. García-Portilla González P. Ritmo sueñovigilia. Cibersam - Universidad de Oviedo.

7. Hidalgo Vicario MI, Pin Arboledas G, Jurado Luque MJ, Merino Andreu M, Russi Delfraro ME. Programa de Formación Continuada en Pediatría Extrahospitalaria. Pediatr Integral. 14(9):687-774.

8. Ibarra R. Los ritmos biológicos del ser humano. E-Magazine Conductitlán. 2014;1(1):129-137.

9. Jiménez Rubio G, Solís Chagoyán H, Domínguez Alonso A, Benítez King G. Alteraciones del ciclo circadiano en las enfermedades psiquiátricas: papel sincronizador de la melatonina en el ciclo sueño-vigilia y la polaridad neuronal. Salud Mental. 2011;34(2):167-173.

10. Márquez de Prado García B. Ritmos circadianos y neurotransmisores: estudios en la corteza prefrontal de la rata. Universidad Complutense de Madrid. 2004.

11. Orrego H. Trastornos del ritmo circadiano. Unidad de Neurología – Hospital de la Mujer. El Salvador.

12. Robertson D, Biaggioni I, Low P, Paton J. Primer on the Autonomic Nervous System. 3a ed. Elsevier; 2012.

13. Romero O. Cronobiología y trastornos del ritmo circadiano. Grup Interdisciplinari de Trastorns del Son. Barcelona. 2011.

14. Rufo Campos M. Melatonina y epilepsia. Rev. Neurol. 2002;35(1):S51-S58.

15. Saavedra Torres JS, Zúñiga Cerón LF, Navia Amézquita CA, Vásquez López JA. Ritmo circadiano: el reloj maestro. Alteraciones que comprometen el estado de sueño y vigilia en el área de la salud. Morfolia. 2013;5(3).

16. Silva F. Trastornos del Ritmo Circadiano del Sueño: fisiopatología, clasificación y tratamientos. Revista Memoriza.com. 2010;7:1-13.

17. Soria V, Urretavizcaya M. Ritmos circadianos y depresión. Actas Esp Psiquiatr. 2009;37(4):222-232.

18. Trastornos del ritmo circadiano del sueño. American Thoracic Society. 2014.

TEMA 67. RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA. ESTUDIOS GASTROINTESTINALES.

SARA MARTÍN VILLANUEVA

ÍNDICE

• CONSIDERACIONES GENERALES DE LOS ESTUDIOS GASTROINTESTINALES
• PREPARACIÓN
• TIPOS DE CONTRASTES
•TECNICA
•ESTUDIO DE DEGLUCIÓN
•ENEMA OPACO
•ENEMA CON SUERO FISIOLOGICO Y CONTROL ECOGRAFICO
•BIBLIOGRAFÍA

ESTUDIOS GASTROINTESTINALES

Protección

- Dejar descubiertas sólo las áreas bajo examen.

Consideraciones generales:

- El estudio del tracto GI en la actualidad pediátrica tiene poco en común con el del adulto.
- La mayor parte de las veces tratamos de diagnosticar o descartar malformaciones congénitas, malposiciones…, estudiar alteraciones funcionales como los vómitos, estreñimiento.
- Es excepcional la necesidad del estudio riguroso de lesiones mucosas o tumorales.

ESTUDIOS GASTROINTESTINALES

Consideraciones generales:

- En niños pequeños o sin autonomía, el contraste oral de administra mediante biberón, jeringa o, excepcionalmente, a través de sonda nasogástrica, siempre en presencia del radiólogo.
- Se puede mejorar el sabor del contraste oral con sacarina disuelta.
- En los enemas utilizaremos sondas rectales sin globo en niños pequeños, y los sistemas habituales en los niños mayores de 4 años.

PREPARACIÓN

Depende de la edad, tipo de estudio e indicación.

1. Transito digestivo superior (EGD). Estudio de deglución, transito digestivo completo:
   - RN- 6meses: ayunas de 3h (tratar de hacer coincidir la exploración con la hora de la toma).
   - 6meses- 3años: ayunas 4h.
   - >3a: ayunas de 6-8h.

   Hay que advertir a los padres de los lactantes que traigan el biberón que habitualmente usen los pacientes. Esto facilita la ingestión del contraste.

   El objetivo de estos periodos de ayunas es, además de intentar que no exista contenido intestinal para estudio de la mucosa, que el niño, especialmente el niño pequeño, acuda hambriento, y espontáneamente tome el contraste.

PREPARACIÓN

Depende de la edad, tipo de estudio e indicación.

1. Enema opaco:
   - Por estreñimiento.
     - No debe prepararse, ni tomar laxantes ni enemas ni realizar estimulaciones para la defecación durante las 24h que preceden a la exploración ni las 24h después del mismo.
   - Rectorragias (doble contraste).
     - Rara vez indicado en la edad pediátrica.
     - Nunca ante la sospecha de enfermedad inflamatoria severa o abdomen agudo.

PREPARACIÓN

Depende de la edad, tipo de estudio e indicación.

1. Enema opaco:
   - Rectorragias (doble contraste).

     - 1-3años: dieta liquida durante 24h antes. Laxante apropiado 12h antes.

     - >3años:dieta baja en residuos durante los 2d previos. El día antes laxante. La mañana de la exploración, enemas de limpieza.

CONTRASTES

- Orales.- dependiendo de la edad y el tipo de patología.
  1. RN con sospecha de obstrucción orgánica, congénita o adquirida. NO DEBE UTILIZARSE NINGUN CONTRASTE, especialmente si se sospecha atresia de esófago. Si es necesario realizar un transito, utilizaremos el aire como único medio de contraste, introducido por SNG.
  2. RN (hasta 1mes) o con sospecha de fuga, fístula, perforación, postoperados…contraste hidrosoluble, no iónico de baja osmolaridad.
  3. >1mes y sin la patología mencionada: Barigraf oral.

  La dosis en lactantes será una cantidad de contraste equivalente a su toma habitual.

CONTRASTES

- Rectales .
  1. RN (hasta 1m) o sospecha de fuga, perforación, post…contraste hidrosoluble, no ionico y de baja osmolaridad. Sin diluir.
  2. RN con estreñimiento o inmadurez: contraste hidrosoluble + mucolitico.
  3. >1m, iodado a la dilución habitual
  4. Fibrosis quística con síndrome obstructivo: gastrografin.

  La dosis se decide sobre la marcha, bajo control fluoroscópico, dependiendo de la edad y de la patología a estudiar.

TECNICA

- Se coloca al niño en decúbito supino, directamente sobre la mesa de exploración, sin sabanillas ni empapadores interpuestos, que pueden mancharse de contraste (sobre todo en los poco colaboradores) y “ensuciar” la imagen.

- En caso necesario se inmovilizará.

- Si no entorpece la zona a estudiar, se colocará protector gonadal: hay que hacerlo siempre en los estudios digestivos superiores.

TECNICA

- Sera necesario que el técnico o los padres se queden dentro de la sala para administrar el contraste y controlar y movilizar el paciente para las distintas proyecciones.

- Estamos ante un estudio dinámico, que requiere control fluoroscopico, con proyecciones básicas que pueden alterarse dependiendo de los hallazgos a lo largo de la exploración. La escopia debe realizarse en forma de visualizaciones cortas intermitentes, para minimizar la dosis de radiación.

ESTUDIO DE DEGLUCIÓN

Estudio del paso del bolo alimenticio desde la boca hasta el esófago, en un intento de detectar fundamentalmente alteraciones motoras o funcionales del mecanismo de la deglución (neurológicos generalmente).

ENEMA OPACO

Las indicaciones de realizar un enema en los RN suele ser por problemas obstructivos en tramos distales del intestino delgado o en el grueso.

El enema en estos casos esta indicado no solamente como técnica diagnostica (obstrucción orgánica completa o funcional), si no que, en ocasiones es también terapéutica, por ejemplo, en el íleo meconial, en donde el meconio espeso se impacta en el ileon terminal.

El medio de contraste será hidrosoluble (yodado, Omnigraf) mezclado con un mucolitico a la dosis que considere el pediatra.

ENEMA OPACO

El contraste hay que introducirlo con jeringa a través de una sonda rectal de goma, con cuidado, bajo control radioscopico, y debe siempre sobrepasar retrógradamente la válvula ileocecal, intentando alcanzar el punto de obstrucción, ya sea el tapón de meconio o la atresia intestinal.

ENEMA CON SUERO FISIOLOGICO Y CONTROL ECOGRÁFICO.

- El suero, deberá calentarse, a ser posible a temperatura corporal.
- Se coloca un pie de goteo a una altura aproximada de 1m sobre el nivel de la camilla.
- Sera introducido por vía rectal con una sonda y se apritan las nalgas para evitar que el paciente expulse la sonda.
- Se introduce la sonda en la ampolla rectal, se introduce el suero fisiológico y el proceso de la columna de suero se monitoriza mediante ecografía hasta la resolución total de la invaginación.

BIBLIOGRAFÍA

- Juan Manuel Gil Ramos, Herminia Andrades Romero, Silvia Ramos Caro, Rocío Prieto Llamas, Rocía Rodríguez Polo, Eduardo Gil Martínez, Susana Cuerda Lopez. Mad. Técnico Especialista en Radiodiagnóstico. Junio, 2015.

TEMA 68. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO A UN PACIENTE CON EPISODIO MANÍACO.

JORDI URBIOLA CASTILLO
ANE FERNANDEZ BEARAN

INDICE

- PLAN DE CUIDADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

PLAN DE CUIDADOS

- DX NANDA 1: **Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078)**
- Dominio 1: Promoción de la salud
- Clase 2: Gestión de la salud
- NOC 1: Conducta de cumplimiento (1601)
- Comunica seguir la pauta prescrita (160103)
- Acepta el diagnóstico del profesional sanitario (160104)
- Conserva la cita con un profesional sanitario (160105)
- Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria (160109)

PLAN DE CUIDADOS

- NOC 2: Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)
- Cumple el régimen terapéutico recomendado (160902)
- Cumple el nivel de actividades prescrito (160904)
- Cumple el régimen de medicación (160905)
- Evita conductas que potencian la patología (160906)
- Supervisa los efectos secundarios del tratamiento (160909)
- Supervisa los cambios en el estado de enfermedad (160911)
- Obtiene el asesoramiento de un profesional cuando es necesario (160921)

PLAN DE CUIDADOS

- NOC 3: Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)
- Proceso de la enfermedad (180302)
- Causas o factores contribuyentes (180303)
- Signos y síntomas de enfermedad (180306)
- Medidas para minimizar la progresión de la enfermedad (180308)
- Signos y síntomas de complicaciones de la enfermedad (180310)
- NOC 4: Conocimiento: medicación (1808)
- Administración correcta de la medicación (180810)
- Efectos terapéuticos de la medicación (180819)
- Efectos adversos de la medicación (180820)

PLAN DE CUIDADOS

- NOC 5: Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)
- Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar al miembro enfermero (260901)
- Piden información sobre el proceso/procedimiento (260904)
- Colaboran con el miembro enfermero en la determinación de los cuidados (260910)
- Colaboran con los proveedores de asistencia sanitaria en la determinación de los cuidados (260911)
-

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 1: Acuerdo con el paciente (4420)
- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados
- Ayudar al paciente a establecer objetivos en términos positivos y realistas, que puedan conseguirse
- Observar la capacidad del paciente para llevar a cabo los acuerdos realizados con el personal, indicándole las consecuencias por el incumplimiento del acuerdo

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 2: Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)
- Informar la paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento
- Revisar el nivel de conocimientos que el paciente tiene de los medicamentos
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 3: Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)
- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de su enfermedad
- Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas
- NIC 4: Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Determinar el grado de apoyo social y familiar con que el paciente cuenta
- Remitir a programas comunitarios de fomento /prevención/ tratamiento/rehabilitación, si procede

PLAN DE CUIDADOS

- DX NANDA 3: **Deterioro del patrón del sueño (00095)**
- Dominio 4: Actividad/Reposo
- Clase 1: Sueño/Reposo
- NOC 1: Sueño (0004)
- Horas de sueño cumplidas (000402)
- Patrón del sueño (000403)
- Calidad del sueño (000404)
- Eficiencia de sueño (000405)
- Hábito de sueño (000407)

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 1: Mejora del sueño (1850)
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama
- Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño
- Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente
- Establecer una rutina a la hora de irse a la cama que facilite la transición del estado de vigilia al de sueño
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 2: Manejo de la medicación (2380)
- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o protocolo
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos
- NIC 3: Enseñanza individual (5606)
- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente
- Determinar la capacidad y motivación del paciente para asimilar información específica
- Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje

PLAN DE CUIDADOS

- DX NANDA 5: **Deterioro de la comunicación verbal (00051)**
- Dominio 5: Percepción/Cognición
- Clase 5: Comunicación
- NOC 1: Comunicación (0902)
- Utiliza el lenguaje escrito (090201)
- Utiliza el lenguaje verbal (090202)
- Intercambia mensajes con los demás (090208)
- Interpretación exacta de los mensajes recibidos (090207)

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 1: Escucha activa (4920)
- Mostrar interés en la paciente
- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar sentimientos y preocupaciones
- Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones
- NIC 2: Entrenamiento de la asertividad (4340)
- Ayudar al paciente a que reconozca y reduzca las distorsiones cognitivas que bloquean la afirmación
- Instruir al paciente en las distintas formas de actuar afirmativamente

PLAN DE CUIDADOS

- DX NANDA 6: **Deterioro de la interacción social (00052)**
- Dominio 7: Rol/Relaciones
- Clase 3: Desempeño del rol
- NOC 1: Habilidades de la interacción social (1502)
- Uso de la asertividad si procede (150205)
- Mostrar consideración (150207)
- Relaciones con los demás (150212)
- Utilizar formas/métodos de resolución de conflictos (150216)

PLAN DE CUIDADOS

- NOC 2: Implicación social (1503)
- Interacciona con amigos (150301)
- Interacciona con miembros de su familia (150303)
- Participación en actividades de ocio (150311)
- NOC 3: Autoestima (1205)
- Manifiesta sentimientos positivos sobre su propia persona (120519)

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 1: Escucha activa (4920)
- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación
- Estar atento a la propia actividad física en la comunicación de mensajes no verbales
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura)
- Mostrar interés en el paciente

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 2: Potenciación de la socialización (5100)
- Fomentar su participación en actividades familiares, sociales y comunitarias
- Fomentar su implicación en intereses totalmente nuevos
- Ayudarle a aumentar la conciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás
- Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones
- Facilitar o fomentar la participación en grupos de apoyo
- Determinar su confianza en sus propios juicios

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 3: Potenciación de la conciencia de sí mismo (5390)
- Ayudarle a identificar prioridades en la vida
- Manifestar verbalmente la negación de la realidad por parte de la persona, si procede
- Ayudarle a ser consciente de sus frases negativas acerca de sí mismo/a
- Ayudarle a identificar los atributos positivos de sí mismo/a

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 4: Potenciación de la autoestima (5400)
- Animarle a identificar sus virtudes
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con oras personas
- Mostrar confianza en su capacidad para controlar una situación, aumentando su responsabilidad
- Ayudarle a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta
- Animarle a evaluar su propia conducta
- Recompensarle o alabarle sus progresos en la consecución de objetivos

PLAN DE CUIDADOS

- NIC 5: Vigilancia: Seguridad (6654)
- Observar si hay alteraciones de su función física o cognoscitiva que puedan conducir a una conducta insegura
- Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad
- Determinar el grado de vigilancia requerido por la persona en función del nivel de funcionamiento y los peligros presentes
- Comunicar la información acerca del riesgo de esta persona a los otros miembros del personal de cuidados

BIBLIOGRAFÍA

1. Fountoulakis KN. An update of evidence-based treatment of bipolar depression: where do we stand? Curr Opin Psychiatry 2010; 23:19.
2. Licht RW, Gijsman H, Nolen WA, Angst J. Are antidepressants safe in the treatment of bipolar depression? A critical evaluation of their potential risk to induce switch into mania or cycle acceleration. Acta Psychiatr Scand 2008; 118:337.
3. Salvi V, Fagiolini A, Swartz HA, et al. The use of antidepressants in bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2008; 69:1307.
4. Baldessarini RJ, Leahy L, Arcona S, et al. Patterns of psychotropic drug prescription for U.S. patients with diagnoses of bipolar disorders. Psychiatr Serv 2007; 58:85.

TEMA 69. GUIA RAPIDA PARA EL ABORDAJE DEL TDAH PARA PADRES, PACIENTES Y PROFESORES.

LUCIA DIAZ ECHALECU

Indice

- Introducción.
- Recomendaciones sobre TDAH para padres.
- Recomendaciones sobre TDAH para pacientes.
- Recomendaciones sobre TDAH para profesores.
- Cierre y final
- Bibliografia

Introduccion

El Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por Inatencion,impulsividad e Hiperactividad, con mayor o menor importancia de cada uno de estos síntomas según el chico o la chica. Son despistados , olvidadizos , les cuesta centrarse en sus deberes y muchas veces no quieren hacerlos, necesitan que todo se les repita continuamente y les cuesta establecerse una rutina.

Ademas pueden ser inquietos y en algunos predominan las reacciones emocionales muy intensas ante la frustración.El tiempo no existe para ellos y les cuesta planificarse.

Esto conlleva a una educación mas complicada.Pero no significa que pueda ser educado, respetar limites , adquirir hábitos, ser capaz de responder a las exigencias escolares y alcanzar aun rendimiento acorde con su capacidad.Para ellos es útil que los diferentes referentes adapten pautas educativas y de cuidados a las dificultades que los niños presenten.

Recomendaciones para padres

En la COMUNICACION:

- No confundas quien y como es tu hijo con su comportamiento.
- Asegúrate de que has captado su atención antes de darle una instrucción: Decirle su nombre, establecer contacto visual, tocarlo con suavidad y decirle que es lo que quieres de el/ella.
- Hablarle con calma y serenidad así es más probable que te presten atención y la mantengan.
- Se conciso, si das demasiada información es posible que deje de escuchar y escoge palabras que el entienda.
- Cada tarea o instrucción de una en una.Cuando termine la primera , le das la siguiente.Se le dices todas a la vez las olvidará.

Recomendaciones para padres

En la ORGANIZACION, PLANIFICACION Y ESTRUCTURACION:

- Dile lo que tiene que hacer justo antes del momento de hacerlo.
- Haz que te repita lo que acabas de decirle, así te aseguras que lo ha escuchado y comprendido.
- Manten unos horarios , rutinas y actividades lo mas estables posible.Hazlo visible con un calendario semanal.
- Planifica y anticipa con tiempo los cambios.
- Establece unas normas y responsabilidades claras en su día a dia.
- Fragmenta las tareas en pequeños objetivos.

Recomendaciones para padres

En cuanto a la COHERENCIA Y CONSISTENCIA:

- Anticipa recompensas y cuales las consecuencias negativas.
- No hables, actua.No negocies en el momento de crisis.
- Espera a recuperar la calma antes de imponer una sanción por la conducta.
- No te dejes llevar por el enfado del momento; se proporcionado en las consecuencias.
- Cumple: Tanto las recompensas como las consecuencias negativas lo mas inmediato posible.

Recomendaciones para profesores

1. Utiliza un sistema de tarjetas para comunicarte son los padres.Fichas de supervisión diaria donde resuman actitud del alumno y si tiene deberes.
2. Ofrecer un espacio libre de distractores: primeras filas de clase, cerca del profesor y lejos de pasillos y ventanas.
3. Utilizar en las explicaciones todo el apoyo visual y manipulativos posible.Ver y tocar que le ayude a estar atento y motivado.
4. Procurar el visualmente el espacio de la hoja de deberes no este muy ocupado ya que el estimulo visual resulta sobrexcitaste y disminuye la capacidad de separar lo relevante de lo accesorio.
5. Externalizar la información y hacerla visible y tangible: escribir poco en la pizarra y borrar lo que no es importante, tener un lugar visible un corcho con calendario donde figuren fechas y actividades importantes, utilizar un sistema de tarjetas con códigos y colores para recordar tiempos, conductas..etc

Recomendaciones para profesores

6.Hacer feedback inmediato en la realización de tareas.(terminar-supervisar-motivar y repetir

7.Un alumno guía que compruebe que ha apuntado en la agenda y que le ayude a organizarse lo que se tiene que llevar a casa.

8.Externalizar las fuentes de motivación.

9.Permitir cierta inquietud motora en su espacio.Facilitarle tareas motivares para que haga uso de su necesidad de moverse.

10.Anticipar situaciones problemáticas y establecer reglas y objetivos claros con recordatorios y consecuencias anticipadas.

Recomendaciones para pacientes

Planifícate :

- Cuando llegues a casa haz una lista de las tareas a realizar.Conforme las hagas tachalas.

- Ten un listado de todo lo que tienes que meter en la mochila cada día de la semana y revísalo la noche anterior.

Estructura tu ambiente:

- Colocar un calendario de pared semanal para hacer visibles las rutinas y actividades de cada día:día:examen , festivos, extraescolares. Cada actividad asígnale un color que se vea.

- Utiliza recordatorios como notas, fotos, signos, símbolos.Todo muy visual.

Aprovecha el tiempo:

- Para ellos el tiempo no existe.Hazlo visible y audible!,pon un reloj frente a ti.

- Asignación de un tiempo a cada tarea, con alarma al finalizar tiempos.Que tus padres o compañeros te ayuden y supervisen.

- Sé consciente del tiempo que vas a dar a cada tarea según la necesidad propia.

Recomendaciones para pacientes con tdah

Mantén la atención sin aburrirte:

- Establece una hora de comienzo y una hora de fin.Ajusta expectativas.

- Divídete las tareas en largas y cortas y deja a la vista solo lo que vayas a hacer en cada momentos para evitar distracciones.

Focaliza tu atención:

- Cuando estudies si necesitas, tapa con un folio en blanco los párrafos que no estas leyendo, del a la vista solo lo que necesites ver en ese momento.

- Busca las palabras claves de los textos. Destácalas, subrayando o coloreándolas.

- Procura que tú hoja de ejercicios este despejada. Pocos ejercicios por hoja. “orden visual” = “orden mental”.

CIERRE Y FINAL

El TDAH es un trastorno por el que posiblemente se generen muchas dificultades de manejo en el día a día en cualquier ambiente donde se desarrolle el niño.Tenemos que estar preparados para ayudar y anticiparnos a sus necesidades.Con estos consejos básicos se pueden conseguir muchos avances.

Todos podemos contribuir al cambio y a un buena aprendizaje, ayudarse a uno mismo con consejos o indicaciones que se ofrecen.Sin olvidarnos de la responsabilidad que tiene en este proceso cada uno para que todo funcione.

BIBLIOGAFIA

https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-overview-of-treatment-and-prognosis/abstract/3

National Institute for Health and Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Issued September 2008, last modified March 2013. www.nice.org.uk/CG72 (Accessed on July 17, 2013).

Niños y Psicología Natural La Asociación para Jóvenes, Iowa State University.Superar El Trastorno Por Déficit de Atención Con Hiperactividad (Tdah) Sin Medicación: Guía para padres y educadores.Publicaciones educativas y Psychologicas de Newark. 3 de agosto 2012.

TEMA 70. PROGRAMA HU-CI REANIMACIÓN SIN DISTANCIAS.

MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA
JULIÁN PÉREZ GARCÍA
Mª DOLORES PARDO IBÁÑEZ
MARIO PARREÑO JAREÑO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGÍA
4. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA
5. BIBLIOGRAFÍA

1.INTRODUCCIÓN

El ingreso en una unidad de cuidados intensivos es un momento que comporta una gran fragilidad para el paciente y su círculo familiar. Es consecuente de la aparición de emociones y sentimientos como el miedo, inseguridad y soledad entre otros, donde la ausencia de un familiar que lo acompañe durante todo el proceso provoca un sinergismo emocional que influye negativamente en el progreso de su recuperación física y emocional. Una de las grandes preocupaciones que generan un impulso al cambio en estas unidades, y todo sea dicho: bienvenido sea ese cambio, es la ampliación de los horarios de visitas para que sus familiares y allegados puedan compartir su ánimo y cercanía, y que ya, muchas unidades de cuidados intensivos de todo el mundo están llevando a cabo.

Sin embargo, otro aspecto que suscita una gran incógnita, es el hecho de que diferentes personas no puedan estar con ellos por diversas razones como son las grandes distancias, la edad de los visitantes (menores de edad) y el predominio de limitaciones funcionales que impidan su desplazamiento. Por todo lo anterior me gustaría presentarles un nuevo programa "HU-CI REANIMACIÓN SIN DISTANCIAS", capaz de abrir esos horizontes y de tumbar esas paredes que en diversas ocasiones aíslan a nuestros pacientes, con el objetivo de que todos los familiares que tengan barreras como la distancia, la edad o la limitación funcional, puedan ser también participes en este acompañamiento tan necesario para el paciente y su familia. Este programa es el resultado del desarrollo de una aplicación por videoconferencia que permita una comunicación con el resto de los familiares (especialmente los menores de edad en determinados casos, o gente con algún tipo de limitación), aumentado así la cercanía en el horario de visitas y la participación activa de la familia.

2. OBJETIVOS

- Fomentar el cambio de la percepción hostil y de aislamiento de las UCIS: Una UCI sin barreras.
- Incrementar la comunicación de los pacientes hospitalizados en UCIS con familiares y allegados.
- Disminuir las barreras que impiden el acercamiento y apoyo familiar en las UCIS
- Aumentar el estado de ánimo del paciente y sus familiares.
- Disminuir las emociones negativas como el miedo, ansiedad, soledad, inseguridad etc...
- Acrecentar la participación activa de los familiares durante el proceso de ingreso.
- Mejorar la calidad asistencial y humanitaria de nuestros pacientes y familiares que se encuentran en dichas unidades.

3. METODOLOGÍA

ÁMBITO: UCIS del Complejo Hospitalario de Albacete.

PARTICIPANTES: Pacientes hospitalizados en las UCIS del Complejo Hospitalario de Albacete.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Pacientes hospitalizados en dichas unidades conscientes, orientados y colaboradores.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Pacientes con alteraciones de la consciencia o que presenten un estado grave, así como aquellos que no consientan la misma.

CONSIDERACIONES ÉTICAS: Será necesaria la autorización del paciente y familiar para realizar la comunicación. Se Solicitará la aprobación del CEI, área de Albacete.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Este programa tiene como objetivo incrementar el acercamiento de todos los familiares al paciente y establecer una UCI sin distancias. Inicialmente se desarrollará una aplicación que permita la comunicación por videoconferencia estableciendo así una interacción durante las visitas, donde el emisor (el paciente) llevará acabo la videollamada a algunos de los familiares deseados durante el tiempo de misma. El paciente elaborará una lista de personas con las que desea comunicar, y será el mismo quien decida sus preferencias.

4. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLINICA

Este programa nos aportará una nueva modalidad de visita en las UCIS, que es la visita por videollamada, la cual, incrementará el poder de humanización en los cuidados intensivos, estableciendo así una UCI sin barreras y sin distancias.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Arredondo-González, Claudia Patricia, & Siles-González, José. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index de Enfermería, 18(1), 32-36. Recuperado en 01 de febrero de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es&tlng=es.

2. Molinuevo, J. L. (2004). Humanismo y nuevas tecnologías (Vol. 251). Madrid: Alianza editorial.

3. Cañadas Núñez, F. (2005). Humanizar la tecnología: la asignatura enfermera. Index de Enfermería, 14(48-49), 69-70.

4. Ceballos Vasquez, P. A. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Ciencia y enfermería, 16(1), 31-35.

TEMA 71. PARÁLISIS FACIAL EN PACIENTE DE 28 AÑOS.

MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

ÍNDICE

- DESCRIPCIÓN DEL CASO
- EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- JUICIO CLÍNICO
- COMENTARIO FINAL
- BIBLIOGRAFÍA

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 28 años sin antecedente de interés, consulta por lesiones en pabellón auricular derecho y conducto auditivo externo con edema, eritema y vesículas serosas. El paciente refiere que la clínica comenzó 6 días antes con prurito y dolor en el oído derecho, al segundo día, vesículas en el pabellón auricular, vértigo, tinnitus y sensación de plenitud ótica acudiendo a urgencias donde le diagnosticaron Herpes zoster ótico tratado con antiinflamatorios y antivirales. A la consulta de atención primaria acude con debut de parálisis facial periférica, se le diagnostica Síndrome de Ramsay Hunt, tratado con corticoides, aumento de la dosis de antivirales y analgésicos. Por último es derivado al servicio de otorrinolaringología y actualmente en rehabilitación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A la exploración física se observa cierre incompleto del párpado derecho, desviación de la comisura bucal hacia la izquierda, disminución del pliegue nasogeniano derecho e imposibilidad de mostrar los dientes del lado afectado debido a la paresia de hemicara derecha. Resto de exploración neurológica sin alteraciones. Rombert negativo. Exploración otoscópica: signos flogóticos en pabellón auricular y en CAE y vesículas. Bioquímica, hemograma sin alteraciones significativas. Serología para Herpes Ig G e Ig M positivas y VIH negativa. Audiometria con umbral auditivo normal.

JUICIO CLÍNICO

Sindrome de Ramsay Hunt.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Parálisis facial idiopática. Tumores. Enfermedad de Paget, infecciones bacterianas (Sífilis, lepra y enfermedad de Lyme). Infecciones víricas:Epstein Barr, Sarampión, Rubeola, Rabia, parotiditis, VIH, Citomegalovirus .

COMENTARIO FINAL

El síndrome de Ramsay Hunt consiste en una parálisis facial periférica acompañada de erupción vesicular eritematosa ocasionado por el virus varicela zoster. Los signos y síntomas incluyen acúfenos, pérdida de audición, náuseas, vómitos, vértigo y nistagmo. La incidencia de la parálisis motora va del 1 al 5% y suele iniciarse posteriormente a la erupción. En comparación con la parálisis de Bell , los pacientes con síndrome de Ramsay Hunt tienen parálisis más grave y es menos probable la recuperación completa. Los antivirales , son fundamentales dentro de los 7 días del inicio porque se ha demostrado que mejora el resultado de la recuperación de la parálisis facial.

BIBLIOGRAFÍA

- Finsterer J, Bachtiar A, Niedermayr A. Favorable Outcome of Ramsay Hunt Syndrome under Dexamethasone. Case Rep Med. 2012

TEMA 72. DE PLANTA EN PLANTA,... Y VOY PORQUE ME TOCA. PROPUESTA DE IMPLANTACIÓN DE UN MANUAL DE ACOGIDA PARA NUEVOS/AS ENFERMEROS/AS VOLANTES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA.

CARLA PUEYO BOROBIA

CINTIA PUEYO BOROBIA

ÍNDICE

- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN
- PROYECTO
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

- Enfermeras de roting, correturnos, volantes, retén, pull interno, moquetas, tapahuecos o de servicios múltiples son algunos de los términos utilizados en España para referirse a aquellas personas que no tienen una unidad o servicio fijo y van rotando en función de las necesidades, normalmente para ayudar en momentos de sobrecarga de trabajo o asumir las tareas del personal enfermero ausente.

- A pesar de la fusión como "Complejo Hospitalario de Navarra", en la realidad, cada Hospital gestiona su propio personal. En la actualidad, en el CHN A, la plantilla es de diez enfermeras/os pool. En el CHN B, a diferencia del otro Hospital se les denomina personal volante. La plantilla también es de diez enfermeras/os.

Marco teórico

Muy pocos autores centran sus trabajos en estas enfermeras volantes o pool. En especial, destaca la falta de investigaciones en relación a las **competencias** de estos profesionales. De acuerdo con la teoría de **Patricia Benner (1987)** respecto al desarrollo de habilidades y competencias en un campo específico, una enfermera, siempre que es rotada de servicio pasa por cinco condiciones, dependiendo del tiempo que permanece realizando una actividad similar:

- *Aprendiz*
- *Principiante*
- *Competente*
- *Aventajada*
- *Experto*

- - Llama la atención que la rotación no haya recibido la importancia que requiere ya que los movimientos que se realizan son hechos sin valorar así como las repercusiones de los mismos. De acuerdo con Gracia Martínez et al. es importante considerar cómo afecta al mantenimiento y desarrollo de las competencias cuando se tiene que vivir la rotación entre las unidades como un acto permanente.

- - Es frecuente que en este proceso estén involucradas las emociones de los trabajadores.

- - Los estudios acerca de la evaluación de las competencias profesionales de las enfermeras en España están empezando a cobrar relevancia, destacando el proyecto COM VA (Cataluña) de definición y evaluación de las competencias enfermeras en el ámbito hospitalario.

- **Marco legislativo**

- Además, de conocer los procedimientos básicos en el Complejo y las funciones del personal volante, es básico y fundamental, conocer la **Organización**.

- **Ley Foral 10/1990 de 23 noviembre de Salud**, se creó el Organismo Autónomo Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea encargado de gestionar la asistencia sanitaria pública en la Comunidad Foral.

- Posteriormente en el **Decreto Foral 19/2010 de 12 abril**, quedó regulado el Complejo Hospitalario de Navarra del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

- COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

- - Hospital Virgen del Camino.
- - Hospital de Navarra
- - Hospital monográfico de Ortopedia y Rehabilitación: Clínica Ubarmin.
- - Centros Ambulatorios de Asistencia Especializada:
  - i. Centro de Consultas Príncipe de Viana
  - ii. Centro Sanitario Doctor San Martín
  - iii. Conde Oliveto
  - iv. Centro de Salud de Tafalla
- - Ocho Centros de Atención a la Mujer (CAM) y tres subunidades.
- - Unidad de Hospitalización a Domicilio.

- **Matriz DAFO**

- **DEBILIDADES**
- □ Ausencia de espacio físico
- □ Estrés, ansiedad o temor a estar solo/a
- □ Inseguridad
- □ No sentirse integrado
- □ Desmotivación
- □ Puesto poco atractivo

AMENAZAS

□ Menor calidad en los cuidados

□ Menor seguridad

- **FORTALEZAS**
- □ Experiencia personal
- □ No rutina
- □ Personal necesario y/o
-
-

OPORTUNIDADES

□ Mayor seguridad para el volante

□ Reducir el nivel de ansiedad estrés

□ Asegurarse de que conozcan los procedimientos comunes y las herramientas de registro

PROYECTO

Objetivos

- Generales:

Que este Manual sirva como una herramienta para facilitar la adaptación e integración del personal volante en la Organización y que explique tanto los procedimientos básicos y comunes a todo el Hospital, que toda enfermera/o debe conocer para poder desempeñar su función en cualquier unidad o servicio, como las herramientas disponibles para registrar las actividades y/o cuidados de enfermería.

- Específicos:

- Disminuir el grado de ansiedad del personal volante.
- Facilitar la adaptación de las enfermeras/os volantes en las unidades.
- Conocer la organización, la estructura y los procedimientos básicos y comunes aplicables en cualquier unidad o servicio.
- Conocer la documentación de enfermería así como las herramientas de registro.
- Mejorar la calidad de los cuidados prestados.
- Mejorar la seguridad tanto en el paciente como del personal volante.

- **Estructura organizativa**

- El Complejo Hospitalario de Navarra es un hospital público general perteneciente al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, cuyo objetivo es la prestación de asistencia sanitaria especializada a los ciudadanos de la Comunidad Foral de Navarra y de otras Comunidades Autónomas en los servicios de referencia, y con carácter universal en la atención urgente. Asimismo contribuye a la docencia pregrado, postgrado, la formación especializada y la investigación.

Enfermería volante

1. Jefas de Guardia de Enfermería ¿Cómo localizarlas?

- **En el Complejo Hospitalario de Navarra A** *(Antiguo Hospital de Navarra)*

  Hay que contactar con ellas/os llamando al 410 a través de la centralita que está en el Hall principal.

- ***En el Complejo Hospitalario de Navarra B*** *(Antiguo Hospital Virgen del Camino)*

  El modo de localizarlas/os es acudiendo a su despacho quince o diez minutos antes de comenzar el turno. Está situado entrando por la puerta principal a mano izquierda, el primer despacho. En el cartel pone"Dirección de Enfermería".

- **2. De planta en planta**
- De planta en planta… y voy porque me toca, sería el lema de los volantes. Lo único que el volante puede hacer es desarrollar una metodología de trabajo que pueda aplicar en todas las ocasiones:

. Si se va de refuerzo desde el principio del turno

.Si se va de refuerzo por problemas puntuales

.Si se va como sustitución de libranzas del personal de la planta

- **3. El relevo**
- Es **vital para la continuidad** de la atención a los pacientes a su cargo. Para los miembros del equipo volante este relevo nos va a proporcionar en muchos casos mucha información y de difícil recuerdo.

- **4. Procedimientos de Enfermería:**

- Acogida-Ingreso del paciente en Unidades de Hospitalización.
- Alta del paciente del Complejo Hospitalario.
- Plan de actuación ante una Urgencia Vital.
- Actuación en caso de accidente de trabajo con riesgo biológico. Transmisión sanguínea.
- Actuación en caso de accidente de trabajo con riesgo biológico. Transmisión aérea.

- **5. Registro informático:**

- IRATI
- Historia Clínica

- **6. Derechos y deberes del trabajador**
- **7. Servicios ofertados**

- **Planificación de actividades**

- *Recursos Humanos*: se encargarán de entregar al nuevo personal, cuando se les contrata como enfermeras/os volantes el Manual.
- *Enfermeras/os volantes*: cuando vayan a entrar al turno se encargarán de preguntar las patologías típicas, los protocolos más comunes, la distribución, el funcionamiento del servicio/planta/unidad,…

- **Calidad: criterios e indicadores**

- Se entregará el Manual desde Recursos Humanos al personal volante en el mismo momento de la contratación.
- Los profesionales de enfermería volantes cumplimentarán una **encuesta de satisfacción** a los 15 días de la contratación.

- Los **<u>indicadores</u>** que voy a emplear para evaluar la calidad del Manual es:

$$\frac{\text{Nº total de manuales entregados a enfermeros/as volantes del CHN}}{\text{Nº total de enfermeros/as volantes del CHN}} \bullet 100$$

$$\frac{\text{Nº total de encuestas rellenadas por enfermeras/os volantes del CHN a los 15 días de la contratación}}{\text{Nº total de enfermeros/as volantes del CHN}} \bullet 100$$

- **Evaluación**

- Midiendo el **número de Manuales entregados** desde Recursos Humanos a las enfermeras/os volantes de nueva contratación.

- Mediante una **encuesta de opinión y satisfacción laboral** que será entregada a cada personal volante de forma directa o a través del servicio de Recursos Humanos, la cual deberá rellenarse a los quince días de la contratación.

2. ¿Te ha servido para algo?	SI ( )NO ( )
3. ¿Te has sentido integrada en el servicio?	SI ( )NO ( )
4. ¿Crees que has prestado cuidados de calidad?	SI ( )NO ( )
5. ¿Ha disminuido su nivel de ansiedad antes de entrar al turno?	SI ( )NO ( )
6. ¿Te ha facilitado la adaptación a las diferentes unidades?	SI ( )NO ( )
7. ¿Te ha servido para conocer la organización y estructura del Complejo Hospitalario de Navarra?	SI ( )NO ( )
8. ¿Te sientes más preparada para manejar las herramientas de registro?	SI ( )NO ( )
9. ¿Te parece necesario conocer los procedimientos básicos y comunes para todo el Complejo?	SI ( )NO ( )
10. ¿Ha mejora tu satisfacción laboral?	SI ( )NO ( )
11. ¿Recomendarías el manual a otras enfermeras/os volantes?	SI ( )NO ( )
SUGERENCIAS	

- **Cronograma**

ACTIVIDADES/MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Recopilación de datos													
Realización de fotografías													
Elaboración del Manual													
PUESTA EN MARCHA													
Evaluación													
Replanificación													

CONCLUSIÓN

- De acuerdo con Patricia Benner (1987), el cambiar de un servicio a otro representa regresar a la **condición de principiante**. Con el cambio, se incrementan las iatrogenias, ya que al no tener adiestramiento previo se llega al nuevo servicio como principiante, y existe la posibilidad de no proporcionar la atención con la calidad con que la ofrece una experta.

- Por ello, podemos concluir que este **Manual** quiere ser la expresión de un sentimiento de bienvenida a la incorporación de los enfermeras/os volantes al Complejo Hospitalario de Navarra, y una **herramienta** que les facilite no sólo el conocimiento y la información necesaria para su trabajo si no que, además, les permita integrarse plenamente en el hospital.

BIBLIOGRAFÍA

- Benner P. Práctica progresiva en Enfermería. 1ª edición. Barcelona: Grijalbo; 1987.
- Castillo Martínez A. Percepción de competencias en enfermeras de “roting”. Índex de Enfermería. 2011 (consulta el 27 marzo 2012); 20(1-2). Disponible en: http://www.scielosp.org
- Gracia Martínez R, Mendoza López J, Acosta Rivas MO. Actitud del personal de Enfermería ante el proceso administrativo de rotación por los servicios hospitalarios. Rev Enferm IMSS -Méx-. 2003 (consulta el 27 marzo 2012); 11(1)35-42. Disponible en:

http://imss.mx/SiteCollectionDocuments/migracion/publicaciones/Revista%20Enfermeria/03/1_35-42.pdf

- Lesende P, Fuentes M, Moreno Y, Fernández M.A, Caba I, Campiña A. Manual de acogida de l@s enfermer@s volantes. Hospital General Universitario de Alicante- Agencia Valenciana de Salud. Alicante.
- Decreto Foral 19/2010, de 12 de abril, por el que se crea el Complejo Hospitalario de Navarra del Servicio Navarro de Salud y se establece su estructura directiva. (Boletín Oficial de Navarra, número 50, de 23-04-10).
- Juvé ME, Huguet M, Monterde D, Sanmartín MJ, Martí N, Cuevas B et al. Marco teórico y conceptual para definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I. Nursing -Ed esp-, 2007 (consulta el 27 marzo 2012); 25(4): 56-61. Disponible en:
- http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/20/20v25n04a13101580pdf001.pdf

- Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Manual de Acogida al Personal de nueva incorporación. Hospital de Navarra. Pamplona: abril 2009
- Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Actividades para el personal de Enfermería de nueva incorporación. Unidad de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra A. Pamplona: 2012.
- Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Manual para el personal de nueva incorporación de Enfermería. Unidad de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra B. Pamplona: 2012.
- Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Protocolos de actuación. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona: 2011.

TEMA 73. EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA.

DEBORA BONILLA ARENA

ERIKA BONILLA ARENA

ÍNDICE

- 1 INTRODUCCIÓN
- 2 OBJETIVOS
- 3 METODOLOGÍA
- 4 DESARROLLO
- 5 DISCUSIÓN
- 6 CONCLUSIÓN
- 7 BIBLIOGRAFÍA

1.INTRODUCCIÓN

Un neonato es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. Este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida en la cual suceden cambios muy lentos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. Durante los primeros 40 días de vida, se pueden descubrir la mayoría de los defectos congénitos y genéticos.

No todas las anomalías genéticas se manifiestan por su clínica en el momento del nacimiento, pero con el manejo adecuado, se pueden descubrir, prevenir y tratar gran parte de las enfermedades del nuevo ser humano.

El recién nacido puede presentar aspectos muy diferentes atendiendo a numerosos factores propios, de su madre o del periodo gestacional. Por otra parte, existen numerosos fenómenos transicionales, derivados de la adaptación del neonato al nuevo entorno en el que se desenvuelve. Este hecho conlleva una serie de cambios, la mayoría predecibles, que establecen la norma del desarrollo y crecimiento infantil.

Tras el nacimiento, se llevan a cabo una serie de pruebas cuya función es determinar el estado de salud del recién nacido, diferenciando variantes de normalidad y fenómenos temporales de signos clínicos de enfermedad, y realizar un cribado para detectar, tratar y seguir neonatos de riesgo.

Debemos tener en cuenta que un neonato tiene características funcionales diferentes (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria).

2.OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Adquirir conocimientos sobre las peculiaridades de la unidad de neonatología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Reconocer enfermedades que pueden adquirir los pacientes neonatos, así como las principales anomalías del desarrollo.
- Conocer los métodos de inmovilización, monitorización y ventilación mecánica del neonato.
- Diferenciar incubadoras y cunas térmicas.
- Identificar los cuidados nutritivos que requiere el recién nacido.
- Describir las principales formas de recogida de muestras para realizar estudios analíticos.

3.METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo nos hemos basado en una estrategia de búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos: Scielo, Dialnet, medline, Cochrane Plus y Google Académico. Además se ha consultado la página web oficial FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería).

Hemos utilizado como descriptores en términos DeCS: “Desarrollo infantil”, “desarrollo embrionario y fetal”, “parto obstétrico”, “púrpura”, “hematoma”.

4.DESARROLLO

4.1.ANOMALÍAS DEL DESARROLLO Y ENFERMEDADES DEL NEONATO

- Malformaciones congénitas

- ❖ Génicas o cromosómicas: Cuando una mutación genética se hereda de padres a hijos o aparece por primera vez en la familia. También cuando se produce por cualquier tipo de alteración de los cromosomas, sea en número (como el síndrome de Down) o en estructura.
- ❖ Ambientales: Los defectos congénitos producidos por agentes o factores externos (físicos, químicos o biológicos) que llegan al embrión y al feto a través de la madre.

- Multifactoriales: Se refieren a malformaciones o defectos (como espina bífida, luxación de cadera y cardiopatías congénitas) que se originan por la acción conjunta de una serie de genes y diversos factores ambientales.
- Causa desconocida: El 55-60% de los casos de recién nacidos con defectos congénitos son de origen desconocido.

Existen varios factores de riesgo. Uno de ellos es el consumo de alcohol, que se considera la primera causa no genética de retraso mental en el bebé.

También el tabaco, las altas temperaturas, la exposición a químicos e incluso algunos de los productos tóxicos que se puedan tener en casa.

- Trauma obstétrico

  Son aquellas lesiones producidas en el feto a consecuencia de fuerzas mecánicas (compresión, tracción) durante el trabajo de parto. Dichas lesiones no son siempre evitables y pueden ocurrir a pesar de un óptimo manejo del parto.

<u>Factores predisponentes:</u>

1.Fetales

❖ Macrosomía: entraña un alto riesgo de traumatismo obstétrico, esto hace que sea importante la estimación ecográfica del peso fetal y el control riguroso del parto en el que pueda preveerse este factor.

- RN pretérmino
- Macrocefalia, gemelaridad, anomalías fetales…

2. Maternos

- Primiparidad
- Talla baja
- Anomalías pélvicas

3.Parto

- Presentaciones anómalas: especialmente la podálica que aumenta 4 veces el riesgo de sufrir traumatismos obstétricos.
- Maniobras obstétricas: como la versión-gran extracción en el parto de nalgas.

- Parto instrumental: deben respetarse sus condiciones de aplicación y realizarse por manos expertas. Estaría indicado en situaciones de riesgo de pérdida de bienestar fetal, prematuridad, primiparidad, desproporción pelvifetal o parto prolongado.
- Expulsivo rápido / prolongado.
- Otros: distocia, oligoamnios…

Clasificación

Las lesiones se clasifican de acuerdo a los órganos o tejidos afectados:

A. Traumatismos cutáneos

- Petequias: Pequeños hematomas que aparecen en la parte fetal presentada. Son causadas por un brusco aumento de la presión intratorácica y venosa durante el paso del tórax a través del canal del parto. No requieren tratamiento y desaparecen espontáneamente en 2-3 días.
- Adiponecrosis subcutánea: Se caracteriza por una lesión indurada y circunscrita en la piel y tejidos adyacentes, con o sin cambios en la coloración, variable en tamaño, sin adherencias a planos profundos.

La distribución de las lesiones está relacionada con el lugar del trauma, siendo debida a una isquemia por compresión prolongada. Aparece con mayor frecuencia entre el 6 y 10º día de vida pero puede ser más tardía. No requiere tratamiento y se resuelve espontáneamente en unos meses. Ocasionalmente puede observarse una mínima atrofia residual.

- Laceraciones: No es infrecuente observar heridas cortantes por bisturí especialmente en recién nacidos por cesáreas, la ubicación más frecuente es el cuero cabelludo.

B. Traumatismos musculares

- Hematoma del esternocleidomastoideo: Aparece en partos traumáticos especialmente en podálica y en aquellos en los que hay hiperextensión del cuello o con la aplicación de fórceps o espátulas. Al examen físico aparece una tumoración en el tercio medio del músculo, indolora, unilateral, fácilmente visible desde la 2ª semana de vida.

C. Traumatismos osteocartilaginosos

- Cefalohematoma:Consiste en una tumoración blanda visible a partir del 2-3 días postparto. Su origen es una extravasación de sangre subperióstica, siendo más frecuente en el parietal derecho.

Se manifiesta como una masa fluctuante asintomática, generalmente única, circunscrita por las suturas craneales y replicando la forma del hueso afecto. Se asocia a fracturas craneales en un 15-25% de los casos, por lo que hay que realizar una radiografía craneal siempre que aparece esta lesión.

Desaparecen sin tratamiento por reabsorción espontánea en 12 semanas, por lo cual la actitud debe ser expectante, tratando sólo las complicaciones y realizando punción evacuadora en caso de infección.

- Caput succedaneum: Es una lesión muy frecuente que consiste en edema o tumefacción mal delimitada que aparece en la zona de presentación en los partos en cefálica. Aparece inmediatamente tras el parto y puede sobrepasar la línea media y las suturas a diferencia del cefalohematoma que respeta las suturas. No precisa tratamiento y remite hacia la segunda semana postparto.
- Fracturas craneales: Son infrecuentes debido a que los huesos de los recién nacidos están poco mineralizados y son más compresibles. Las más frecuentes son las lineales que no se asocian a depresión ósea, en general de buen pronóstico y que no requieren tratamiento. La curación se produce de forma espontánea sobre la semana 8 postparto y debe ser comprobada por rayos X.

- Fracturas de clavícula: Es la lesión ósea más frecuente, produciéndose en el 1.8-2% de los recién nacidos vivos. Se produce por dificultad de paso del diámetro biacromial por el canal del parto.
- Fracturas de huesos largos: Las más frecuentes se producen en el húmero y fémur. Se producen por mediante la tracción en partos distócicos y presentaciones podálicas, en estos casos siempre hay desplazamiento de fragmentos.

D. Lesiones del sistema nervioso central

Son fundamentalmente hemorragias intracraneales, constituyen uno de las más graves lesiones que pueden presentarse. De acuerdo al tipo de hemorragia pueden dividirse en:

- Hemorragia subdural :La menos frecuente pero la más grave sin duda. Se producen con mayor frecuencia en partos rápidos en primíparas, en aplicaciones de fórceps alto y en fetos grandes. Se localizan sobre los hemisferios cerebrales y en la fosa posterior. La clínica depende de la ubicación y de la cantidad. En la mayoría de los casos precisa drenaje quirúrgico para disminuir complicaciones como la hidrocefalia comunicante y la focalidad neurológica permanente.

- Hemorragia subaracnoidea: Es la más frecuente y es secundaria a situaciones de hipoxia por mecanismo venoso. Generalmente es silente y se diagnostica por ecografía cerebral, en otros casos se manifiesta como convulsiones, crisis de apnea. El tratamiento es sintomático y la curación espontánea.
- Hemorragia periventricular : Esta lesión es típica de los prematuros y se asocia a situaciones de hipoxia. La clínica es muy grave y la mortalidad es actualmente muy elevada (80%).
- Hemorragia cerebelosa : Es muy infrecuente, por mecanismo anóxico. De pronóstico infausto.
- Lesiones medulares: Se asocian a partos de nalgas, partos prematuros y aplicación de fórceps. Se produce un estiramiento medular con una parálisis flácida que puede afectar a la función respiratoria. No existe tratamiento específico y las lesiones son irreversibles.

E. Traumatismo del sistema nervioso periférico

- Parálisis del nervio facial: La lesión es producida por la compresión del nervio en la salida del orificio estilomastoideo, ya sea por fórceps o por el promontorio sacro materno durante la rotación de la cabeza. Se manifiesta como parálisis facial generalmente unilateral que se pone en evidencia durante el llanto con la desviación de la comisura bucal hacia el lado contralateral y dificultad para cerrar el ojo del lado afectado. El tratamiento consiste en proteger el ojo con gotas oftálmicas, reservando el tratamiento quirúrgico para casos excepcionales.

- Parálisis del plexo braquial:Es producida por la tracción del plexo braquial durante el parto. La gravedad de la alteración oscila entre los casos leves por simple compresión, hasta los graves en los que existe arrancamiento de las raíces. Ocurre más frecuentemente en niños grandes, con distocias de hombros o en presentación podálica por dificultades en la extracción de la cabeza.
- Parálisis diafragmática:Se produce por compromiso del nervio frénico. Con mayor frecuencia es unilateral. Cuando es bilateral es gravísima y requiere de ventilación mecánica. Suele presentarse en aplicación de fórceps o parto en podálica por lesión de C3, C4 y C5. Al examen aparece respiración paradójica, taquipnea y cianosis. La radiología muestra elevación del hemidiafragma afectado. El lado sano desciende con la inspiración mientras que el paralizado se eleva.

El tratamiento es ortopédico y el 50% de los casos evoluciona con recuperación completa alrededor del tercer mes de vida.

F. Lesiones de órganos internos

- Rotura de hígado: El hígado es el órgano intraabdominal más frecuentemente afectado. La rotura se produce con o sin compromiso capsular. Puede manifestarse como ictericia, letargia o anemia en caso de hematoma subcapsular. El tratamiento suele requerir laparotomía.
- Hemorragia suprarrenal: El 90% son unilaterales y se manifiesta por la aparición de una masa en la fosa renal, anemia e hiperbilirrubinemia prolongada Las calcificaciones aparecen entre 2 y 3 semanas. El diagnóstico es ecográfico y el tratamiento conservador con observación y transfusiones en caso necesario.

- Lesiones oculares: Las hemorragias subconjuntivales se pueden ver en partos normales aunque más frecuente en los distócicos, y no suele requerir tratamiento. Otras lesiones como las hemorragias retinianas son más raras y se pueden ver también en partos normales y han de ser vigiladas por el riesgo tardío de alteración de la agudeza visual. Otras alteraciones como el hipema o la hemorragia del vítreo son más raras y a veces requieren cirugía.

- Hipoxia perinatal

La hipoxia perinatal es una agresión al feto o al recién nacido (neonato) debido a la falta de oxígeno general o en diversos órganos. Su importancia fundamental es que puede contribuir a la aparición de parálisis cerebral y retraso mental.

La hipoxia fetal puede producirse por:

- ❖ Deterioro en la oxigenación materna.
- ❖ Insuficiente irrigación placentaria.
- ❖ Alteración del intercambio de gases en la placenta.
- ❖ Interrupción de la circulación umbilical.
- ❖ Incapacidad del feto para mantener una función cardiaca y circulatoria normales.

La forma de presentación de la hipoxia (aguda o crónica), el estado metabólico del feto previo a la falta de oxigenación y su edad gestacional van a condicionar las posibilidades de adaptación del feto.

Cuando los mecanismos de adaptación fracasan se produce la asfixia fetal grave.

- Síndrome de aspiración meconial

También conocido como "aspiración neonatal de meconio" sucede cuando los bebés inhalan meconio en sus pulmones durante o después del parto. La aspiración de meconio es una forma de dificultad respiratoria aguda neonatal producida por aspiración de líquido teñido por meconio. Suele guardar íntima relación con sufrimiento fetal y con asfixia.

El meconio son las primeras heces del bebé, compuestas por materiales ingeridos durante el tiempo en el que el bebé pasa en el útero: células epiteliales intestinales, lanugo, moco, líquido amniótico, bilis y agua. El meconio es estéril, a diferencia de las siguientes heces y son inodoras.

Cuando el meconio tiñe el líquido amniótico y el bebé tiene depresión de funciones, se recomienda que el pediatra succione la boca y la nariz y utilice un laringoscopio y un catéter de succión para extraer el meconio bajo las cuerdas vocales. Si la situación empeora hasta el punto de que los tratamientos no afectan al neonato como debieran, se recomienda una oxigenación por membrana extracorpórea.

- Enfermedad de membrana hialina

Es un cuadro de dificultad respiratoria grave y progresiva que se produce fundamentalmente en recién nacidos prematuros. Debido a que esta enfermedad se presenta principalmente en niños prematuros, la mejor y más efectiva medida es la prevención del parto antes de término.

La enfermedad es producida por falta o déficit de surfactante, que es una sustancia producida en forma natural por los pulmones maduros, y cuya función es evitar el colapso del pulmón, permitiendo que se insufle con mayor facilidad.

Clínicamente se aprecia un recién nacido prematuro con respiración dificultosa a los pocos minutos de nacer, con frecuencia respiratoria alta, retracción de musculatura torácica, coloración azulada de piel y mucosas y quejido al respirar. Exámenes de gases en sangre arterial y radiografías de tórax ayudan a la confirmación del diagnóstico.

Los niños que desarrollan una EMH requieren cuidados especiales y monitorización en una UCI neonatal.

- Enterocolitis necrotizante

Es una enfermedad intestinal grave en los bebés recién nacidos. Se produce cuando el tejido del colon (el intestino grueso) se inflama. Esa inflamación daña y, en ocasiones, mata el tejido del colon.

Cualquier recién nacido puede tener ECN, pero es más común en los bebés prematuros. El daño a los tejidos intestinales puede llevar a la perforación (orificio) en los intestinos. Esto permite que la bacteria normalmente presente en el tracto intestinal se filtre hacia el abdomen y cause una infección.

- Hiperbilirrubinemia neonatal

La hiperbilirrubinemia, que se presenta como ictericia, es una condición ubicua y con frecuencia benigna en recién nacidos, pero es la principal causa de hospitalización en la primera semana de vida. En algunos lactantes la ictericia puede volverse severa y progresar a encefalopatía bilirrubínica aguda y kernicterus con un riesgo sustancial de mortalidad neonatal y de deterioro neurológico a largo plazo.

La fototerapia y la exanguinotransfusión son los tratamientos principales para la hiperbilirrubinemia grave.

- Infecciones en neonatos

❖ Meningitis :La meningitis es una inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal. Puede estar provocada por virus, hongos y bacterias, incluyendo Listeria, los estreptococos del grupo B y E. coli…

Los recién nacidos pueden contraer uno de estos patógenos durante el parto o bien del entorno, particularmente si tienen un sistema inmunitario debilitado que los hace más proclives a las infecciones.

Los lactantes con meningitis fúngica o bacteriana recibirán antibióticos, mientras que algunas meningitis de origen vírico se puede tratar con fármacos antivirales. Todos los bebés con meningitis suelen tener que pasar un tiempo en el hospital, donde, aparte de administrarles abundantes cuidados paliativos, pueden controlarlos atentamente.

- Septicemia: La septicemia es una infección grave y generalizada en la cual los gérmenes se extienden por la sangre y los tejidos del cuerpo. Puede estar provocada por virus, hongos, parásitos o bacterias. Algunos de estos agentes infecciosos se adquieren durante el parto, mientras que otros proceden del entorno del recién nacido. El niño recibirá tratamiento antibiótico y permanecerá internado en el hospital.
- Candidiasis: Es la proliferación de la levadura común del género candida. En los recién nacidos suele aparecer en forma de dermatitis del pañal, afectando principalmente a las nalgas y los genitales, pero los bebés también pueden desarrollar hongos en la boca o en la garganta.

  La candidiasis se puede tratar con medicamentos antifúngicos (también denominados antimicóticos), generalmente en forma líquida.

- Infecciones congénitas: Muchas infecciones que afectan a los recién nacidos se las transmiten sus madres, sea durante el embarazo o durante el parto. Puesto que el bebé nace con ellas, reciben el nombre de infecciones congénitas. Las infecciones congénitas incluyen el VIH (que provoca el SIDA); la rubéola; la varicela; la sífilis; el herpes; la toxoplasmosis…

4.2.CUIDADOS DEL NEONATO

- Nutrición del recién nacido

El recién nacido sin antecedentes patológicos esta preparado para recibir alimentación del pecho en la primera hora de vida. La leche materna proporciona los requerimientos nutritivos, aporta elementos inmunoprotectores, disminuye los riesgos de infección y alergia y estimula la maduración del intestino.

Si la alimentación al pecho no puede realizarse se puede administrar alimentación con formulas lácteas modificadas cuidando el volumen y aumentando progresivamente en los días siguientes.

La alimentación parenteral ha contribuido a mejorar la sobrevida de los prematuros extremos y de los recién nacidos con problemas (gastrointestinales). Por tratarse de un procedimiento complejo, de alto costo y con alto riesgo de complicaciones, la indicación de nutrición parenteral se reserva para aquellos casos en que no es posible alcanzar un aporte enteral adecuado.

Es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Los primeros días el recién nacido se alimenta con el calostro de la madre (escaso volumen).
- La ‘’leche baja’’ alrededor del 3 día de vida, por lo que es importante educar a los padres.

- Promover la tranquilidad de la madre, el estrés y la angustia no ayudan en el proceso de lactancia.
- Si hay indicación médica usar tranquilizantes suaves que ayuden a la madre y no perjudique el recién nacido.
- Explicar correctamente la técnica de alimentación para favorecer el proceso de lactancia.
- La madre debe ingerir líquidos en proporción a las pérdidas.
- Se debe educar sobre los cuidados de la piel de la madre.
- En caso de necesitar extraer la leche materna se debe educar a la madre en la técnica de extracción y en la mantención de la leche.

- Incubadoras y cunas térmicas

❖ Incubadora: cámara cerrada y transparente sobre un soporte con ruedas, a la que se accede por medio de ventanas, con paredes plásticas de una o dos capas y una base sobre la que hay un colchón aislado normalmente móvil. Lleva un sistema de ventiladores que filtran, proporcionan oxígeno, humedifican y calientan el aire para ayudar al neonato en la termorregulación al poder controlar estos parámetros mediante termostatos y reguladores. La mejor opción en cuanto a aislamiento térmico.

- Cuna térmica: cuna especialmente diseñada para ayudar al recién nacido en su termorregulación mediante un foco de calor radiante y colchón térmico controlado a través de termostatos y reguladores. Facilita el acceso al recién nacido.

Las incubadoras y cunas térmicas deben estar siempre enchufadas a la red eléctrica para mantenerlas entre 34-36ºC. Una vez llega el recién nacido se irá bajando la temperatura.

Se utiliza una u otra según la edad gestacional y el estado del recién nacido.

- Monitorización neonatal

Método para controlar o vigilar ciertos parámetros del estado del neonato en todo momento.

Puede ser:

❖ Invasiva: mediante dispositivos que no supongan ningún daño tisular para el recién nacido, como monitores o termómetros digitales. De primera elección.

❖ No invasiva: si supone algún tipo de daño puntual, como las extracciones de sangre, catéteres o sondas.

En ambos casos suele ser necesario contar con un monitor, aparato o pantalla capaz de transmitir información sobre los parámetros de un paciente conectado a uno o varios dispositivos médicos.

- Ventilación mecánica en el neonato

La ventilación convencional sigue siendo la base fundamental en el cuidado del fallo respiratorio neonatal... a pesar de alternativas como la ventilación de alta frecuencia (VAFO), los oxigenadores de membrana (ECMO), el óxido nítrico (ONi) o la ventilación líquida.

Objetivos:

- ❖ Asegurar la realización de un adecuado intercambio gaseoso.
- ❖ Evitar el daño del tejido pulmonar y de las vías aéreas.
- ❖ El mantenimiento de una adecuada circulación pulmonar y sistémica.

- Métodos de inmovilización

❖ Fracturas de clavícula: Su tratamiento consiste en la ligera inmovilización del brazo, dejando el codo en ángulo recto y el antebrazo colocado sobre el pecho.

❖ Fracturas de húmero: Inmovilización con una almohadilla de algodón contra el tórax del paciente e incluso con la colocación de férula posterior de yeso.

❖ Fracturas de fémur: Será siempre de tipo ortopédico, que va desde la inmovilización en sirena (hoy en día fuera de uso) a la tracción lastrada con 250 gramos de peso, tracción al cenit y la inmovilización con férulas o espicas de yeso.

- Desplazamientos epifisarios: Según el grado del desplazamiento, se puede intentar su corrección ortopédica en quirófano mediante tracción extensión de la rodilla e inmovilización posterior. En otras ocasiones solo se precisa de la inmovilización adecuada con yeso inguino pédico.

- Recogida de muestras para estudios analíticos

❖ Colección de sangre: En neonatos, lactantes menores y mayores, el infante sufrirá menos trauma que la madre, por lo tanto hay que explicarle muy bien a la madre por qué hacemos esto y si es posible mantenerla alejada del lugar de la toma.

Complicaciones:

i. Desmayo: Aplicar técnicas necesarias.

ii. Vómito: Dar al paciente un recipiente si está avisando de que tiene ganas de vomitar. Darle agua si ya vomitó.

iii. Combulsiones: Evitar que el paciente se lastime. Colocarlo en una superficie plana y cuidar los dientes. Llamar al médico.

- Cultivos faríngeos: Es la toma de muestra que se realiza en el fondo de la garganta con fines de diagnóstico. La faringe debe ser raspada, no ligeramente rozada, para remover los microorganismos adheridos a la superficie de la faringe.
- Punción lumbar: Es una técnica invasiva, no quirúrgica, cuyo objetivo fundamental es la obtención de líquido cefalorraquídeo, con fines diagnósticos. Se aplicará anestesia local y se extrae el líquido de entre dos vértebras.

5.DISCUSIÓN

- La neonatología se proclamó especialidad médica en 1960 y su nombre fue acuñado por Alexander Schafer. Esta especialidad tiene sus raíces y se asienta en las bases de otras ciencias como son la obstetricia, la pediatría y la fisiología.
- En la antigüedad la figura principal era el anciano, al cual se le veneraba y protegía. Los escritos y observaciones acerca del recién nacido y su salud son casi nulos. El parto acarreaba muchas muertes maternas y la supervivencia de los recién nacidos era mínima.

- En 1733 Calder registró los dos primeros casos de atresia duodenal en recién nacidos debido a la oclusión del mismo. En 1780 se administra por primera vez el oxígeno de forma terapéutico en niños recién nacidos con dificultad para respirar o cianóticos. Este uso se le atribuye al francés Chaussier.
- A finales del siglo XVIII se fundaron los primeros orfanatos, los cuales fueron creados para acoger niños abandonados. A continuación se inauguraron los primeros hospitales especializados en niños en Europa.
- En el siglo XIX la medicina era fundamentalmente descriptiva. Es cuando empiezan a aparecer las primeras referencias sobre patologías del recién nacido, como por ejemplo, la hidrocefalia.

Se muestran también algunos avances tecnológicos importantes: se produce la primera descripción de una intubación traqueal en niños posterior al parto y Marchant describe por primera vez la alimentación por caída libre y sonda. Los recién nacidos empezaron a despertar el interés dentro del ámbito científico pero la opinión de la época no era tan favorable sobre el desarrollo de esta especialidad.

- Se produjeron los mayores avances en neonatología gracias a la escuela francesa de obstetricia, sobre todo con Tarnier y su alumno Budín, considerados los padres de la neonatología. En 1880 Tarnier crea la primera incubadora cerrada y Budín introdujo mejoras a su modelo introduciendo humedad ambiental y monitorización de la temperatura entre otras.

- Las bases de la neonatología moderna fueron asentadas en 1914 con Hess y su libro “Premature and congenitally diseased infants”. Realizó mejoras en el modelo de incubadora introduciendo la administración de oxígeno y la regulación térmica mediante la electricidad, introdujo cuidados basados en la esterilidad, mínima intervención posible y fomentó el uso de batas y gorros para la prevención de infecciones.
- En 1952 Virginia Apgar hizo una gran contribución para la valoración del recién nacido, la valoración de Apgar. Este método consistía en la observación de cinco parámetros: la frecuencia cardiaca, el tono muscular, el esfuerzo respiratorio, la respuesta refleja y el color.

- A partir de los años 60 la neonatología ha ido avanzando a pasos agigantados. Las unidades se han provisto de personal especializado y de tecnología adaptado a los recién nacidos. Se introdujo la monitorización mediante monitores electrónicos, aportes nutricionales, alimentación intravenosa completa, llegaron los TAC, las ecografías, las resonancias magnéticas…Con todo esto algunas enfermedades neonatales con el paso de los años han sido controladas e incluso erradicadas.
- A finales del siglo XX la idea que defendía Hess del menor contacto con el recién nacido cambió totalmente.

El recién nacido prematuro en las unidades se encuentra rodeado de monitores, conectado a un respirador, bombas de administración farmacológica, electrodos…pero a pesar de esto debe haber un ambiente tranquilo y confortable para favorecer el buen desarrollo del recién nacido.

- En los últimos años con el aumento de las unidades asistenciales neonatales también incrementó el número de especialistas dedicados especialmente al recién nacido, lo que obligó en España a intentar crear un estamento que regulara la docencia y la forma de obtener la acreditación de la titulación.

- En 2004 la Asociación Española de Pediatría elaboró junto a la SENeo y al Comité de Estándares, un documento sobre los niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la asistencia neonatal. A partir de este documento se definieron los niveles asistenciales de cada centro y los requerimientos técnicos y sanitarios según el nivel del centro. En 2012 se publicó una revisión más actualizada del anterior teniendo en cuenta los cambios producidos en los últimos años. Con esta publicación se consiguió regionalizar la asistencia perinatal logrando la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal.

6.CONCLUSIÓN

El nacimiento de un bebé es un proceso muy complejo. Tanto la madre como el bebé experimentan muchos cambios físicos y emocionales.

Un bebé debe realizar muchos ajustes físicos para la vida fuera del cuerpo de la madre. Salir el útero significa que un bebé ya no puede depender más de la circulación y la placenta de la madre para funciones fisiológicas importantes. Antes del nacimiento, la respiración, la alimentación, la eliminación de residuos y la protección inmunitaria vienen de la madre.

Cuando un bebé llega al mundo, muchos sistemas del cuerpo cambian drásticamente el modo en que funcionaban durante la vida fetal: los pulmones deben inhalar aire, la circulación cardíaca y pulmonar cambian, el sistema digestivo debe comenzar a procesar comida y excretar residuos, los riñones deben comenzar a funcionar para equilibrar los líquidos y químicos del cuerpo y excretar los residuos, el hígado y el sistemas inmunitario deben comenzar a funcionar de manera independiente.

Los sistemas del cuerpo del bebé deben funcionar juntos de una nueva manera. A veces, un bebé puede tener dificultades atravesar esta transición. Nacer de manera prematura, tener un parto difícil o tener defectos congénitos pueden hacer que estos cambios sean aun más desafiantes.

7.BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara R; Casiano S.Morbimortalidad perinatal en la Pre-eclampsia. Revista de Ginecología y Obstetricia 1989; 35: 21-4.
- Brett E.Neurología Pediátrica. España 1980; 17-49.
- Pacheco J, Valdivia E, Huamán M, Carrasco N, Yui L.Eclampsia: Experiencia en 30 años en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins –IPSS. Revista de Ginecología y Obstetricia 1989;35 (9): 10-5.
- Nieto A, Matorras R, Serra M, Valenzuela P. Crecimiento intrauterino retardado: valor de la cardiotocografía anteparto y su correlación con el PH de cordón. Toko-Ginecología Práctica; 55 (608): 125-9.

- Lam N.Sufrimiento fetal y reanimación intrauterina. Revista de Ginecología y Obstetricia 1994; 40 (17): 10-29.
- Johnson T. Percepción materna y detección Doppler del movimiento fetal. Clin Perinatol (Ed. En Español) 1994; 4: 765-75.
- Huamán E, Jos J, Lam N.Embarazo prolongado, características cardiotocográficas. Revista de Ginecología y Obstetricia 1993; 39 (16):33-43.
- Phelan J. Prueba de Admisión a trabajo de parto. Clín Perinatol (Ed.en Español) 1994; 4: 875-80.
- Sorokin D y col. The association between fetal heart rate patterns and fetal movements in pregnancies between 20 and 30 weeks gestation. Am J Obstet Gynecol; 143 (3):243-9.

TEMA 74. EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD DE PEÑAMELLERA BAJA (ÁREA VI, SESPA).

ERIKA BONILLA ARENA

DEBORA BONILLA ARENA

ÍNDICE

1. ABREVIATURAS
2. INTRODUCCIÓN
3. JUSTIFICACIÓN
4. OBJETIVOS
5. METODOLOGÍA
6. LIMITACIONES
7. PROBLEMAS ÉTICOS
8. PLAN DE EJECUCIÓN
9. MEMORIA ECONÓMICA
10. BIBLIOGRAFÍA
- ANEXOS

1. ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.
ESEMeD:
AP: Atención Primaria.
ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.
AD: Antidepresivos
ADT: Antidepresivos tricíclicos.
RAM: reacciones adversas a medicamentos
EA: Efecto adverso.
APEAS:
AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
ZBS: Zona Básica de Salud

2. INTRODUCCIÓN

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». [1]

Según la OMS, las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad y, junto con los trastornos neurológicos y por consumo de sustancias representaban un 13% de la carga mundial de morbilidad en 2004. Por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres). [1]

Los primeros resultados del estudio epidemiológico ESEMeD-España, sobre los trastornos mentales en una muestra de población general española adulta de nuestro país, mostraron que una de cada cinco personas entrevistadas presentó un trastorno mental en algún momento de su vida.

Los trastornos más frecuentes son el episodio depresivo mayor, la fobia específica, la distimia y el abuso de alcohol, con una prevalencia-vida que oscila entre el 10,5 y el 3,5%. En cuanto a la prevalencia-año, casi un 8,5% de la población había presentado algún trastorno mental en el último año, siendo los más frecuentes nuevamente la depresión mayor y la fobia específica.[2, 3]

En atención primaria (AP) se estima que un 20% de la población consultante, por cualquier motivo, podría presentar un trastorno depresivo y que un 30% de las consultas psiquiátricas de AP son secundarias a cuadros de ansiedad generalizada.[4]

Se han encontrado diversos estudios que estiman las graves repercusiones sociales, económicas y sanitarias de este tipo de trastornos [5]:

- Las enfermedades mentales suponen actualmente el 40% de todas las enfermedades crónicas [3].

El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida de las personas es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardiacas y respiratorias [3].

- Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en los países desarrollados[3].
- El 20% del gasto sanitario en los sistemas sanitarios de la Unión Europea lo ocupan los procesos de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental[3].

-El coste social y económico de la enfermedad mental se calcula en torno al 4% del PNB de la Unión Europea, sobre los 182.000 millones de euros [3].

-En los países europeos, el presupuesto para salud mental supone el 5,8% del presupuesto total en salud[3] .

-Se estima que la repercusión económica de las enfermedades mentales en España tuvo un coste total, en 1998, de 3.005 millones de euros (¿hay algún dato más actualizado?); según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios(AEMPS) entre 2000 y 2007 el consumo de ansiolíticos es de un 37% superior a la media europea con tendencia creciente, al igual que el consumo de antipsicóticos; el consumo de AD es similar a la media europea y el consumo de hipnóticos y sedantes es de un 28% inferior al promedio europea con tendencia creciente[6].

-En muchos países europeos, las enfermedades mentales son la causa del 45-55% del absentismo laboral, lo que supone un gasto económico extra para las empresas[3].

-Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento, no lo reciben y de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado[3].

Durante las últimas décadas, el envejecimiento demográfico, la tendencia creciente en la morbilidad en las enfermedades crónicas y, por tanto, los cuidados continuados que se requieren están contribuyendo al gasto sanitario[7] .

Un estudio realizado en el año 2010 confirmó que los pacientes con trastorno depresivo mayor que no respondieron al tratamiento utilizaron más recursos sanitarios contribuyendo a aumentar el gasto económico[8].

Los psicofármacos son fármacos eficaces para el tratamiento de diversas situaciones clínica aunque deben ser administrados con cautela, debido a que tienen una gran variabilidad farmacodinámica individual e interindividual, y un estrecho intervalo terapéutico. Estas dos características producen un impacto significativo, tanto en la probabilidad de obtener una respuesta clínica satisfactoria de los pacientes que siguen este tratamiento, como en la posibilidad de aparición de efectos adversos notables, sobre todos en aquellos individuos con mayor predisposición[9].

Dentro de este amplio grupo de fármacos, en los últimos años se ha descrito en España un incremento del consumo de antidepresivos (AD), sobre todo a expensas de los ISRS.

Los factores implicados en este hecho podrían ser[4]:

-Una infrautilización de los AD clásicos relacionada con la elevada incidencia de efectos secundarios y su potencial letalidad en caso de sobredosificación. Se han publicado diversos metaanálisis para evaluar las diferencias entre los diferentes grupos de antidepresivos, objetivándose que el porcentaje de abandonos y de retiradas por efectos indeseados con los antidepresivos tricíclicos (ADT) es superior al de los ISRS, sobre todo cuando se comparan con los ADT clásicos [10, 11].

-El mejor perfil de seguridad de los ISRS [10,11].

-Una ampliación de las indicaciones de los AD, así como una utilización de este grupo de medicamentos para el tratamiento de cuadros mal definidos [10].

-Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) son un problema clínico importante del que conocemos su impacto en los enfermos españoles [12].

Según el Estudio APEAS, cuyo objetivo es estudiar la magnitud, trascendencia e impacto de los efectos adversos (EA), y el análisis de las características de los pacientes y la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables, publicado en el año 2008, con una muestra compuesta por 452 profesionales (n=452) la prevalencia de EA a nivel general fue de 18,63‰ (IC95%: 17,78 - 19,49). Estudiando el origen de estos EA, se encontraron que el 73,5% ocurrieron en un Centro de Salud de Atención Primaria, el 25,8% en Atención Hospitalaria y el 0,7% restante tuvieron lugar en las oficinas de Farmacia [13].

El 37% de los efectos adversos más graves están relacionados con la medicación [13].

Se consideraron EA completamente inevitables el 6,7%, poco evitables el 23,1%, y claramente evitables el 70,2% de los casos [13].

Dentro de estas reacciones adversas, se conoce que los efectos de los psicofármacos se producen como resultado del bloqueo de los receptores sobre los que actúa el fármaco. Según diversos estudios entre los efectos adversos más prevalentes se encuentran: xerostomía, visión borrosa, enlentecimiento del tránsito gastrointestinal, déficit cognitivo, aumento de peso etc… [13].

A pesar de que habitualmente se produce un fenómeno de tolerancia a estos efectos colaterales menores, para atenuarlos y conseguir un mejor cumplimiento terapéutico, se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis baja y continuar con un aumento gradual de la posología [9].

En todas las enfermedades crónicas que requieren un tratamiento prolongado, se requiere un compromiso considerable por parte de los pacientes en tomar la medicación prescrita [14].

Sin embargo, el no cumplimiento del tratamiento prescrito constituye un problema de gran magnitud que tiende a aumentar. Según el informe publicado por la OMS, “Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action” [15] , la depresión registra tasas de incumplimiento con la medicación pautada que van del 40-70%, en función del grado de desarrollo del país en estudio.

El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los psicofármacos pueden proporcionar a los pacientes, ya que reducen la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos y aumentan la demanda de recursos asistenciales [12].

Los estudios sobre la continuidad del tratamiento con psicofármacos y la repercusión en su eficacia, plantean problemas relacionados con el mantenimiento de la medicación por periodos de tiempo largos, ya que uno de los aspectos menos estudiados es la percepción de la enfermedad y su tratamiento desde la perspectiva de los pacientes [12].

Los pacientes con respuesta subóptima al tratamiento presentan mayor comorbilidad, menor cumplimiento terapéutico y ocasionan mayores costes totales, especialmente en pérdidas de productividad laboral [14].

3. JUSTIFICACIÓN

En el área VI del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), los estudios sobre EA de los psicofármacos son generales, no hay información sobre estudios específicos.

De manera que nos hemos planteado realizar un estudio de investigación sobre la aparición de efectos secundarios de determinados psicofármacos en el Centro de Salud de Peñamellera Baja del Área VI, ya que consideramos que un mejor conocimiento de estos efectos adversos, por parte de los profesionales sanitarios, podría ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento y secundariamente la curación o estabilización de estos pacientes.

4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

PRINCIPAL: Conocer la frecuencia de aparición de efectos secundarios en los consumidores de determinados psicofármacos del Centro de Salud de Peñamellera Baja.

SECUNDARIOS: Conocer los efectos secundarios más frecuentes de los psicofármacos y cómo influyen en la adherencia al tratamiento de estos pacientes.

5. METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de carácter longitudinal prospectivo.

Población de estudio:

Edad ≥18 años y ≤70 años.

Acaban de iniciar tratamiento con uno o más de estos fármacos: ISRS, benzodiacepinas y/o ADT.

Ámbito de estudio: pacientes pertenecientes al Centro de Salud de Peñamellera Baja.

Criterios de exclusión:

Problemas de comunicación: idioma, afectación de los sentidos (audición…), fluidez verbal…

Deficiencia mental

Situación emocional crítica

Captación de los sujetos de estudio:
Reclutamiento no probabilístico tras inicio de tratamiento con los fármacos a estudio, para lo cual solicitaremos la colaboración del médico de familia.

Se realizarán tres llamadas telefónicas:
1ª: Consentimiento informado verbalmente de participación en el estudio.
2ª: A los 15 días de empezar el tratamiento.
3ª: Al mes de iniciar el tratamiento.

Recogida de los datos:
Cuestionario (anexo1) cumplimentado mediante entrevista telefónica por el entrevistador.

TTamaño muestral: 96 (para el cálculo del tamaño muestral se ha tenido en cuenta un riesgo α del 5% con un intervalo de confianza del 95%).

$$N=Z\alpha^2\ p\ (1-p)/i^2$$

Confianza 95% (1- α=0,95; α=0,05; Zα=1,96)

p Frecuencia aproximada del proceso estudiado 0,50 (50%)

§ i precisión deseada de la estimación ±10% (i=0,10)

Ajuste de las pérdidas: 120

Na = N (1/1-R)

§ Na número de sujetos ajustado

§ R proporción esperada de pérdidas: 20%

Variables:
Sociodemográficas:
Edad (en años)
Sexo (hombre/mujer)
Nivel de estudios (sin estudios/básicos/ medios/superiores)
Vive solo (sí/no)
Estado civil (soltero/casado/ divorciado/separado/viudo/pareja de hecho)
Variables de estudio:
Fármacos que toma.
Psicofármacos que toma: ISRS, benzodiacepinas, y/o ADT.
Aparición de efectos secundarios tras la introducción de psicofármacos.
Tipos de efectos secundarios.
Influencia de los efectos secundarios en la adherencia al tratamiento.

Entrada y gestión informática de los datos. Programa SPSS 17 o superior.
Análisis estadístico de los resultados.

6. LIMITACIONES

•6.1 Propias de su finalidad descriptiva: no se podrá establecer relación causal.

•6.2 Limitaciones debidas a la representatividad de la muestra, consecuencia del muestreo no probabilístico.

•6.3 Sesgo debido al entrevistador, por la técnica de entrevista, su actitud, entonación.

•6.4 Propias de los pacientes: Características de la enfermedad, ausencia de respuesta.

•6.5 Diseño del cuestionario.

7. PROBLEMAS ÉTICOS

Todos los participantes serán informados de forma oral (al tratarse de una entrevista telefónica) sobre el contenido y características del estudio, siendo necesario que acepten su participación en el mismo. Asimismo, los participantes serán informados de que podrán retirarse del estudio en cualquier momento.

Respetaremos las características de los sujetos de estudio, evitando a aquellos pacientes que acudan a consulta sin adecuado control de su enfermedad.
Garantizaremos la privacidad y confidencialidad de los datos.

8. PLAN DE EJECUCIÓN

•Confirmación de la colaboración de profesionales del centro de salud para realizar el reclutamiento de aquellos pacientes en los que se inicie un tratamiento con uno de los psicofármacos a estudio.

•Tras el reclutamiento del paciente procederemos a la entrevista telefónica en la que se informará al paciente del estudio y se le solicitará verbalmente el consentimiento. Se realizarán posteriormente dos nuevas entrevistas telefónicas, a los 15 días y al mes de iniciado el tratamiento.

•Una vez recabados los datos procederemos a la entrada y gestión informática de los mismos y al análisis de los datos.
•Finalmente procederemos a la comunicación de resultados.

ETAPA	PERIODO
Recogida de datos	Diciembre 2018-mayo 2019
Fase de Análisis de resultados y conclusiones	Mayo 2019
Comunicación de resultados	Junio 2019

9. MEMORIA ECONÓMICA

El proyecto no cuenta con ayudas de investigación.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. 66ª Asamblea Mundial de la Salud. Mayo de 2013.

•2. Haro JM et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006; 126 (12): 445-51.

•3. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2008-2012. [Acceso: 12 de junio de 2013] Disponible en: http://www.juntadeandalucía.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../publicaciones/datos/473/pdf/Mpisma_2008_2012.pdf

4. C. Vedia Urgell, S. Bonet Monne, Forcada Vega, C; Parellada Esquius, N. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. Atención Primaria. 2005; 36 (5):239-47.

5 De la Gándara Martín, JJ. Manejo de depresión y ansiedad en Atención Primaria. Aten Primaria. 1997; 20:389-94. - vol.20 núm 7.

6. Miñana Simó J. Utilización de medicamentos en España y en Europa. Aten Primaria. 2012; 44(6):335-347.

7. Catalá López, F.; García Altés, A.; Álvarez Martín, E.; Génova Maleras, R.; Morant Ginestar, C. Evaluación económica sobre enfermedades neurológicas y mentales en España: Revisión sistemática y análisis comparativo. Rev. Neurol. 2011; 52(2): 65-71.

8 Russell L. Knoth, R; Susan C. Bolge; Edward Kim, MD; and Quynh-Van Tran. Effect of Inadequate Response to Treatment in Patients With Depression. VOL. 16, NO. 8. Agosto 2010.

9. Tolosa Vilella, C; Duñó Ambròs, R; Escoté Llobet, S. Antidepresivos tricíclicos: efectos adversos y ventajas de la monitorización terapéutica. Med Clin (Barc) 2002; 119(16):620-6.

10. Riu Subirana S. Coordinador. Guía práctica clínica en el mayor desde la Atención Primaria. Depresión en el Mayor. Manejo y prevención de la depresión en el mayor. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria.

- 11. Travé Rodriguez, A.L.; Reneses Sacristán, A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. Sistema Nacional de Salud.Vol-26 Nº1. 2002.

- 12. Mahtani-Chugania,V; Sanz-Alvarezc, E; Carlos de las Cuevas-Castresana, C. Estrategias de manejo de los antidepresivos desde la perspectiva de los pacientes: luchando interna y externamente. Aten Primaria. 2012; 44(8):463-470.

- 13. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Informes, estudios e investigación 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Acceso 30-06-2013]. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf.

- 14. Sicras-Mainar, A; Mauriño, J; Cordero, L; Blanca-Tamayo, M; Navarro-Artieda, R. Costes y factores asociados a las respuestas óptima y subóptima al tratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Aten Primaria. 2012; 44(11):667-675.

- 15. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Wordl Heakth Organization, 2003. [Acceso: 11 de junio de 2013]. Disponible en:

http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4883e/

- 16. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. 2013. [Acceso: 20-09-2013]. Disponible en:

http://www.aemps.gob.es/industria/etiquetado/conduccion/listadosPrincipios/

11. ANEXOS

- **ANEXO 1. CUESTIONARIO**

- CENTRO DE SALUD:
- NOMBRE DEL PACIENTE:
- EDAD: años
- SEXO: HOMBRE □ MUJER □
- NIVEL DE ESTUDIOS:
  SIN ESTUDIOS □
  BÁSICOS □
  MEDIOS □
  SUPERIORES □
- ¿VIVE SÓLO?: SI □ NO □

- **ESTADO CIVIL:**
  SOLTERO □
  PAREJA DE HECHO □
  CASADO □
  DIVORCIADO/SEPARADO □
  VIUDO □
- PSICOFÁRMACOS QUE TOMA ACTUALMENTE:
  □ INHIBIDORES SELECTIVOS RECAPTACIÓN SEROTONINA:
  Indicar:
  Fecha de inicio:
  □ BENZODIACEPINAS:
  Indicar:
  Fecha de inicio:
  □ TRICICLICOS:
  Indicar:
  Fecha de inicio:

- OTROS FÁRMACOS DE RECIENTE PRESCRIPCIÓN (fecha de inicio y duración):

- ¿SIENTE ALGÚN EFECTO SECUNDARIO? SI □ NO □ NS/NC □
- EN CASO AFIRMATIVO A LA ANTERIOR PREGUNTA, SEÑALE CUAL/ES:

- AUMENTO DEL APETITO □
- ANOREXIA (DISMINUCIÓN DEL APETITO) □
- AUMENTO DE PESO □
- DISMINUCIÓN DE PESO □
- DISARTRIA (DIFICULTAD PARA HABLAR) □

- EDEMAS (HINCHAZÓN PIES/PIERNAS) □
- POLIURIA (¿VA MUCHAS VECES A ORINAR?) □
- ALOPECIA (CAÍDA CABELLO) □
- NAÚSEAS □
- VÓMITOS □
- INSOMNIO (DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO) □
- SOMNOLENCIA (SUEÑO DURANTE EL DIA) □
- CEFALEA (DOLOR DE CABEZA) □
- DEBILIDAD □
- XEROSTOMÍA (SEQUEDAD DE BOCA) □
- SIALORREA (EXCESO DE SALIVACIÓN) □
- FATIGA (DIFICULTAD PARA RESPIRAR) □

- ATAXIA (FALTA DE COORDINACIÓN MOVIMIENTO)
- NERVIOSISMO □
- ANSIEDAD □
- PALPITACIONES □
- DISMINUCIÓN DE LA LÍBIDO (MENOR DESEO SEXUAL) □
- MOLESTIAS GASTROINTESTINALES □
- ESTREÑIMIENTO □
- DIARREA □
- DISFUNCIÓN SEXUAL □
- VÉRTIGOS (¿LE DAN VUELTAS LAS COSAS?) □
- ASTENIA (CANSANCIO, DEBILIDAD) □
- EXANTEMAS CUTÁNEOS (REACCIÓN ROJIZA EN LA PIEL) □

- MAREOS □
- VISIÓN BORROSA □
- HIPOTENSIÓN □
-
- A PESAR DE ESTOS EFECTOS:
- - ¿CREE USTED QUE TOMAR ESTOS FÁRMACOS ES BENEFICIOSO PARA SU SALUD? SI □ NO □ NS/NC □
- -¿CONTINÚA TOMANDO LA MEDICACIÓN? SI □ NO □ NS/NC □

TEMA 75. TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO Y SEXUALIDAD.

ESTEFANÍA MORÁN SUÁREZ

MARÍA BEGOÑA SUÁREZ CUETOS

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. METODOLOGÍA
4. RESULTADOS
5. CONCLUSIONES

1. INTRODUCCIÓN

Las alteraciones en la vida sexual de las personas con enfermedad mental debido a las limitaciones sociales y farmacológicas repercuten de forma negativa en su evolución. La mayoría de antipsicóticos producen disfunción sexual (DS) por bloqueo de los receptores de dopamina, tanto en hombres como mujeres. Es importante por parte del personal de enfermería conocer los efectos en la sexualidad de estos fármacos para poder informar a los pacientes y realizar un adecuado manejo.

2. OBJETIVO

Revisar la evidencia disponible sobre la disfunción sexual asociada al tratamiento con antipsicóticos.

3. METODOLOGÍA

Con el fin de recopilar la información científica sobre el tema de estudio, se realizó una búsqueda bibliográfica informatizada durante el mes de septiembre de 2018. Se han consultado bases de datos relevantes en ciencias de la salud. Se han incluido revisiones sistemáticas y artículos científicos en idiomas inglés y español, con un límite de publicación de 5 años.

4. RESULTADOS

- Los antipsicóticos producen hiperprolactinemia e hipogonadismo tanto en hombres como en mujeres, amenorrea y pérdida de función ovárica en mujeres y bajo nivel de testosterona en hombres.
- La tasa de prevalencia de trastornos sexuales en personas tratadas con psicofármacos es de 54% en hombres y 30% en mujeres.
- La disfunción sexual repercute negativamente en la evolución del cuadro psiquiátrico, disminuye la autoestima y el cumplimiento terapéutico.

- Algunas evidencias sugieren que los antipsicóticos de segunda generación tienen efectos sexuales más favorables.
- Según una revisión sistemática la DS según fármacos afectan:
  - Del 60-70% en tratamiento con paliperidona y risperidona.
  - Del 50-60% en tratamiento con olanzapina y quetiapina.
  - Menos del 50€ en tratamiento con clozapina.
  - Del 16-27% en tratamiento con aripiprazol.
- La DS suele ser benigna y reversible. Entre las estrategias de manejo se encuentra la reducción de dosis, días de descanso, medicación adicional o cambio a otro antipsicótico.

5. CONCLUSIONES

Entre las estrategias principales para el manejo de la DS se encuentran el diálogo con el paciente y el cambio de antipsicótico. Es muy importante ofrecer información antes de instaurar el tratamiento con el fin de evitar las limitaciones afectivas y sexuales de las personas con enfermedad mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conaglen HM, Conaglen JV. Drug-induced sexual dysfunction in men and women. Austr Prescr. 2013;36:42-5.

2. La Torre A, Conca A, Duffy D, Giupponi G, Pompili M, Grozinger M. Sexual dysfunction related to psychotropic drugs: A critical review Part II: Antipsychotics. Pharmacopsychiatry. 2013;46:201-8.

3. Michael D Jibson. First-generation antipsychotic medications: Pharmacology, administration, and comparative side effects. This topic last updated: Feb 04, 2016. In: Uptodate, Stephen Marder (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2016.

TEMA 76. RISPERIDONA COMO POSIBLE CAUSA DE DISFUNCIÓN DE CUERDAS VOCALES.

TERESA LÓPEZ ARTEAGA

CARLOTA MARTÍN ROMERO

PEDRO PADILLA ROMERO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CASO CLÍNICO
- DISCUSIÓN
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

- La disfunción de las cuerdas vocales (VCD, por sus siglas en inglés) es un trastorno común de la vía aérea superior que a menudo no se reconoce o se diagnostica erróneamente. La gravedad de la enfermedad varía desde disnea leve en el esfuerzo hasta dificultad respiratoria que produce intubación o traqueostomía. Con mucho, la presentación más común de VCD es clínicamente indistinguible del asma.

INTRODUCCIÓN

- El diagnóstico se sospecha por motivos clínicos y se confirma con una laringoscopia. El pilar del tratamiento es la tranquilidad, la educación, la terapia del habla y el tratamiento de afecciones agravantes asociadas. El pronóstico varía, pero generalmente es favorable con un diagnóstico y manejo apropiados. Los fármacos neurolépticos, específicamente las fenotiazinas, pueden causar una disfunción transitoria de las cuerdas vocales. Esto parece ser una reacción distónica focal y está asociada con signos extrapiramidales.

CASO CLÍNICO

- Paciente mujer de 72 años, institucionalizada en residencia geriátrica, que presenta múltiples ingresos en Neumología al referir aumento progresivo de disnea, sin otra clínica asociada, sobre diagnóstico de asma bronquial intrínseco persistente grave diagnosticada hace 20 años. No presenta alergias medicamentosas, ni factores de riesgo cardiovascular. Presenta poliposis nasal, síndrome anémico de trastornos crónicos secundario a gastritis crónica atrófica, desnutrición calórico-proteica e intervención quirúrgica de adenopatía cervical. A su vez, presenta diagnóstico psiquiátrico consistente en Trastorno de la personalidad subtipo paranoide en seguimiento por Psiquiatría.

CASO CLÍNICO

- En tratamiento con
- O2 en GN a 3lpm durante 24 h.
- Aerosoles: bromuro de ipatropio 500 mcg + salbutamol 0,5 cc cada 8 horas
- furosemida 1 comp en desayuno,
- omeprazol 40mg 1-0-0
- metamizol 1-1-1
- Ac. fólico 1-0-0
- budesonida 0,5 mcg /amp: 1 aerosol cada 12 horas.

CASO CLÍNICO

- Para su clínica psiquiátrica se le pautó citalopram 20mg/d y risperidona 7mg/d. clorpromacina 15gotas si precisa. En los últimos años de su evolución clínica ha presentando múltiples reingresos hospitalarios por crisis asmáticas con reagudización de insuficiencia respiratoria crónica global y acidosis respiratoria, requiriendo incluso ventilación mecánica no invasiva (VMNI) con ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

CASO CLÍNICO

- Durante los ingresos en Neumología la paciente, dado su trastorno de personalidad basal, presenta episodios puntuales de alteraciones comportamentales consistentes en heteroagresividad verbal e irritabilidad, motivo por el que se pauta clorpromacina de rescate, con el fin de evitar la toma de otros tratamientos que pudieran interferir con su patología respiratoria, vea se las benzodiacepinas.
- Presenta episodios disneicos cursan de forma brusca, sin desencadenante aparente, por lo cual se sospecha disfunción de cuerdas vocales asociada, que se confirma mediante broncoscopia en el último ingreso.

DISCUSIÓN

- Si bien no hay consenso con respecto a la definición de VCD, aquí la definimos como una obstrucción extratorácica intermitente de la vía aérea, principalmente durante la inspiración que conduce a una disnea de intensidad variable
- La disfunción de las cuerdas vocales es un síndrome en el que el movimiento inadecuado de las cuerdas vocales produce una obstrucción parcial de las vías respiratorias, lo que conduce a una dificultad respiratoria subjetiva. Cuando una persona respira normalmente, las cuerdas vocales se alejan de la línea media durante la inspiración y solo ligeramente hacia la línea media durante la expiración.

DISCUSIÓN

- Sin embargo, en pacientes con disfunción de las cuerdas vocales, las cuerdas vocales se mueven hacia la línea media durante la inspiración o la espiración, lo que crea diversos grados de obstrucción.
- La disfunción de las cuerdas vocales tiene numerosas etiquetas en la literatura, incluida la disfunción paradójica de las cuerdas vocales, movimientoparadójico vocal y asma facticia.

DISCUSIÓN

- Existe falta de uniformidad en las definiciones y diagnóstico. Los criterios para VCD hacen que los estudios de incidencia, prevalencia y factores de riesgo sean problemáticos.
- La disfunción de las cuerdas vocales ocurre con más frecuencia en las mujeres que en los hombres, y es común en personas de 20 a 40 años de edad. Sin embargo, los estudios han identificado la disfunción de las cuerdas vocales en adolescentes y en niños de tan solo 8 añoscon episodios recurrentes de dificultad respiratoria subjetiva que se asocian con estridor inspiratorio, tos, sensación de ahogo y opresión en la garganta.

DISCUSIÓN

- Ha habido una creciente conciencia de que el VCD puede imitar o coexistir con el asma y conducir a un tratamiento excesivo con los corticosteroides y el desarrollo de efectos secundarios significativos.
- El diagnóstico precoz y correcto evitará complicaciones iatrogénicas significativas.
- Por este motivo, no es infrecuente que los pacientes sean tratados con broncodilatadores y corticoides, con pobre respuesta clínica, pudiendo en algunos casos llegarse a la traqueotomía urgente.

DISCUSIÓN

- Generalmente suele existir un trastorno psiquiátrico subyacente, como ansiedad, depresión o trastorno obsesivo-convulsivo. En la gasometría arterial puede observarse hipoxeima con valores variables de carbónico en función del grado de severidad e hiperventilación compensadora. La curva flujo volumen puede orientar el diagnóstico si se observa una disminución de los flujos máximos con morfología indicativa de estenosis de la vía aérea superior, pero con mala reproducibilidad.

DISCUSIÓN

- La presencia de sibilancias puede indicar una exacerbación del asma, pero comúnmente es una descripción errónea del estridor característico de la disfunción de las cuerdas vocales.
- El diagnóstico primario a considerar en pacientes con dificultad respiratoria o sibilancias es el asma. Una historia clínica cuidadosa del paciente puede ayudar a diferenciar entre las dos condiciones.
- A diferencia del asma, la disfunción de las cuerdas vocales causa más dificultad con la inspiración que la espiración, y comúnmente se asocia con una sensación de opresión en la garganta o asfixia. Sin embargo, las pruebas adicionales, incluidas las pruebas de función pulmonar y la laringoscopia, generalmente se requieren para hacer el diagnóstico.

DISCUSIÓN

- La etiología del trastorno es diversa, pudiendo deberse a causas psicógenas; irritativas: secundarias a enfermedad por reflujo gastroesofágico, rinitis, sinusitis, exposición a sustancias irritantes; asociada al ejercicio; asociada al asma; espiratoria; y farmacológica.
- Los fármacos neurolépticos pueden causar disfunción transitoria de las cuerdas vocales. Lo cual, parece ser una reacción distónica focal.

DISCUSIÓN

- Las características farmacológicas de la risperidona hacen que indizca menos efectos secundarios extrapiramidales que los antipsicóticos clásicos. No obstante, existen casos descritos de distonias y discinesias debidas a risperidona.
- Varios meta-análisis han mostrado que los antipsicóticos de segunda generación causan menos extrapiramidalismos y otras alateraciones del movimiento que los antipsicóticos clásicos , sin embargo, recientes estudios no han mostrado esta diferencia.

CONCLUSIONES

- La disfunción de cuerdas vocales es una entidad clínica que sólo puede diagnosticarse en base a una laringoscopia y que en base a su clínica es frecuente confundir con asma de difícil manejo. Dentro de sus posibles causas puede ser provocada por tratamiento con neurolépticos. Los antipsicóticos, principalmente los de primera generación, pueden provocar dentro de sus efectos secundarios alteraciones del movimiento, como discinesias tardías, o distonías (agudas y/o tardías). La risperidona como neuroléptico de segunda generación tiene menor riesgo, pero aún así, puede y provoca alteraciones del movimiento, según describe la literatura.

CONCLUSIONES

- En el caso de la paciente descrita no podemos descartar la posibilidad de que su tratamiento psiquiátrico sea la justificación de las reagudizaciones asmáticas presentadas en los últimos ingresos. Es por ello, que pese a un correcto tratamiento para el asma, la queja de disnea de la paciente persistiera. No podemos asegurar que la risperidona sea la causa de la DCV, ya que para comprobarlo se precisa de la suspensión gradual del fármaco y observar la mejoría de la clínica disneica subyacente.

BIBLIOGRAFÍA

- Muench J, Hamer AM. Adverse Effects of Antipsychotic Medications. *Am Fam Physician.* 2010;81(5):617-622.
- Mikita J, Mikita CP. Vocal cord dysfunction. Allergy Asthma Proc 27:411–414, 2006.
- DECKERT J, DECKERT L. Vocal Cord Dysfunction. *Am Fam Physician.* 2010;81(2):156-159, 160
- Alonso Navarro H, Jiménez Jiménez F.J, Luquin Piudo M.R, Bruguera Hernández J.A. Trastornos del movimiento (IV): otros trastornos del movimiento. Vol 11, 74., March 2015, 4454-4465.