

IV Tomo de lecciones en Salud Hospitalaria: Atención Hospitalaria, Cirugía, Anestesia y Reanimación.

Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria.
Marzo 2019



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

Edición Marzo 2019



Autores y compiladores de la obra:

Fernández López, Antonio José.

Moreno Alfaro, Manuel.

Fernández López, Miguel.

De Prados González, Cristina.

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



Fecha publicación: 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 autores y facilitados por ellos mismos bajo su exclusiva responsabilidad; no asumiendo la editorial ni SOCIFOSA ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha obra.

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

ISBN: 978-84-09-04453-5

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. **VAPOTHERM: OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO.**
 - **CRISTINA URRA GIL**
- Tema 2. **INDICACIONES TRANSFUSIONALES.**
 - **MARÍA PAULA CHAVEZ COLLAZOS**
- Tema 3. **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DEL PACIENTE CON DEGENERACIÓN MACULAR.**
 - **MARTA NAVARRO CILLERO, SARA MARÍN ARRIAZU.**
- Tema 4. **CONTRACTURA DE DUPUYTREN**
 - **JUANA ISABEL MARTÍNEZ MENCHÓN**
- Tema 5. **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA VIDA MODERNA.**
 - **JORDI URBIOLA CASTILLO, ANE FERNANDEZ BEARAN**
- Tema 6. **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO.**
 - **MARÍA CARMEN BERENGUER ÚBEDA**
- Tema 7. **EL HALO CRANEAL: IMPLICACIÓN DEL TCAE.**
 - **PAULO JOSÉ VALDÉS VÁZQUEZ**
- Tema 8. **CESÁREA PROGRAMADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**
 - **IDOIA LAPARTE CAMPO, NAHIA ARRAIZA GULINA, ISABEL CELAYA CALVO, AMAIA CORUJO ELIZALDE**
- Tema 9. **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON TERAPIA ELECTROCONVULSVIA.**
 - **ALBA FERNANDEZ FALCES**
- Tema 10. **PROPUESTA DE CREACIÓN DE UNA CONSULTA PRE-QUIRÚRGICA DE ENFERMERÍA PARA INFORMAR A LAS PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE DE CÁNCER DE MAMA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA.**
 - **CINTIA PUEYO BOROBIA, CARLA PUEYO BOROBIA**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 11. HEMORRAGIA E INFECCIÓN EN EL PUERPERIO.
• *MARGARITA TEJÓN MORÁN, LORENA ALONSO SOBRINO, LAURA VALDÉS SOBRECUEVA*
- Tema 12. ENFERMEDAD DE HASHIMOTO O TIROIDITIS DE HASHIMOTO. DEFINICIÓN Y MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.
• *DESIREE BARRIENTOS SOTO, MARIA DEL MAR GUTIERREZ PRADO*
- Tema 13. TALALGIAS.
• *JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO, CLARA QUINTERO LÓPEZ, ARACELI QUINTERO LÓPEZ*
- Tema 14. OPCIONES QUIRÚRGICAS EN CIRUGÍA DE REVISIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.
• *CLARA QUINTERO LÓPEZ, JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO, ARACELI QUINTERO LÓPEZ*
- Tema 15. BRONQUIOLITIS.
• *ALEJANDRA ROZADA GARCIA*
- Tema 16. CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS SOBRE EL SUFRIMIENTO FETAL AGUDO.
• *M^a ASCENSIÓN AVILÉS CONESA, M^a JESÚS AVILÉS CONESA*
- Tema 17. FISIOTERAPIA ABDOMINO-PÉLVICA EN RECUPERACIÓN POSTPARTO.
• *ESTEBAN ROMERO BERNAL*
- Tema 18. SÍNDROMES DISMÓRFICOS RAROS EN RECIÉN NACIDOS.
• *M^a JESÚS AVILÉS CONESA, M^a ASCENSIÓN AVILÉS CONESA*
- Tema 19. CONTENCIÓN MECÁNICA.
• *NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ, PATRICIA GONZALEZ ROBLES , PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ*
- Tema 20. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y CURA DE FÍSTULA INTERVENIDA.
• *ANTONIO JAVIER GUILLAMÓN MARÍN, MARÍA JOSÉ GUILLAMÓN MARÍN*

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 21. EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO.
• **MARIA CRISTINA RIERA ZAPICO**
- Tema 22. HEPATOTOXICIDAD POR METILDOPA, A PROPÓSITO DE UN CASO.
• **LUCÍA ZUBIAUR BEGUIRISTAIN, BEATRIZ OTAEGUI BALEZTENA, EVA ARANA ALONSO , ARANTZATZU IGOA ERRO**
- Tema 23. SALA DE REANIMACIÓN.
• **IRENE ALONSO MEDINA, SONIA ZAHARA CASTILLO AVILÉS, ANTONIO MIGUEL SALINAS MARCOS**
- Tema 24. TÉCNICA DE DRENAJE HEMATOMA SUBUNGUEAL.
• **JUAN JOSE PECHE MERELO**
- Tema 25. YEYUNOSTOMÍA Y COMPLICACIONES.
• **TAMARA GIL BLANCO, ANA MARÍA PARRA CRUZ, BÁRBARA ROJAS SALINERO**
- Tema 26. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO.
• **MARÍA ANTONIA AL VAREZ COTES, MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ, EVA MARÍA GALENDE SANDÍN, LULIA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**
- Tema 27. ATENCIÓN HOSPITALARIA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.
• **NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS, VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS, LULIA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ELISA BLANCO GONZÁLEZ**
- Tema 28. DISFAGIA OROFARÍNGEA.
• **NATALIA PÉREZ COTO, PILAR FLORENTINA GARCÍA SUÁREZ, MARÍA OLGA SOLÍS VILLA, ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ**
- Tema 29. DRENAJES EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.
• **EVA MARÍA GALENDE SANDÍN, MARÍA ANTONIA AL VAREZ COTES, MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ, VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS**
- Tema 30. NUTRICIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA SUS CUIDADOS Y POSIBLES COMPLICACIONES.
• **ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ, NATALIA PÉREZ COTO, PILAR FLORENTINA GARCÍA SUÁREZ, MARÍA OLGA SOLÍS VILLA**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 31. **LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.**
• **MARÍA OLGA SOLÍS VILLA, ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ, NATALIA PÉREZ COTO, PILAR FLORENTINA GARCÍA SUÁREZ**
- Tema 32. **CUIDADOS INTENSIVOS: ATENCIÓN HOSPITALARIA AL PACIENTE CRÍTICO Y SUS FAMILIAS.**
• **ELISA BLANCO GONZÁLEZ, LULIA MARÍA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS, MARÍA PAZ DÍAZ RODRIGUEZ**
- Tema 33. **ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
• **LULIA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ELISA BLANCO GONZALEZ, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS, MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES**
- Tema 34. **LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO INTEGRAL AL FINAL DE LA VIDA.**
• **MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ, EVA MARÍA GALENDE SANDÍN, MARÍA ANTONIA ÁLVAREZ COTES, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS**
- Tema 35. **PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.**
• **PILAR FLORENTINA GARCÍA SUÁREZ, MARÍA OLGA SOLÍS VILLA, ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ , NATALIA PÉREZ COTO**
- Tema 36. **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CRÓNICOS POLIMEDICADOS EN UN CENTRO DE SALUD RURAL.**
• **ERIKA BONILLA ARENA, DEBORA BONILLA ARENA**
- Tema 37. **PATOLOGÍA VASCULAR:TROMBOFLEBITIS.**
• **MARTA MARIA VELASCO ALONSO**
- Tema 38. **CUIDADOS PALIATIVOS.**
• **ROSA MARIA GARCIA PEREZ, JULIA MENENDEZ FERNANDEZ**
- Tema 39. **MANEJO DE CATÉTERES CENTRALES DE LARGA DURACIÓN.**
• **SONIA BAYÓN FLECHA, SHAMARA CASTILLO NOGRARO, LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ, CRISTINA DÍAZ PÉREZ**
- Tema 40. **EPISTAXIS EN URGENCIAS.**
• **LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ, PAULA GUTIERREZ DÍAZ, SONIA BAYÓN FLECHA, MARÍA BELÉN AMORÍN MARTINEZ**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 41. **INFECCIONES NOSOCOMIALES.**
- **RAQUEL ARADRA ROMERA**
- Tema 42. **LA ENFERMERA EN LA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA.**
- **CRISTINA DÍAZ PÉREZ, SHAMARA CASTILLO NOGRARO, M. BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ, LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ**
- Tema 43. **UTILIZACIÓN DE PRODUCTOS ANTISÉPTICOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**
- **Mª BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ, PAULA GUTIERREZ DÍAZ, SONIA BAYÓN FLECHA, CRISTINA DÍAZ PÉREZ**
- Tema 44. **MANEJO DEL NÓDULO PULMONAR SOLITARIO.**
- **ESTELA GARCÍA COYA**
- Tema 45. **PAU PRUEBA DE ALIENTO CON UREA.**
- **SHAMARA CASTILLO NOGRARO, LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ, PAULA GUTIÉRREZ DÍAZ, MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ**
- Tema 46. **GLIOMA NASAL RECIDIVANTE.**
- **LOREA ARBIZU RUIZ, FERMINA BERAMENDI GARCÍANDIA, Mª VICTORIA AZNAR MORENO, IRANZU ORZAIZ IBARRA**
- Tema 47. **NEUMONÍA EOSINOFÍLICA POR ENALAPRIL.**
- **MARIA ROSARIO IZCO SALINAS, CARMEN CARLOTA MARTINEZ ESQUIROZ**
- Tema 48. **INFECCION NOSOCOMIAL.HIGIENE Y ESTERILIZACION EN EL MEDIO HOSPITALARIO.**
- **JULIA MENENDEZ FERNANDEZ, ROSA MARIA GARCIA PEREZ**
- Tema 49. **PERCEPCIÓN DE LA INTIMIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS.**
- **MARIO PARREÑO JAREÑO, MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA, JULIÁN PÉREZ GARCÍA, Mª DOLORES PARDO IBÁÑEZ**
- Tema 50. **USO DEL TEST DEL ESTREPTOCOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
- **PAULA GUTIÉRREZ DÍAZ, CRISTINA DÍAZ PÉREZ, SHAMARA CASTILLO NOGRARO, LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 51. DOLOR CENTROTORACICO QUE EMPEORA CON EL DECÚBITO.
• *MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ*
- Tema 52. ANALGESIA EPIDURAL CONTINUA POSTOPERATORIA.
• *ANA MARÍA PARRA CRUZ, BÁRBARA ROJAS SALINERO, TAMARA GIL BLANCO*
- Tema 53. BRONQUIOLITIS AGUDA VÍRICA EN EL LACTANTE.
• *OMAR RODRÍGUEZ ÁLVAREZ*
- Tema 54. EL FINAL DE LA VIDA.
• *PATRICIA CARRERA MARTÍN, MARIA RAMAJO HOLGADO, MIRIAM CIGANDA CENOZ, LAURA ARMENDÁRIZ GONZÁLEZ*
- Tema 55. HIPOTERMIA PERIOPERATORIA IMPREVISTA: EFECTOS SECUNDARIOS Y METODOS DE PREVENCIÓN.
• *LUCÍA ARNEDE LADRÓN, NEREA CORNAGO NAVASCUÉS, PATRICIA SANZ MARTINEZ, ERIKA NAVARRO RUIZ*
- Tema 56. CUIDADO DE LA FISTULA ARTERIOVENOSA INTERNA.
• *MARTA ATIENZA CORREAS, MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ, ESTHER NUÑEZ DE ARENAS ARANDA*
- Tema 57. CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.
• *VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS, ELISA BLANCO GONZÁLEZ, EVA MARÍA GALENDE SANDÍN*
- Tema 58. PROCEDIMIENTO RADIOLÓGICO INTERVENCIONISTA: DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA INTRAHEPÁTICA TRANSYUGULAR.
• *JOANA NIETO CARBAJOSA*
- Tema 59. DIABETES MELLITUS GESTACIONAL E IMORTANCIA DE UN BUEN CONTROL GLUCÉMICO.
• *CARLA FERNANDEZ CASTRO*
- Tema 60. ECOGRAFÍA EN ACCESOS VASCULARES PERIFÉRICOS.
• *MIRIAM ASENJO GARCÍA*

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 61. ENDOSCOPIAS. COLONOSCOPIA.
• *ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA, MARTA ATIENZA CORREAS, MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ*
- Tema 62. IMPACTO PSICOSOCIAL DEL PACIENTE OSTOMIZADO.
• *BÁRBARA ROJAS SALINERO, TAMARA GIL BLANCO, ANA MARÍA PARRA CRUZ*
- Tema 63. DERECHOS DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.
• *MIGUEL ÁNGEL MORENO BAÑOS*
- Tema 64. ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN PROYECTOS DE INVESTIGACION HOSPITALARIOS.
• *FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA*
- Tema 65. ACTUALIZACIÓN DE UNA ACTUACIÓN EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DE CALIDAD.
• *MARIA DE LAS NIEVES CABALLERO ANTIÑOLO, JOSE ANTONIO RODRIGUEZ CARRILLO*
- Tema 66. SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE UCI.
• *MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ, ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA, MARTA ATIENZA CORREAS*
- Tema 67. SÍNDROME METABÓLICO Y DIABETES MELLITUS TIPO 2.
• *NURIA HUERTA GONZÁLEZ*
- Tema 68. VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS.
• *CAROLINA MENDEZ MECA, ARASHELLY HUAMANTICA OROZ, LAURA ALONSO FERNÁNDEZ*
- Tema 69. EL DELIRIO EN CUIDADOS INTENSIVOS CARDIACOS: INCIDENCIA Y CUIDADOS ENFERMEROS.
• *MARINA MOYANO MUNERA, ARÁNZAZU SEVILLA LARA, MARÍA TERESA INZA URREA, SANDRA MOLINA SANCHEZ*
- Tema 70. COPA MENSTRUAL.
• *EVA PASTOR GALLEGO*

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 71. **DIAGNÓSTICO DE LA MUERTE ENCEFÁLICA.**
 - **FRANCISCO BERDIAL CORNELLANA**
- Tema 72. **HCG DETECCIÓN.**
 - **ANTONIO MONTAGUT SANCHEZ**
- Tema 73. **MANEJO PERIOPERATORIO DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA.**
 - **CARLOTA ROMERO MARTÍN, TERESA LÓPEZ ARTEAGA, PEDRO PADILLA ROMERO**
- Tema 74. **RECONSTRUCCIÓN MAMARIA: DIEP.**
 - **SILVIA ARIAS FUENTES**
- Tema 75. **LA ACTIVIDAD FÍSICA REHABILITADORA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE; REPERCUSIÓN EN SU CALIDAD DE VIDA Y FAMILIA.**
 - **ISMAEL RIVAS CABALLERO**
- Tema 76. **EXTRAPIRAMIDALISMO Y ARIPIPRAZOL EN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO AGUDO.**
 - **PEDRO PADILLA ROMERO, CARLOTA ROMERO MARTIN, TERESA LÓPEZ ARTEAGA**
- Tema 77. **TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE UN MARCAPASOS EXTERNO.**
 - **ESPERANZA MARÍA PÉREZ SÁEZ, AROA VILLASEÑOR DE LA FUENTE**
- Tema 78. **TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA IDIOPÁTICA Y NEOPLASIA OCULTA.**
 - **ENARA IRIONDO BERNABEU, ANDREA VIDAL BLÁZQUEZ, MAITE PUCHOL PALOMAR**
- Tema 79. **SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.**
 - **SARA MARTÍN VILLANUEVA**
- Tema 80. **LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN PEDIATRÍA (HaDP).**
 - **MAITE VALENCIA LARRAONA, MAIDER MARTÍNEZ DE COMPAÑÓN MARÍNEZ DE MARIGORTA, MARIA NATIVIDAD IZQUIERDO FERNÁNDEZ**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 81. ROTURA TENDÓN BÍCEPS DISTAL.
• *ARACELI QUINTERO LÓPEZ, JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO, CLARA QUINTERO LÓPEZ*
- Tema 82. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA VIDA MODERNA.
• *JORDI URBIOLA CASTILLO, ANE FERNANDEZ BEARAN*
- Tema 83. FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.
• *TERESA LÓPEZ ARTEAGA, PEDRO PADILLA ROMERO, CARLOTA MARTÍN ROMERO*

TEMA 1. VAPOTHERM: OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

CRISTINA URRA GIL

ÍNDICE

- RESUMEN
- INTRODUCCION
- DESARROLLO DEL TEMA
- OBJETIVO
- INDICACIONES
- VENTAJAS E INCONVENIENTES
- PREPARACION DEL SISTEMA VAPOTHERM
- COLOCACION Y SEGUIMIENTO
- MODO DE EMPLEO
- CUIDADOS DE ENFERMERIA
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

El VapoTherm, es un sistema en oxigenoterapia de alto flujo para apoyo respiratorio no invasivo. El único que permite proporcionar flujos de hasta 40 lpm de gas humidificado cálido para la respiración del paciente a través de una cánula nasal. Esta exclusiva tecnología proporciona una perfecta sincronización del flujo, la temperatura, la humedad y el porcentaje de oxígeno sin producir molestias a través de una cánula nasal.

El sistema VapoTherm es un sistema de flujo abierto. Éste, es una terapia para las vías respiratorias superiores mediante la purga del espacio muerto anatómico con gas fresco y la mejora de la eficiencia en respiración independientemente de la ventilación por minuto.

El principio básico consiste en emplear flujos más elevados de oxígeno añadiendo calor y altos niveles de humidificación para favorecer su tolerancia.

El sistema Vapothem, puede ser empleado tanto en adultos, niños y recién nacidos.

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la preparación, control, seguimiento, así como la retirada paulatina del dispositivo.



INTRODUCCION

La ventilación no invasiva es uno de los campos de la ventilación mecánica donde se están desarrollando mas avances científicos y tecnológicos.

Existe un nuevo dispositivo respiratorio terapéutico (Vapotherm) que permite calentar y humidificar altos flujos de aire, mezclas de aire-oxigeno o gases medicinales para su administración en pacientes a través de una cánula nasal. La calidez y la alta humedad en fase de vapor hacen que se toleren fácilmente flujos nasales muy altos.

El sistema vapotherm, comenzó a utilizarse en las unidades de intensivos neonatales como alternativa a la presión positiva continua en vía aérea (CPAP) nasal para neonatos prematuros.

DESARROLLO DEL TEMA

El vapootherm, consiste en aportar un flujo de oxígeno, solo o mezclado con aire, por encima del flujo inspiratorio del paciente, a través de una cánula nasal. El gas se humidifica (humedad relativa 95-100%) y se calienta hasta un valor cercano a la temperatura corporal (34-40°C).

Este sistema, se puede utilizar en todos los grupos de edad (neonatos, lactantes, niños mayores y adultos). Requiere de una fuente de gas (aire y oxígeno), un humidificador calentador, un circuito que impide la condensación de agua y unas gafas-cánulas nasales cortas.

El sistema vapootherm incorpora un cartucho patentado de transferencia de vapor que permite que el vapor de agua se difunda en el caudal de gas respiratorio mientras se calientan los gases a la temperatura prescrita (normalmente 37°C); existen dos cartuchos diferentes: cartucho de “bajo flujo” para flujos entre 1 y 8 lpm y cartucho de “alto flujo” para flujos entre 5 y 40 lpm.

Las cánulas nasales son de diferente tamaño según los flujos empleados, deberían tener un diámetro externo menor al interno de la nariz para no ocluir completamente esta y prevenir excesos de presión y úlceras por decúbito. [1]

Mecanismos que determinan los efectos terapéuticos del vapoherm:

Aumento de FIO₂:

- *El flujo de gas elevado por encima del flujo pico del paciente evita el arrastre secundario de aire ambiente.
- *Proporciona depósitos anatómicos de oxígeno utilizando nasofaringe y orofaringe.
- *Lavado del espacio muerto de la vía aérea.

Mayor comodidad:

- *El oxígeno nasal calentado y humidificado es tolerado mejor, especialmente cuando los flujos son >6lpm.

Efecto CPAP:

- *Disminuye las atelectasias y mejora la relación ventilación-perfusión pulmonar.
- *En los adultos mejora la disminución de la complianza y en los recién nacidos con déficit de surfactante trata las atelectasias.
- *Estimula el centro respiratorio en niños prematuros reduciendo la apnea de la prematuridad.
- *Disminuye el trabajo respiratorio: contrarrestando la PEEP intrínseca.

OBJETIVO

Dar a conocer a todo el personal sanitario la existencia y eficacia de este nuevo sistema de oxigenoterapia de alto flujo.

Por medio de este dispositivo se pretende conseguir una mejora dinámica respiratoria, que a su vez sea bien tolerada para optimizar el tratamiento en la insuficiencia respiratoria. **[5]**

INDICACIONES:

Adultos:

- * Insuficiencia respiratoria moderada y/o necesidad de aportes de oxígeno elevadas.
- * Pausas de apnea. Apneas obstructivas del sueño.
- * Obstrucción de vía aérea superior. Laringitis postextubación.
- * Inflamación de la vía aérea (asma, bronquiolitis).
- * Insuficiencia cardíaca.
- * Retirada de la ventilación mecánica o ventilación no invasiva.

Recién nacidos prematuros o a término:

- * Profilaxis o tratamiento del SDR como alternativa a la ventilación mecánica.
- * Tras extubación.
- * Tratamiento de la apnea del prematuro. **[2]**

VENTAJAS E INCONVENIENTES:

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Único sistema que puede proporcionar fácilmente flujos de hasta 40 lpm de gas respiratorio humidificado y cálido a través de una cánula nasal.	La terapia de VapoTherm está contraindicada para pacientes con fosas nasales obstruidas o con alteraciones o para cualquier situación en la que la humidificación esté contraindicada.
No invasivo.	Rinorrea.
Evita claustrofobia.	Sialorrea.
Fácil de usar.	Menos efectivo si la respiración es bucal.

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Se tolera mejor que la CPAP.	En situaciones prolongadas erosiones en la nariz.
Permite comer, hablar.	Riesgo de infección por contaminación del sistema.
Confortable y con buena tolerancia por parte de los pacientes.	Distensión abdominal por meteorismo.
El cartucho patentado de transferencia de vapor crea vapor molecular y evita la transmisión de bacterias.	

VENTAJAS

Se trata de un método seguro y eficaz para proporcionar apoyo respiratorio a los pacientes.

Proporciona una humedad relativa del 95 – 100% sin condensación ni precipitación.

INCONVENIENTES

PREPARACION DEL SISTEMA VAPOTHERM

Colocación del sistema desechable

1. Conecte el tubo de suministro a la vía de agua desechable.
2. Conecte un cartucho de transferencia de flujo alto o bajo a la vía de agua desechable.
3. Deslice la tapa hasta abrirla para exponer el soporte.
4. Instale el circuito desechable del paciente montado en el soporte.
5. Deslice la tapa hasta cerrarla.
6. Cuelgue el agua esterilizada del pie de suero.
7. Limpie la púa e introdúzcala en el agua esterilizada.
8. El dispositivo Precision Flow está listo para empezar a funcionar.

Funcionamiento

1. Pulse el botón Iniciar/En espera, que cambiará de una luz ámbar a una luz verde intermitente.
2. Se activará el flujo de gas, la bomba y el calentador.
3. El agua circula y llena el tubo de suministro.

Establecimiento de parámetros de temperatura, oxígeno y flujo

Conexión al paciente por medio de cánula nasal

Apagado

1. Presione el botón Iniciar/En espera. La unidad permanecerá en modo de espera.
2. Cierre la abrazadera del tubo de entrada de agua y desconéctelo tirando de la púa.
3. Abra la tapa deslizante, extraiga la vía de agua desechable con el cartucho y el tubo de suministro conectado deslizándolo hacia arriba para sacarlo del soporte.
4. Deseche todos los restos de acuerdo con las normas del hospital.
5. Desconecte la unidad de la corriente CA. **[6]**

COLOCACION Y SEGUIMIENTO

- Esperar de 5 a 10 minutos a que la unidad alcance la temperatura real fijada e indicada en el panel (superior en 2°C a la del paciente).
- Esperar a que la unidad complete el precalentamiento. En el transcurso de este, la unidad puede escupir gotas de agua, esa condensación inicial es normal y debe cesar en pocos minutos. Si no cesa, apague la unidad.
- Elección de una gafa nasal que se adapte a las características del paciente, ajustarlo a la unidad, y posteriormente al paciente. Comprobar el nivel de agua, la temperatura y el flujo de gas.
- Comprobar de forma periódica el funcionamiento de la unidad para evitar las situaciones de alarma. La unidad se apagará si se exceden los límites de seguridad para la temperatura o si el nivel del agua es bajo durante más de 4 minutos. El gas continuará fluyendo. La unidad se apagará si se interrumpe la alimentación de gas.
- Es frecuente que se produzca una cierta condensación de la humedad en la nariz del paciente, así como movilizaciones de la mucosidad de las fosas nasales y los senos paranasales. **[2]**

MODO DE EMPLEO:

Inicio:

Es aconsejable empezar con flujos bajos:

5-8 lpm en lactantes.

10-20 lpm en niños.

20 lpm en adultos.

E ir incrementando lentamente hasta conseguir el efecto deseado.

Destete:

Una vez que la frecuencia respiratoria se normaliza y la oxigenación mejora, se puede iniciar el destete. Se empieza reduciendo la concentración de oxígeno, y una vez conseguida una FIO₂ <50 % se reduce el flujo 5-10 lpm cada 1-2 horas hasta el nivel de inicio. A partir de ahí ponemos mascarilla de oxígeno o gafas nasales y valoramos la respuesta. **[1]**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Vigilar que el reservorio de agua del humidificador o del vapo-therm este a su nivel.
- Vigilar el grado de condensación en la cánula nasal.
- Vigilar la temperatura del sistema.
- Mantener las tuberías en declive para que el agua no fluya hacia la cánula nasal.
- Realizar una correcta fijación para evitar que la tubería no se enrolle en el cuello.
- Comprobar si las gafas nasales se adaptan a las características del paciente.
- Vigilar lesiones tegumentarias que pueden producirse por el empleo de las GN y la condensación de humedad en la nariz del paciente.
- Valorar la presencia de secreciones y proporcionar una limpieza eficaz de la vía aérea.
- Valorar el patrón respiratorio del paciente (FR, tipo de respiración, empleo de músculos accesorios, etc...).
- Valoración de la coloración de la piel y mucosas.

- Comprobar que la concentración de O₂ y el flujo fijado en la unidad es el pautado y el adecuado en función de los parámetros del paciente (valoración del pH y la saturación de O₂ del paciente).
- Colocación de sonda orogástrica (disminuir distensión gaseosa del estómago si precisa).
- Colocación de chupete o tetina (para disminuir respiración bucal) en caso de niños. **[3]**

CONCLUSION

La administración de oxígeno a alto flujo, humidificado y caliente mediante el sistema vapotherm es un método eficaz y bien tolerado, que mejora la oxigenación y permite en un porcentaje importante de los casos la sustitución de la asistencia respiratoria previa. [5]

El sistema vapotherm es una terapia de flujo, no una terapia de presión, no es un modo de soporte respiratorio diseñado para dar CPAP; es una modalidad de aporte de oxígeno cuyo uso se ha incrementado actualmente por considerarse una posible alternativa a la ventilación no invasiva (VNI) en los casos de fallo respiratorio agudo en niños y adultos.

Su uso continua aumentando debido a su facilidad de manejo, a la buena tolerancia y a sus teóricos beneficios clínicos.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Protocolo de oxigenoterapia de alto flujo. [Acceso 24 Noviembre 2018]. Disponible en <http://www.secip.com>
- [2] Oxigenoterapia de alto flujo. [Acceso 24 Noviembre 2018]. Disponible en http://cuidados20.san.gva.es/web/laboratorio-de-tutorias-2.0/elena-santacruz-lillo1/-/asset_publisher/SPb6/blog/id/136845
- [3] Uso de la oxigenoterapia de alto flujo. [Acceso 24 Noviembre 2018]. Disponible en <http://www.codem.es>
- [4] Terapia de alto flujo vapo therm precisión flow. [Acceso 24 Noviembre 2018]. Disponible en <http://www.vtherm.com>
- [5] Nuevos avances en ventilación mecánica no invasiva pediátrica: “terapia ventilatoria de alto flujo mediante cánula nasal”. [Acceso 24 Noviembre 2018]. Disponible en <http://www.anecipn.org>
- [6] Vapo therm precisión flow. Guía de referencia rápida. [Acceso 24 Noviembre 2018]. Disponible en <http://cdn.vtherm.com>

TEMA 2. INDICACIONES TRANSFUSIONALES

MARÍA PAULA CHAVEZ COLLAZOS

•

ÍNDICE

- CONCENTRADO DE HEMATÍES
- CONCENTRADO DE PLAQUETAS
- PREMEDICACIÓN PRETRASNFUSIONAL

CONCENTRADO DE HEMATÍES

• Anemia aguda:

• Trasfundir CH si:

• Hb < 7 g/dL en paciente previamente sano.

Hb < 8 g/dL en hemorragias incontroladas o patología de base que afecta la adaptación a la anemia (> 65 años, DM, enf.vascular o respiratoria).

Hb < 9 g/dL en pacientes con AP de insuf. cardíaca o coronaria.

Anemia crónica:

Tratamiento de la causa: hierro, vit B12, fólico

Trasfundir CH SI SINTOMATOLOGÍA ANÉMICA (astenia, taquicardia, taquipnea) y según cifra de Hb:

Hb < 5 g/dL : trasfundir.

Hb 5-9 g/dL: decisión clínica (síntomas + AP).

Hb >10 g/dL: casi nunca requieren trasfusión.

Anemia pre, per y postoperatoria:

Enfermos sin descompensación cardio-pulmonar: trasfundir si Hb < 7 g/dL.

AP cardio-pulmonares trasfundir con Hb < 8 g/dL. _Enfermos con dscompensación cardio-pulmonar: trasfundir si Hb < 9.

CONCENTRADO DE PLT

Las PLT deben estar en agitación continua hasta su infusión, que se realizará en 20 – 30 minutos (nunca > 4 horas).

1 Unidad de plaquetas de aféresis (UPF) = 1 Unidad Terapéutica de Pq (UTP) = 5-7 unidades Random.

1 UPF tiene un volumen de 250 - 300mL y aumenta la cifra de Pq en 30 - 50.000/ mL. Cantidad a trasfundir: 1UPF o 1UTP o 1 Unidad Random / 10 Kg peso en adultos o 1 Unidad Random / 5 Kg peso en niños.

Trasfusión terapéutica de Pq: se realizará en caso de hemorragia activa + cifra Pq < 50.000 / mL.

Transfusión profiláctica de Pq en situaciones de trombopenia:

hay que trasfundir 1 UPF si:

< 5.000 / mcL en trombopenias estables de larga evolución como en la aplasia medular.

< 10.000 / mcL en el resto de trombopenias.

< 20.000 /mcL + factores de riesgo de sangrado (infección grave, anticoagulación,...)

< 50.000 / mcL + procedimiento invasivo o hemorragia.

< 100.000 / mcL + cirugía SNC o de globo ocular.

Contraindicaciones de la transfusión de Pq: Púrpura Trombótica Trombocitopénica (PTT), Trombopenia Inducida por Heparina (HIT) y Trombopenias inmunes (contraindicación relativa).

Premedicación pretransfusional:

No es necesaria de rutina. En caso de pacientes con reacciones transfusionales previas es importante documentar la cronología e intensidad de las mismas, con qué componentes se produjeron y qué tratamiento recibió el paciente (tanto el tratamiento en la fase aguda de la reacción, como la profilaxis administrada en transfusiones posteriores). En caso de desconocer tal información, en pacientes con reacción transfusional previa puede administrarse previamente a la misma Metilprednisolona 40mg iv (Urbason®) + Dexclorfeniramina (Polaramine®) 1 ampolla iv.

.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bolton-Maggs P.H. Bullet points from SHOT: key messages and recommendations from the Annual SHOT Report 2013. *Transfus Med* 2014; 24(4):197-203.
2. Jornada del Uso Óptimo de la Sangre. Accesible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/congresos/JornadaUsoOptimoComponentesSanguineos/docs/Manual_Uso_Optimos.pdf

TEMA 3.ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DEL PACIENTE CON DEGENERACIÓN MACULAR

MARTA NAVARRO CILLERO.

SARA MARÍN ARRIAZU.

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN.**
- **JUSTIFICACIÓN.**
- **OBJETIVOS.**
- **MATERIAL Y MÉTODOS.**
- **RESULTADOS.**
- **CONCLUSIONES.**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

INTRODUCCIÓN.

La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es una enfermedad degenerativa que afecta a las capas más internas de la coroides y a las más externas de la retina que son la capa de fotorreceptores, el epitelio pigmentario y a la membrana de Bruch. [1,2]

Se trata de una enfermedad progresiva, que afecta a la parte central de la retina, la mácula, probablemente por ser la zona de mayor metabolismo, causando problemas en el campo visual central.

Se diferencian distintas fases clínicas:

Maculopatía asociada a la edad temprana, por lo general con visión normal, caracterizada por la formación de drusas, que se ven como manchas redondeadas de color amarillo y alteraciones maculares pigmentarias. Maculopatía asociada a la edad avanzada, conocida como DMAE. [4,5]

TIPOS DE DMAE

Clásicamente se distinguen dos formas: la atrófica y la exudativa, que hacen referencia a las formas avanzadas de la maculopatía asociada a la edad.

Ambas formas producen pérdida de visión, y ambas formas pueden darse en un mismo ojo. [2]

FORMA ATRÓFICA, SECA O NO EXUDATIVA.

Se caracteriza por una atrofia geográfica progresiva del epitelio pigmentario y una degeneración de los fotorreceptores. La retina se encuentra adelgazada.

La pérdida de visión es progresiva durante varios meses o años. Los pacientes presentan dificultad para leer y metamorfopsias.

Suelen estar afectados ambos ojos, aunque generalmente de forma asimétrica.[7]

FORMA EXUDATIVA, HUMEDA O NEOVASCULAR

Se caracteriza por la neovascularización coroidea que crece desde la coriocapilar hacia la retina, a través de los defectos que presenta la membrana de Bruch, lo que provoca hemorragias, líquido extravascular y destrucción de la retina, dando lugar a una fibrosis, cicatriz disciforme en la mácula, con graves consecuencias para la visión central, debido a la muerte de las células sensibles a la luz.

La pérdida de visión es brusca, debido a la acumulación de líquido y sangre bajo la retina, produciendo un escotoma central y una distorsión de las imágenes a los pocos días.

Clasificación de membranas neovasculares coroideas según localización:

Subfoveales: afectan al centro de la mácula.

Yuxtafoveales: entre 1 y 200 micras del centro de la fóvea.

Extrafoveal: a más de 200 micras del centro de la fóvea.

Yuxtapapilar: adyacente al disco óptico. [5]

EPIDEMIOLOGÍA:

Es la causa de pérdida de visión irreversible más frecuente en los pacientes ancianos, llegando a considerarse como la causa más frecuente de ceguera legal entre los individuos mayores de 60 años en los países desarrollados. [1,3]

INCIDENCIA

Hay pocos estudios para evaluar la incidencia de la DMAE, hasta el momento, se desconocen las tasas de incidencia en la población española, pero está claro que aumenta con la edad.

El riesgo de desarrollar DMAE es 5 veces mayor en los pacientes con maculopatía asociada a la edad en ambos ojos. En presencia de DMAE exudativa en un ojo, el riesgo de desarrollar una lesión exudativa en el segundo ojo se sitúa entre el 4% y el 13% a los 12 meses, del 10% al 22% a los 24 meses, del 17% al 29% a los 36 meses Y del 43% a los 5 años. [2]

PREVALENCIA.

La DMAE es infrecuente por debajo de los 55 años. Su prevalencia global se estima en 1% para las personas de entre 65 y 74 años, en un 5% para aquellos entre 75 y 84 años de edad y en un 13% para el grupo de 85 ó más años.

[2]En Europa, el estudio EUREYE evidencia que el 3,3% de la población europea con 65 años o más padece DMAE. [4]

Respecto a la prevalencia de las distintas formas de DMAE, tradicionalmente se ha dicho que la DMAE atrófica es más frecuente que la neovascular, pero se ha observado una variabilidad sustancial entre los distintos estudios. [4]

TRATAMIENTOS:

La forma atrófica:

No tiene tratamiento.

Se ha demostrado que el aporte de determinados complejos vitamínicos antioxidantes y oligoelementos en la dieta como vitamina C, vitamina E, betacarotenos, zinc y cobre, puede hacer más lenta y menos probable la evolución a formas más graves.

Tenemos que tener en cuenta que en los pacientes fumadores o exfumadores de menos de 8 años de cese de consumo, altas dosis de betacarotenos pueden aumentar el riesgo de cáncer de pulmón. La vitamina E aumenta el riesgo de fallo cardiaco en pacientes con enfermedades vasculares y el zinc puede producir enteropatía.

Son fármacos no cubiertos por el sistema nacional de salud y que la mayoría de los pacientes con DMAE son pensionistas con escasos recursos económicos. [2]

La forma exudativa:

El tratamiento depende de la localización de los neovasos y del aspecto de la lesión. Cuando los neovasos están lejos de la mácula, se puede fotocoagular mediante láser argón. Si los neovasos son subfoveales, se puede realizar terapia fotodinámica o tratamiento con fármacos antiangiogénicos.

FOTOCOAGULACIÓN LASER DE ARGÓN.

Trata de destruir completamente los neovasos y evitar la lesión de la foveola, pero a costa de destruir los fotorreceptores que recubren la zona tratada.

Solo se puede emplear en lesiones clásicas bien delimitadas por una angiografía de buena calidad que no tenga más de 72 horas.

De localización extrafoveal, la neovascularización se encuentra a más de 200 μm del centro de la zona avascular foveal. [7]

De localización yuxtafoveal, la neovascularización se encuentra a menos de 200 μm del centro de la zona avascular foveal pero sin afectarla. [7]

El oftalmólogo mediante la lámpara de hendidura y usando una lente de contacto realizará impactos solapados de 200 μm (0,2-0,5 segundos) en el perímetro de la lesión y después cubrirá toda la zona con impactos de alta energía.

El tratamiento debe producir una quemadura intensa blanca confluyente.

Tenemos que tener en cuenta el grado de recidivas y el riesgo de escotoma irreversible, por esto el seguimiento tiene que ser meticuloso, para poder detectar precozmente la existencia de neovasos persistentes o recurrentes [5,7]

La mayoría de los pacientes no son susceptibles de tratamiento con laser debido a que la angiografía no es capaz de definir bien los neovasos coroideos.

El láser no restaura la visión perdida, sólo trata de mantener la visión o enlentecer la pérdida visual. [2]

Actualmente se utiliza en pocos casos de DMAE, como en los casos de las polipoideas

TERAPIA FOTODINÁMICA CON VERTEPORFINO

Consiste en la inyección por vía endovenosa de verteporfino, que es un pigmento fotosensible que es absorbido por las células en mitosis, es decir; las células del tejido neovascular que se están formando. [1]

Se realiza mediante perfusión continua durante unos 10 minutos, con una bomba electrónica de perfusión. La dosis es de 6mg/kg de peso corporal.

Tras la perfusión se aplica láser de diodo en una longitud de onda infrarroja que solo es captada por este pigmento, durante 83 segundos.

De esta manera se cierran los neovasos sin dañar la retina. Como la neovascularización es irradiada con valores lumínicos mucho más bajos que los necesarios para la destrucción térmica, favorece el tratamiento de la neovascularización subfoveal, que son las que afectan al centro de la fovea. [7]

Es efectivo en formas específicas de neovasos y no consigue mejorar la capacidad visual, por lo que frente a los resultados obtenidos con las nuevas opciones terapéuticas solo lo utilizaremos cuando no podamos aplicar el tratamiento intravítreo antiangiogénico. [1,5]

CIRUGÍA

La vitrectomía y la extracción de la membrana neovascular, solo se emplean en estos casos, hemorragias submaculares masivas y algunas membranas yuxtapapilares cuya extensión no afecte a la zona avascular foveal.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIANGIOGÉNICO

El tratamiento más eficaz y el de primera indicación en la actualidad, es el farmacológico con preparados anti-factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), ya que son capaces de inhibir la producción de neovasos.

Pueden aplicarse en todas las formas clínicas de la enfermedad.

El objetivo es mantener e incluso mejorar la visión especialmente si se tratan precozmente, ya que una pérdida de agudeza visual puede ser irreversible si el inicio del tratamiento se retrasa.

Antiangiogénicos disponibles:

a) Pegaptanib sódico (Macugen®): Se administra cada seis semanas 0,3mg. Permite obtener resultados parecidos a la terapia fotodinámica en un abanico más amplio de lesiones neovasculares, pero tiene bajas probabilidades de obtener mejoras significativas en la visión (6%). Fue el primer Anti-VEGF empleado para tratar la DMAE neovascular, pero en la actualidad no se emplea.

b) Ranibizumab (Lucentis®): Se administra una vez al mes 0,5mg, durante tres meses consecutivos, seguido de una fase de mantenimiento en la cual se deberá controlar la agudeza visual de los pacientes mensualmente, y tratar si experimentan una pérdida de agudeza visual superior a 5 letras (equivalente a una línea Snellen).

El intervalo entre dos dosis no debe ser inferior a 1 mes.

Permite obtener mejoras significativas de la agudeza visual en lesiones subfoveales.

c) Bevacizumab (Avastín®): fármaco indicado para tratar ciertos tipos de cáncer, pero se utiliza fuera de indicación para el tratamiento de la DMAE. Debido a la experiencia acumulada con miles de pacientes en los últimos años se ha demostrado que puede aportar un beneficio próximo a los resultados con ranibizumab.

Se administra 1.25 mg, su semivida intraocular es de unos 8 días y a nivel sérico es de unos 20 días.

No puede obviarse que el coste anual del tratamiento con bevacizumab es muy inferior y hace que se pueda facilitar el tratamiento a un número mayor de pacientes.

d) Aflibercept (Eylea®): Es una proteína de fusión soluble cuya afinidad de unión es 10 veces mayor que la de bevacizumab. Se administra 2mg, su duración es de unos 5 días.

En las guías actuales se recomienda administrar tres inyecciones intravitreas mensuales consecutivas y posteriormente monitorizar mensualmente al paciente y retratarlo en función de la evolución clínica, ya que el tratamiento en la mayoría de los pacientes debe prolongarse durante años. [5]

Los criterios de retratamiento se basan en los hallazgos de recidivas o persistencia de la actividad neovascular mediante:

- Agudeza visual: pérdida de agudeza visual de 1 línea.
- OCT: Un incremento del grosor de mácula mayor a 100 micras, aparición de nueva membrana clásica, hemorragia macular o persistencia de líquido subretiniano.
- Exploración con biomicroscopia del fondo de ojo.

Cuando haya pasado un año sin enfermedad activa, se podrán alargar los controles a tres meses, pero habrá que instruir al paciente, en la detección de los síntomas de una recidiva con autocontrol.

Hay diferentes tipos de respondedores al tratamiento con antiangiogénicos, según la evolución de su agudeza visual:

1. Ganar y mantener: Buena respuesta a la dosis de carga y posterior mantenimiento de la Agudeza visual.

2. Ganar y no mantener: Buena respuesta a la dosis de carga, pero no se mantiene la agudeza visual con el tiempo.
3. No ganancia inicial: No respuesta a la administración de Antiangiogénicos desde el inicio de su administración.

Las causas para la interrupción del tratamiento serían:

- Cese de actividad neovascular.
- Atrofia/fibrosis subfoveal significativa.
- Edema macular quístico crónico
- Ausencia de respuesta.[3]

JUSTIFICACIÓN.

- La gran prevalencia de esta enfermedad y debido a que el incremento de la longevidad en los países desarrollados va a seguir aumentando, será uno de los problemas sociosanitarios más importantes del siglo.
- La creación de protocolos es una herramienta útil en nuestro trabajo diario. El protocolo de la DMAE nos ayuda a realizar un seguimiento adecuado de estos pacientes.

OBJETIVOS.

- Desarrollar una herramienta de referencia, para facilitar el manejo de los pacientes con DMAE, basándose en los conocimientos científicos actuales.
- Ayudar al personal nuevo que se incorpore a la consulta de oftalmología.
- Mejorar la calidad asistencial a estos pacientes.
- Mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se ha consultado los libros de la consulta de oftalmología del hospital donde trabajo y se han seleccionado los que abordaban el tema de la DMAE.

Se ha consultado la página de la Sociedad Española de Retina y Vítreo.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en google scholar y se ha consultado la página de Fisterra.

RESULTADOS.

PRUEBAS QUE SE LE REALIZAN AL PACIENTE

MEDIDA DE LA AGUDEZA VISUAL (AV):

Es la prueba más importante de la función macular.

Si no conocemos la visión previa del paciente, empezaremos por AV bajas e iremos aumentando la dificultad hasta llegar a la visión unidad o hasta que el paciente falle en sus respuestas o no las vea.

La primera toma de visión la realizaremos con la mejor corrección de cada ojo por separado, utilizando un ocluser en el ojo en el que no vamos a valorar la visión.

Los pacientes con DMAE suelen tener baja visión, por lo tanto en los pacientes que no sean capaces de ver los optotipos debido a que su visión es menor a 0,05 (normalmente, la mínima visión cuantificable), situaremos nuestra mano delante del paciente, a medio metro aproximadamente, le pediremos que cuente los dedos que le mostramos, si no los ve moveremos la mano y si no ve el movimiento de mano, le iluminaremos con una linterna.

La anotación de la visión se hará de esta forma: cuenta dedos, movimiento de manos o percibe luz.

MEDIDA DE LA PRESION INTRAOCULAR.

Es una técnica que mide la presión que ejercen los líquidos oculares contra la pared del ojo.

El valor medio de la presión intraocular es de 16mmHg.

Hay dos formas de tomar la tensión ocular:

- Tonómetro de aire:

Consiste en medir la presión mediante un chorro de aire que se aplica sobre la córnea del paciente.

Deberemos informar de la técnica al paciente, para que no se asuste cuando salga el aire y no se retire. Un error frecuente es que cierre los parpados y no podamos realizar la medición. No es un método preciso, pero nos sirve para descartar tensiones intraoculares elevadas y conocer el estado de la PIO en los pacientes tras la cirugía, sin riesgo de que se infecte.

- Tonometría por aplanación:

Permite conocer con exactitud la presión intraocular.

Se le instila una gota de anestésico con fluoresceína, antes de tomarle la PIO. Si el paciente lleva lentillas debe quitárselas.

El prisma que se utiliza, debe cambiarse y desinfectarse tras cada toma.

Tenemos que tener en cuenta el grosor de la córnea, ya que puede dar errores en el valor de la PIO. A los pacientes que tienen una córnea delgada o gruesa hay que realizarles una paquimetría para corregir los valores de la PIO.

No se debe tomar la tensión así si se sospecha de lesión corneal o herida perforante

Se puede realizar:

Con el tonómetro de Perkins, esta técnica la realiza enfermería.

Con un tonómetro de Goldman, adaptado a la lámpara de hendidura, esta técnica la realiza el oftalmólogo.

REJILLA DE AMSLER:

Se usa principalmente para la detección y la monitorización de la enfermedad macular. Evalúa los 10^o centrales de campo visual que rodean la fijación.

Sin embargo, no es una prueba de confirmación ya que hay otras patologías que pueden causar metamorfopsias.

Existen siete gráficas, que constan cada una de ellas de un cuadrado de 10 cm de lado.

La más utilizada es la gráfica que aparece a continuación, que está dividida en 400 pequeños cuadrados de 5mm. Cuando se observa a unos 30cm, cada cuadrado pequeño corresponde a un ángulo de 1°.

DILATACIÓN PUPILAR:

Consiste en instilar una o dos gotas de colirio para dilatar la pupila, con un intervalo de cinco a diez minutos, siempre bajo supervisión oftalmológica.

Iremos revisando al paciente, para saber cuándo posee una midriasis adecuada y le avisaremos de que verá borroso.

Lo normal es utilizar tropicamida, asociado con fenilefrina.

Preguntaremos al paciente por sus alergias.

Tropicamida (parasimpaticolítico anticolinérgico): produce una midriasis rápida y una duración de 1 a 4 Horas.

Fenilefrina 10% (simpaticomimético): produce midriasis máxima durante unas 3 horas. Hay que tener en cuenta que produce vasoconstricción, por lo tanto en los pacientes hipertensos es recomendable no utilizar este colirio.

TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA (OCT):

Es la prueba por excelencia para el estudio de la DMAE.

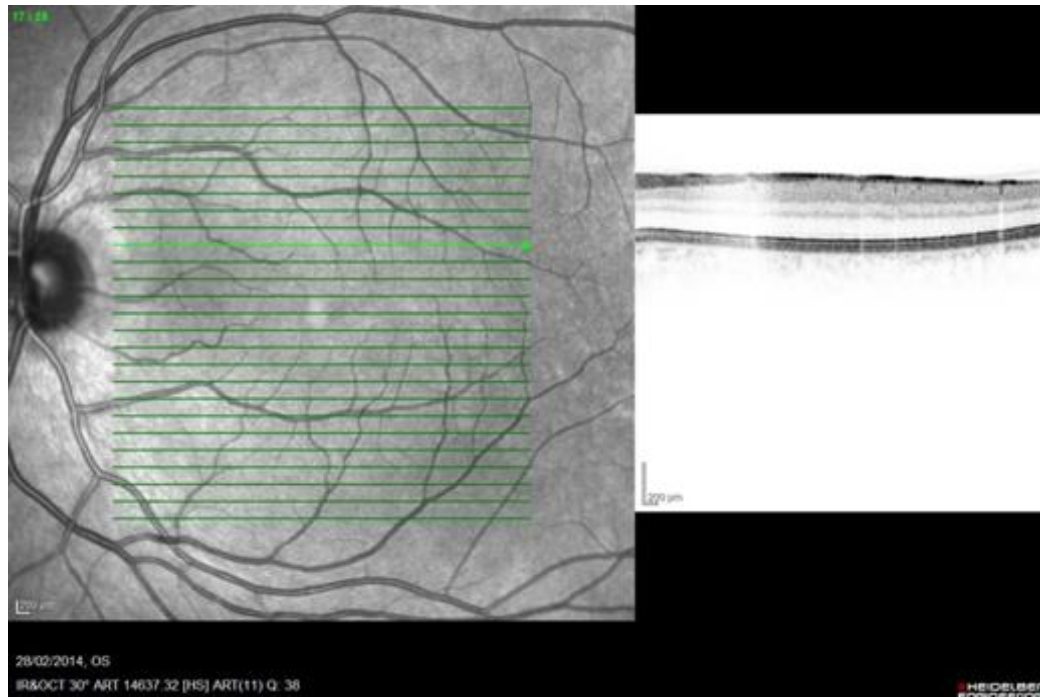
Es una técnica rápida que permite analizar las diferentes capas de la retina, casi como un microscopio, ya que nos aporta cortes tomográficos de la mácula con una resolución axial entre 6 y 10 micras. Con estos cortes podemos obtener una composición 3D del área explorada. Permite apreciar variaciones en el espesor de la retina, la existencia de edema intrarretiniano, el desprendimiento de las diferentes capas de la retina y la aparición de agujeros maculares. [1]

Se utiliza para realizar el diagnóstico y seguimiento de la DMAE, ya que es una prueba decisiva a la hora de determinar la necesidad de iniciar o continuar con el tratamiento de esta patología y nos sirve para evaluar la respuesta al tratamiento. La labor de enfermería consiste en realizar esta prueba obteniendo una buena calidad de la imagen:

- Le explicaremos al paciente que es una prueba incruenta y que se realiza en unos 5 minutos.
- Se sitúa al paciente en la posición correcta, con la barbilla y la frente bien apoyadas en la mentonera y con la altura de los ojos a nivel de la lente.
- Se le dice al paciente que mire a la luz de fijación de la que dispone el equipo y que este quieto y sin parpadear. Si el ojo que vamos a examinar posee baja visión, nos será de ayuda ocluir el ojo que no vamos a explorar, ya que el paciente de manera involuntaria intentara mirar al centro con este ojo.

La adquisición de la imagen es casi automática, una vez finalizada la tomografía, el oftalmólogo analiza los resultados.

OCT OI normal en paciente de 35 años.



AUTOFLUORESCENCIA:

Es una prueba rápida que sirve para complementar el estudio de la patología retiniana, ya que visualiza y evalúa el estado metabólico y funcional del epitelio pigmentario retiniano.

Se basa en la fluorescencia que origina la lipofucsina presente en el epitelio pigmentario retiniano, debido a una degradación incompleta de los segmentos externos de los fotorreceptores.

Si se detectan áreas de acúmulo de lipofucsina, autofluorescentes, serán indicativas de alteración del epitelio pigmentario retiniano.

En la DMAE atrófica:

Las áreas de atrofia se muestran como zonas de marcada hipoAF, debido a la ausencia de células del epitelio pigmentario retiniano y por tanto de material autofluorescente a este nivel. Estas áreas atróficas están rodeadas por diferentes patrones de hiperAF.

BIOMICROSCOPIA INDIRECTA.

Es una técnica de exploración que la realiza el oftalmólogo con la lámpara de hendidura empleando una lente potente que le permite una visualización del fondo del ojo.

ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEÍNA (AGF):

Es una prueba diagnóstica para estudio de la patología retiniana, ya que nos ayuda a localizar la formación de nuevos vasos sanguíneos.

Es clave en el tratamiento de la neovascularización coroidea con terapia fotodinámica o con laser.

La neovascularización coroidea según la angiografía se clasifica en:

- A. Clásica; hiperfluorescencia uniforme desde fases tempranas y que se va intensificando y fugando creando una imagen borrosa en fases tardías.
- B. Oculta: hiperfluorescencia tardía de origen indeterminado.
- C. Mixta.

Es aconsejable realizar una, como mínimo, en el momento del diagnóstico ya que sirve como dato pronóstico debido a que las membranas clásicas son más agresivas que las ocultas. Se podría retrasar el tratamiento de una membrana oculta que no presenta signos de actividad y no puede retrasar el tratamiento de una membrana clásica porque el riesgo de progresión y pérdida visual es mucho mayor. [5]

Se realiza inyectando un colorante intravenoso, la fluoresceína sódica, que es un colorante naranja hidrosoluble que permanece largo tiempo en el espacio intravascular, circulando por el torrente sanguíneo.

Consiste en la realización de una serie de fotografías del fondo del ojo con filtros especiales (excitador y barrera), para ver el paso de la fluoresceína a través de la circulación retiniana y coroidea.

Antes de inyectar el colorante se realiza una fotografía aneritra.

Después de la inyección del colorante, entre los 5 y 25 segundos, se realizan fotografías con intervalos de 1 segundo. Una vez fotografiada la fase de tránsito del ojo patológico, se toman fotografías de control del otro ojo. Si se prevé una extravasación se pueden hacer fotografías tardías.

La labor de enfermería consiste en:

- Revisar las alergias del paciente, ya que son relativamente frecuentes a los colirios que se emplean para la dilatación pupilar. Si al paciente se le ha hecho antes una AGF, es importante preguntarle si tuvo una reacción adversa.
- Comprobar que tenga el consentimiento informado firmado.
- Le explicaremos que es posible que sufra un episodio de náuseas durante la realización de la prueba y que puede presentar durante unas horas una coloración cutánea amarilla y que orinará más amarillo, debido al colorante. Dilatar ambos ojos con un cóctel de tropicamida y fenilefrina.
- Canalizar una vía venosa periférica.
- Se sienta al paciente delante del angiógrafo, de tal forma que la altura de sus ojos queden a la altura de la lente y que el paciente se encuentre cómodo.
- Se apaga o atenúa la iluminación de la consulta.

- Cuando nos indique el oftalmólogo, introducir la fluoresceína (5ml de una solución al 10%), seguido de suero salino, en forma de embolada.
En los ojos con medios opacos, 3ml de una solución al 25% pueden mejorar los resultados. [7]
- Al finalizar la prueba se le retira la vía venosa periférica.
- Tenemos que tener en cuenta los efectos adversos graves como: síncope, edema laríngeo, broncoespasmo y Shock anafiláctico, aunque son muy raros, deberemos disponer de los elementos necesarios para resolverlos.

ANGIOGRAFIA CON VERDE DE INDOCIANINA.

Es una prueba que se utiliza para el estudio de la circulación coroidea.

Suele emplearse como una prueba complementaria en el diagnóstico de las membranas neovasculares ocultas o mal

definida y para la identificación de la vasculopatía coroidea polipoidea idiopática y la proliferación angiomatosa retiniana. Se realiza inyectando un colorante intravenoso, el verde de indocianina.

Consiste en la realización de una serie de fotografías, antes de inyectar el colorante se realiza una fotografía aneritra y después de inyectar el colorante se realizan fotografías seriadas rápidas inicialmente y luego fotografías a los 3,10 y 30 minutos.

Las fases tardías proporcionan la máxima información, debido a que el colorante permanece en el tejido neovascular después de abandonar las circulaciones retiniana y coroidea.

[7]

Se elimina a través del hígado.

La labor de enfermería consiste en:

- Revisar las alergias: ya que si el paciente es alérgico al yodo no puede realizarse por contener un 5% de yodo.
- Comprobar que tenga el consentimiento informado firmado.
- Dilatar ambos ojos con un cóctel de tropicamida y fenilefrina.
- Canalizar una vía venosa periférica.
- Se sienta al paciente delante de la cámara con un brazo extendido.
- Se mezcla el polvo con un disolvente acuoso para obtener una concentración de 40mg en 2ml.
- Cuando nos indique el oftalmólogo, inyectamos el colorante.
- Al finalizar la prueba se le retira la vía venosa periférica.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE QUE ACUDE POR PRIMERA VEZ A LA CONSULTA DE DMAE.

Se realiza una anamnesis:

- Se recogen los datos subjetivos del paciente:

Se pregunta si ha presentado cambios en su visión.

Si los cambios han sido de forma brusca o progresiva.

Se pregunta si ve las líneas torcidas, por ejemplo la de los marcos de las puertas o edificios.

- Se pregunta la edad, ya que es el principal factor de riesgo.

- Se pregunta por antecedentes de DMAE.

Todos estos datos se registraran en su historia clínica.

Se mide la agudeza visual.

Se mide la presión intraocular.

- Se dilata la pupila al paciente, para que el oftalmólogo pueda realizar el examen del fondo del ojo.
- Se realiza OCT.
- Se realizara autofluorescencia.
- Cuando el paciente esté dilatado se le pasa a la consulta con el oftalmólogo, que realizara una biomicroscopia indirecta.
- Si el oftalmólogo lo considera oportuno, se citará al paciente para realizarle una angiografía.
- Una vez que está confirmado el diagnóstico de DMAE:
 - Se les informará sobre su pronóstico y tratamiento que dependerá del tipo de DMAE.
 - Les informamos de que la ceguera completa es muy rara, ya que mantienen su visión periférica. Hay muchos pacientes que creen que se van a quedar ciegos.
 - Les advertiremos que pueden presentar alucinaciones visuales. [9]

- Precisa Tratamiento:
NO: DMAE Atrófica: Control en seis meses.
SI:
 - Fotocoagulación laser:
 - Se le explicará al paciente el objetivo del tratamiento, los posibles riesgos.
 - Se le dará el consentimiento informado y la cita.
 - Terapia fotodinámica:
 - Se le explicará al paciente el objetivo del tratamiento, los posibles riesgos.
 - Se le dará el consentimiento informado y la cita.
 - Antiangiogénico:
 - Se le explicará al paciente el objetivo del tratamiento, los posibles riesgos y la posibilidad de inyecciones repetidas.
 - Se le dará el consentimiento informado.
 - Se hará la solicitud del antiangiogénico a farmacia.

- Se le dará la cita para tratamiento intravítreo: Se puede realizar en la consulta con una camilla apropiada y con una técnica estéril o en quirófano:

PROTOCOLO DE INYECCIÓN DE INTRAVITREAS

1. Recibir al paciente.
2. Comprobar su historia clínica: alergias, si está firmado el consentimiento informado, el fármaco que se le va a poner, el ojo que se va a tratar y si ha realizado la profilaxis correctamente con el antibiótico pautado.
3. Anestesia tópica con colirio estéril.
4. Limpieza con povidona yodada, dejándola actuar durante tres minutos: Al 10% para la piel de los párpados, borde palpebral y pestañas. Al 5% para el saco conjuntival. Si el paciente es alérgico utilizaremos clorhexidina.
5. Colocación de guantes estériles y campo estéril en el ojo.

6. Aplicación del blefaróstato, evitando una manipulación palpebral excesiva. Son más apropiados los que tienen una pletina.
7. Medición de la distancia adecuada, desde el limbo hacia la pars plana, con un compás. Una distancia de 3,5mm en ojos afáquicos o pseudofáquicos y de 4mm en ojos fáquicos.
8. Indicar al paciente la posición del globo, tiene que mirar hacia arriba y al lado contrario al punto de la inyección, la que se aplicara frecuentemente en el cuadrante temporal inferior.
9. Movilización de la conjuntiva en el punto a inyectar para impedir la coincidencia del orificio conjuntival y escleral.
10. Inserción de la aguja de 30 o 32 G, perpendicularmente con la punta hacia el centro del globo ocular. Inyección del producto (0.05-0.1ml, según el fármaco) de manera suave.
11. Extracción suave de la aguja.
12. Administración de dos gotas de colirio antibiótico.

13. Confirmación de la percepción luminosa y visión de objetos. En casos necesarios visualización del fondo de ojo, para valorar la perfusión de la arteria central de la retina.
14. Se le dan al paciente las pautas postoperatorias, con el nombre del fármaco intravitreo inyectado, ojo inyectado, nombre del oftalmólogo y el teléfono de contacto.
15. Se instruye al paciente sobre los posibles efectos adversos y que puede realizar vida normal teniendo en cuenta las siguientes normas: que no debe frotarse los ojos, ni sumergir la cabeza en agua, ni que entren líquidos en sus ojos durante tres días.
16. Se le entrega por escrito los síntomas de alarma que pueden requerir asistencia urgente: disminución de la visión, dolor ocular a la luz, enrojecimiento del ojo o secreción purulenta.
17. Se le dará la cita de la siguiente visita.

- Recomendaciones que daremos al paciente para minimizar el efecto de la DMAE.
 - Sí fuma, que deje de fumar. Le indicaremos que hay programas en atención primaria para ayudar a dejar de fumar, ya que es el único factor de riesgo modificable.
 - Control de las enfermedades cardiovasculares.
 - Consejos dietéticos: que lleve una dieta equilibrada, rica en frutas y vegetales, especialmente los de hoja verde, por su contenido en zeaxantina y luteína. Consumo de pescado azul y frutos secos debido a su alto contenido en ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga de la familia del omega 3.
 - Se le informa del beneficio del consumo de suplementos de vitaminas antioxidantes y oligoelementos.
 - Que realice ejercicio físico regularmente.
 - Si el paciente presenta obesidad, que adelgace.
 - Que lleve gafas de sol que le protejan y que filtren los rayos ultravioletas y la luz azul

- Recomendaciones que daremos al paciente para minimizar el efecto de la DMAE.
 - Sí fuma, que deje de fumar. Le indicaremos que hay programas en atención primaria para ayudar a dejar de fumar.
 - Control de las enfermedades cardiovasculares.
 - Consejos dietéticos: que lleve una dieta equilibrada, rica en frutas y vegetales, especialmente los de hoja verde, por su contenido en zeaxantina y luteína. Consumo de pescado azul y frutos secos debido a su alto contenido en ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga de la familia del omega 3.
 - Se le informa del beneficio del consumo de suplementos de vitaminas antioxidantes y oligoelementos.
 - Que realice ejercicio físico regularmente.
 - Si el paciente presenta obesidad, que adelgace.
 - Que lleve gafas de sol que le protejan y que filtren los rayos ultravioletas y la luz azul.

- Le daremos una rejilla de Amsler, para que se realice un autocontrol de la visión de cerca monocularmente:
 - Insistiremos en la importancia de esta prueba, ya que nos ayuda a identificar cualquier forma nueva neovascular asintomática.
 - Se le explicará cómo debe explorarse:
 - (a) Se tiene que poner las gafas de lectura, si las utiliza.
 - (b) Tiene que mirar al punto central, con el ojo destapado
 - (c) Repetir la misma operación con él otro ojo.
 - Si ve distorsionada cualquier zona de la rejilla nueva o aumentada de tamaño, deberá ponerse en contacto con la consulta, para que le examine el oftalmólogo. Si se confirma que los síntomas son debidos a la neovascularización, se iniciara el tratamiento.

- Se le informa sobre las ayudas que hay para afrontar una pérdida de visión y mejorar su calidad de vida.
- Libros escritos con carácter bien visibles.
- Teléfonos, relojes y termómetros con números bien visibles.
- Televisiones con un circuito cerrado para agrandar los objetos.
- Relojes electrónicos que hablan y otros instrumentos parlantes.
- Programas informáticos que pueden escanear el texto y crear un texto de mayor tamaño, o que sean capaces de leerlo en voz alta.
- Filtros de luz para mejorar el contraste.
- Envases de pastillas codificadas por colores.
- Lupas de mano.
- Gafas de sol que reducen el deslumbramiento.
- Prismáticos manuales.

- Telescopios manuales o con montura de gafas.
- Bastones y andadores reflectantes. [6]

PROTOCOLO DE ACTUACION DE ENFERMERIA PARA PACIENTE QUE ACUDE A REVISION DE DMAE.

- Se le pregunta qué tal está y si ha notado algún cambio en su visión, para anotarlo en su historia clínica.
- Le tomaremos la agudeza visual con la mejor corrección, y en las mismas condiciones para poderla comparar con la anterior.
- Se realiza una OCT, para compararla con las anteriores.
- Se realiza autofluorescencia.
- El oftalmólogo visualiza el fondo de ojo e interpretara los resultados de la imagen y decidirá si precisa retratamiento o volver a realizarle una revisión.

- A los pacientes con DMAE avanzada, se les deriva la unidad de baja visión para ayudarles a mejorar su función visual y calidad de vida:
 - Cuando presenten una agudeza visual igual o inferior a 0,3 en el mejor ojo después del tratamiento y/o refracción, y con un resto visual potencialmente utilizable para la ejecución de tareas. [2]
 - Los pacientes ciegos legales, cuya agudeza visual corregida es igual o inferior a 0,1 o con un campo visual inferior a 10° en el mejor ojo, le aconsejaremos que pidan un certificado de incapacidad, ya que puede tener exenciones fiscales, facilitar la obtención de ayuda a domicilio... [2]
 - Se aconseja la afiliación a la ONCE ya que les ofrecen un gran apoyo en la rehabilitación visual y reuniones con grupos de personas con DMAE ayudándoles en la adaptación al problema.

TRATAMIENTO FUTURO:

- Nuevos fármacos: acetato de anecortave (Retaane), se administra en forma depot periocular yuxtaescleral posterior. Inhibe el crecimiento vascular. El objetivo es mantener niveles intravítreos más estables y evitar inyecciones tan frecuentes
- Trasplante de células del epitelio pigmentario de la retina: en la actualidad se ha utilizado solo en estadios avanzados de la DMAE, por lo que los beneficios de esta técnica han sido limitados.
- Trasplante de retina: única alternativa junto a las posibles prótesis retinianas futuras, una vez perdidos los fotorreceptores.
- Células madre: parece que las células madre mejoran la retina lesionada, pero todavía es pronto para saber cómo funcionarían en la DMAE.

- Prótesis retinianas: son instrumentos diseñados para restituir el sentido de la visión. Reciben energía electromagnética y la transforman en una forma de energía útil para estimular las vías visuales. Pero los pacientes con DMAE como sólo tienen pérdida de visión central no son buenos candidatos. Ninguna de las prótesis visuales que se han desarrollado ha logrado proporcionar una visión realmente útil.
- Terapia génica: se están realizando los primeros ensayos clínicos en humanos. Pese a las limitaciones actuales, el potencial es enorme tanto como para tratar como para prevenir. [2]
- Trasplante de retina: única alternativa junto a las posibles prótesis retinianas futuras, una vez perdidos los fotorreceptores.
- Células madre: parece que las células madre mejoran la retina lesionada, pero todavía es pronto para saber cómo funcionarían en la DMAE.

CONCLUSIONES.

Debido a la gran prevalencia de la DMAE y al enorme gasto sociosanitario que conlleva, es necesario la realización de protocolos de actuación para agilizar las consultas, ya que el personal de enfermería participa activamente en las consulta de los pacientes con patología de retina.

En la actualidad no podemos curar la DMAE, pero si podemos detener y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Este protocolo nos ayuda en la detección precoz de los pacientes con alto riesgo y por tanto mejora el pronóstico de estos pacientes.

Nos aporta información clínica y tomográfica, para establecer el tratamiento indicado según el tipo de DMAE.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) López J.A, Gabaldón F.J. Manual práctico para asistentes de oftalmología. Ed EUROMEDICE.2011
- 2) Miranda Diez I. El fondo de ojo al alcance del médico de atención primaria. Ed. Saned.2012.
- 3) Abreu R, Abreu J.A, Abreu P, Alonso A, Alfonso M, Arias L, et all. Degeneración macular asociado a la edad. Ed. Lulu. 2012.
- 4) Guía clínica de degeneración macular asociada a la edad. Disponible en www.fisterra.com. Consultado el 18/02/2015.
- 5) Tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) exudativa y atrófica. Guías de práctica clínica de la SERV. Disponible en www.serv.es. Consultado 18/02/2015.
- 6) Jones T.V, Berkwits M, Kaplan J.L, Porter R. Manual Merck de información médica. Edad y Salud. Ed. OCEANO.

BIBLIOGRAFÍA

- 7) Kanski Jack.J. Oftalmología clínica. Quinta edición. Ed Elsevier. 2002.
- 8) Manejo de las inyecciones intravitreas. Guías de práctica clínica de la SERV. Disponible en www.serv.es. Consultado 18/02/2015.
- 9) Cosme Pereira E. Tratado de enfermería oftalmológica.Ed. SEEOF.2011
- 10) www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/dmae. Consultado 23/07/2015.
- 11) asociaciondoce.com/macular-degeneration-amd/. Consultado 23/07/2015
- 12) www.maculadt.com/tratamiento/9/inyeccion-intravitrea-antiangiogenica. Consultado 17/07/2015
- 13) www.hospitaldeolhosdorn.com.br/problemas_oculares/retinopatia_diabetica.htm. Consultado 17/07/2015

BIBLIOGRAFÍA

- 14) www.baja-vision.org/toma.htm. Consultado 17/07/2015
- 15) unomasunonosondos.wordpress.com/2013/02/01/otras-varias-pruebas/tonometro-de-goldmann-2/. Consultado 17/07/2015.
- 16) oftalmologia-avanzada.blogspot.com.es/2012/03/pupila-tonica-de-adie.html. Consultado 23/07/2015.
- 17) 3d-oct.blogspot.com.es/. Consultado 23/07/15.
- 18) www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2008/v12-4/11.html. Consultado 17/07/2015.

TEMA 4.CONTRACTURA DE DUPUYTREN

JUANA ISABEL MARTÍNEZ MENCHÓN

ÍNDICE

- **DEFINICIÓN**
- **SIGNOS Y SÍNTOMAS**
- **CAUSAS**
- **DIAGNÓSTICO**
- **TRATAMIENTO**
- **PRONÓSTICO**
- **COMPLICACIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

DEFINICIÓN

La contractura de Dupuytren es una enfermedad fibroproliferativa de la fascia palmar, capaz de producir una contractura en flexión de uno o más dedos, de naturaleza progresiva e irreversible.

Pertenece al grupo de enfermedades llamadas fibromatosis.

Se caracteriza por el desarrollo de contracturas debido a la formación de nódulos y/o cuerdas en la mano y en los dedos.

Los nódulos representan sitios de contracción activa de los tejidos.

Las cuerdas están hechas de fascia normal que conecta los nódulos de la piel y otros tejidos.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Desde el punto de vista macroscópico, podemos distinguir varios tipos de lesiones:

- **Nódulos:** la prueba más común de la enfermedad es un “bulto” o nódulo en la palma, cerca del pliegue de flexión, generalmente situado en la base del anular o meñique. Esta protuberancia o nódulo también puede hallarse en la base del pulgar. Aunque su aparición, por lo general se produce en el curso de la enfermedad, pueden ser evidentes como el primer síntoma, precediendo a las cuerdas, especialmente en la zona palmar.
- **Cuerdas:** es una banda fibrosa longitudinal, que se extiende desde la palma de la mano hasta los dedos.

Frecuentemente aparece con un nódulo, pero puede ser independiente. Puede aparecer una banda única o múltiple. La cuerda crea una contractura en flexión de las articulaciones de los dedos. Una vez que se ha iniciado la contractura, el proceso puede llevar a una deformidad severa de uno o varios dedos, llegando incluso a dificultar las actividades de la vida diaria. Las cuerdas también están adheridas a la piel en algunos puntos. Si la restricción se mantiene durante mucho tiempo, puede dar lugar a rigidez secundaria de la articulación. En la palma suele estar precedida cronológicamente por el nódulo. El anular y los dedos pequeños son los más afectados, el dedo corazón es el siguiente, seguido por el pulgar. El dedo índice rara vez se involucra.

- **Hoyuelos:** son menos típicos que los nódulos, pero no menos frecuentes. Pueden ser simples o múltiples y aparecen como una pequeña muesca profunda en la piel. Generalmente se encuentran en la palma, en las proximidades del pliegue palmar distal, pero también pueden encontrarse en los dedos.
- **Acolchamientos articulares dorsales de Garrod:** se trata de lesiones fibrosas en el dorso de la articulación interfalángica proximal. Se desarrolla a expensas de la fascia superficial, entre la piel y los ligamentos de sostén del aparato extensor.

Los grados de la enfermedad de Dupuytren son:

- **Grado 1:** engrosamientos nodulares y una banda en la aponeurosis palmar, pueden tener asociados anomalías de la piel.
- **Grado 2:** desarrollo de cuerdas pretendinosas y digitales con limitación de la extensión de los dedos.
- **Grado 3:** presencia de contractura en flexión.

CAUSAS

- Edad avanzada
- 10 veces más frecuente en hombres que en mujeres
- Diabetes Mellitus
- Epilepsia
- Tabaquismo
- Enfermedad hepática por alcoholismo
- Tras lesión quirúrgica
- Trabajo manual con exposición a vibraciones

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de esta patología se realiza fundamentalmente mediante un examen físico, encontrando en el mismo:

- Nódulos firmes que pueden ser sensibles a la palpación
- Cuerdas indoloras proximales a los nódulos
- Piel pálida con la extensión activa de los dedos
- Surcos o fosas atróficas de la piel
- Almohadillas blandas de los nudillos sobre la parte dorsal de las articulaciones falángicas proximales (nódulos de Garrod)
- Presencia de contracturas articulares en las metacarpofalángicas e interfalángicas proximales

- Prueba de Hueston: el paciente apoya la palma de la mano sobre una superficie plana, debiendo ser capaz de apoyar todos los dedos extendidos de una forma uniforme. Este test es positivo cuando no se consigue apoyar todos los dedos extendidos sobre la mesa y evidencia una contractura en flexión de alguno de los dedos.

TRATAMIENTO

El tratamiento puede ser :

- **Conservador:** indicado para los pacientes con enfermedad estabilizada, sin dolor, con contractura mínima y sin deterioro funcional. Puede usarse magnetoterapia, ultrasonido, crioterapia, uso de férulas, ejercicios de movilidad y estiramientos de la musculatura afectada.
- **Infiltraciones:** el tratamiento conservador se puede complementar con infiltraciones de corticoesteroides, que alivian la inflamación y el dolor y evitan que el engrosamiento del tejido empeore; y colagenasa, que es una enzima que descompone el tejido engrosado.

- **Quirúrgico:** cuyo objetivo es extirpar la fascia enferma para ayudar a prevenir la progresión de la enfermedad y mejorar la capacidad funcional, reducir la deformidad y disminuir la recurrencia. Las técnicas empleadas pueden ser, según la severidad de la contractura, fasciotomía, fasciectomía regional o fasciectomía radical o extensiva.

PRONÓSTICO

La enfermedad presenta una progresión impredecible, y puede volver a presentarse años después de la cirugía en hasta la mitad de los casos.

El pronóstico depende de:

- Antecedentes familiares (si existen aparece más precozmente y más rápido)
- Sexo (en las mujeres la afectación suele ser más tardía, con una progresión más lenta y una mejor adaptación a las deformidades)
- Alcoholismo o epilepsia (siendo las lesiones más graves y con una progresión más rápida)
- Localización (evolución más rápida en el lado cubital de la mano)

COMPLICACIONES

Las complicaciones suelen ser más frecuentes cuanto más radical es la intervención quirúrgica y dependen entre otros factores de la gravedad de la contractura y de los dedos afectados.

Estas pueden ser:

- Hematomas
- Pérdida de piel
- Infección
- Lesiones arteriales o nerviosas
- Edemas
- Rigidez
- Distrofia simpático refleja

BIBLIOGRAFÍA

- Trojian TH, Chu SM. Dupuytren's disease: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2007; 76: 86-89.
- Saraf S. Dupuytren's disease. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2010; 76: 291-293.
- Wagner P, Roman JA, Vergara J. Dupuytren disease. *Rev. Med Chil*. 2012; 140: 1185-1190.
- Machado S. Enfermedad de Dupuytren: una visión actual de la enfermedad. *Rev Port Ortop Traum*. 2013; 21: 313-322.
- Henry M. Dupuytren's disease: current state of the art. *NY*. 2014; 9: 1-8.
- Ball C, Izadi D, et cols. Systematic review of non-surgical treatments for early dupuytren's disease. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016; 17: 345.

TEMA 5. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN LA VIDA MODERNA

**JORDI URBIOLA CASTILLO
ANE FERNANDEZ BEARAN**

ÍNDICE

- ANTECEDENTES
- INTRODUCCIÓN
 - CRITERIO DIAGNÓSTICO
 - EPIDEMIOLOGÍA
- CLASIFICACIÓN
- ABORDAJE
- EL PACIENTE TLP
- DIMENSIONALIDAD
 - PERSPECTIVA BIOLÓGICA
 - PERSPECTIVA
PSICODINÁMICA
 - PERSPECTIVA
INTERPERSONAL
 - PERSPECTIVA COGNITIVA
- BIBLIOGRAFÍA

- **ANTECEDENTES**

MODELO DIMENSIONAL DE LIVESLEY

- Aspectos clínicamente relevantes de la personalidad.
 - ▶ Aplicación de estrategias de descomposición de cada situación.
 - Aspectos heredables.
 - Aspectos ambientales.
- **Casi et al.** en la revista Science: estudio sobre la vulnerabilidad genéticoambiental.
 - ▶ Genotipo + FV Estresantes = Depresión.
- Gemelos monocigóticos / dicigóticos - Menor variabilidad de rasgos de personalidad.
 - ▶

- ANTECEDENTES

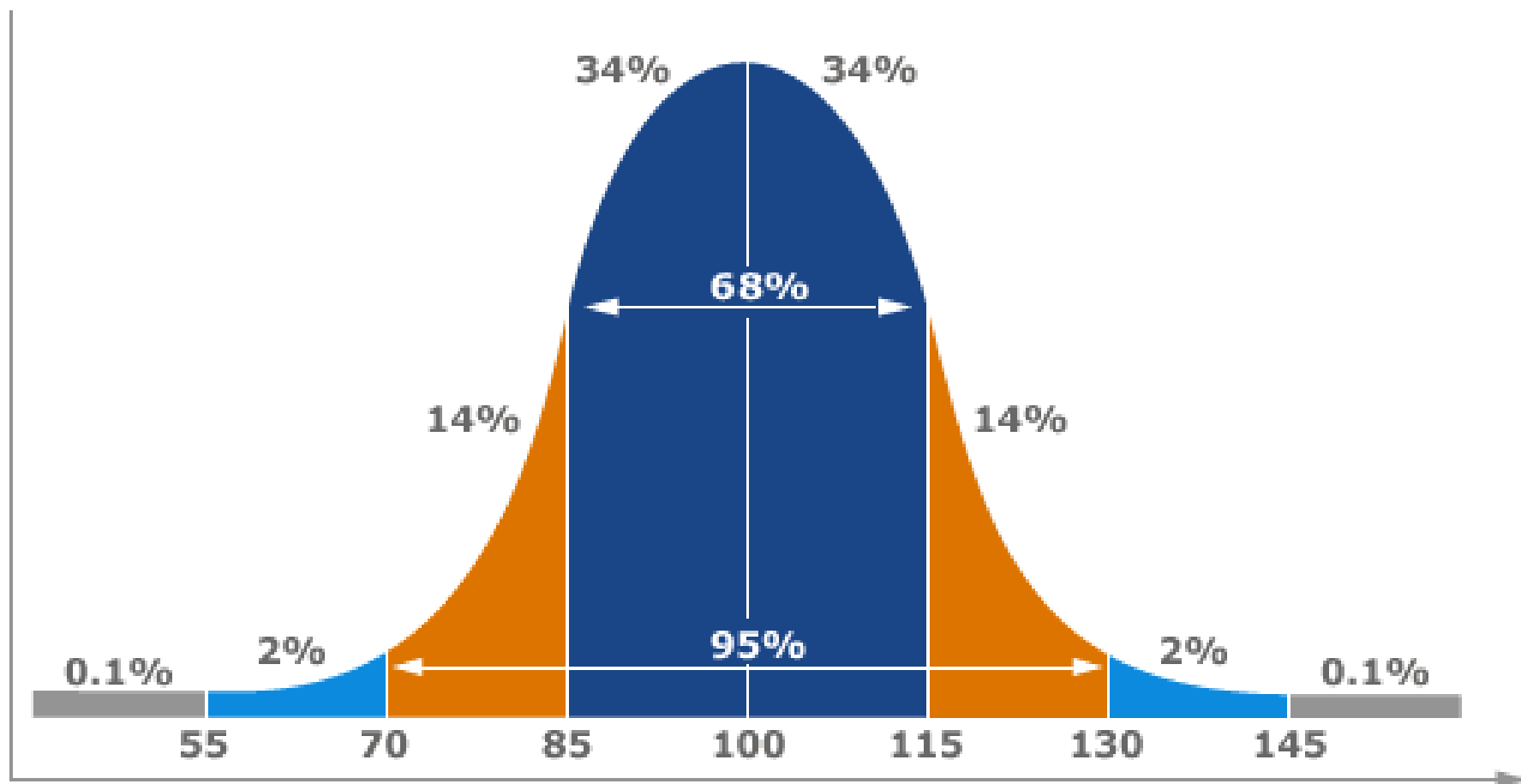
CONCEPTO

- Personalidad.
- Personalidad anormal.
- Trastorno de la personalidad.



- ANTECEDENTES

CONCEPTO



- ANTECEDENTES

CONCEPCIÓN RELACIONAL DE LOS TP

- Visión unipersonal - Paciente portador TP.
- Visión relacional - TRI.
- Patrones relacionales en consulta = Patrones relacionales de uso en la vida diaria.

- introducción

criterios generales para el diagnóstico

- Trastornos de personalidad DSM.
 - ▶ Patrones fijos.
 - ▶ Inflexibles.
 - ▶ Organizan la vida del sujeto en torno a ellos.
 - A. Patrón permanente de experiencia interna que se aparta de las expectativas de cultura del sujeto.
 - Cognición.
 - Afectividad.
 - Actividad interpersonal.
 - B. Inflexible y en diversas situaciones.
 - C. Persistente, provoca malestar o deterioro.
 - D.

- introducción

epidemiología

- Cuestiones metodológicas de evaluación estandarizada - Cifras dispares.
- Cifras elevadas - Problema de gravedad evidente.
- Prevalencia de entre **4.4% y 22.3%**.

- clasificación

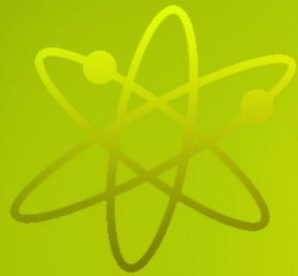
cluster a



cluster b



cluster c



SHELDON



- ABORDAJE

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

- ▶ 1. Tratamiento psicoterápico (Roel, Livesley, Mirapeix, Chiesa).
- ▶ 2. Tratamiento farmacológico.

PERSONALIDAD LÍMITE

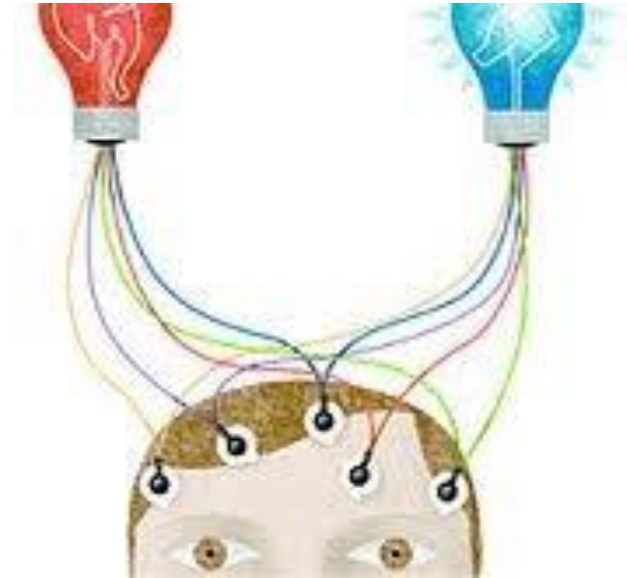


- TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
-

- el paciente tlp

PERSONALIDAD LÍMITE

- *Millon*: Personalidad límite = Telenovela.
 - ▶ Inestabilidad emocional.
 - ▶ Necesidad intensa de relaciones interpersonales.
 - ▶ Estima dicotómica.



- El paciente tlp

PERSONALIDAD LÍMITE

- Soledad - Esfuerzo frenético para evitar ser abandonados.
- Ansiedad, depresión y sentimientos de culpabilidad e inferioridad / Comportamientos autodestructivos.
- Según diversos autores;
 - ▶ Procesamiento emocional / Procesamiento lógico.
- Esperan reciprocidad - Dolor y resentimiento.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA BIOLÓGICA

- Determinadas características básicas del límite, se han asociado a un sustrato biológico;
 - ▶ Impulsividad.
 - ▶ Irritabilidad.
 - ▶ Hipersensibilidad a la estimulación.
 - ▶ Labilidad emocional.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA BIOLÓGICA

- Características extremas en fases tempranas - Resultados extremos.
 - *Ej; predisposición a una reactivada emocional elevada, facilita el establecimiento de relaciones emocionales intensas.*
- Entorno enfermo - Imposibilidad de integrar pautas de comportamiento que moderen o inhiban su expresión.
- Explicación bioquímica; - Serotonina y + Noradrenalina = Activación sin inhibición comportamental.
- Alteraciones serotoninérgicas = Elevado riesgo de autolesión.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA PSICODINÁMICA

- Primeros analistas 3 tipos de funcionamiento:
 - ▶ Normal.
 - ▶ Neurótico.
 - ▶ Psicótico.
- Todo individuo no psicótico se beneficiaría del psicoanálisis.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA PSICODINÁMICA

- *Stern* acuñó el término “límite de la neurosis”.
 - ▶ Neurótico - Refractario al psicoanálisis.
- *Knight* - Deficiente funcionamiento del “Yo”.
 - ▶ Ante estrés, traumas y relaciones patológicas, deterioro en;
 - » -Integración.
 - » -Formación de conceptos.
 - » -Razonamiento, planificación realista...
 - » -Defensa de la irrupción en el pensamiento consciente del “ello”.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA PSICODINÁMICA

- ▶ *Kernberg;*
- Normales (sanos) - Buena integración de si mismo y los demás “Identidad del yo”.
 - ▶ Autoconocimiento.
 - ▶ Gustos y aversiones...
 - ▶ Dirección en la vida.
- Una buena integración “*El ancla permite que el barco resista la tormenta*”.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA PSICODINÁMICA

- TLP - Habitualmente elevado funcionamiento y capacidad de juicio de la realidad.
- Mecanismos primitivos de disociación.
- Clara separación imágenes buenas/malas (de ahí la atribución dicotómica).
- Según Kernberg: Estancamiento en fase de separación - individuación (Previa a la de constancia de los objetos).
- De ahí en la vida adulta:
 - ▶ Ansiedad por separación.
 - ▶ Dependencia.
 - ▶ Necesidad afectiva.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA INTERPERSONAL

- Iracundos, inestables, impulsivos y caóticos - Buen funcionamiento en un marco estructurado.
- Personas próximas - Entornos estables y de aceptación.
- Potencial de inestabilidad interpersonal - Interpretaciones erróneas y estereotipadas.
- Aíslan al sujeto, le ayudan y complementan el juicio de realidad.
- Concepto gradual de TLP;
 - ▶ Individuos con peor integración del “yo” - Pocas personas capaces de establecer “ambiente de apoyo” fuera del despacho.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA INTERPERSONAL

- Anhelos por conseguir una figura que:
 - ▶ Confirme su existencia.
 - ▶ Proteja.
 - ▶ De seguridad.
- Idealización de la persona - Sensación de bienestar por la reciprocidad.
- Como consecuencia de la necesidad de sentir vinculación intensa - Temor al abandono.
- Para compensar el miedo al abandono, la persona idealizada ha de;
 - ▶ Estar físicamente disponible SIEMPRE.
 - ▶ Dar cariño.
 - ▶ Proteger.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA INTERPERSONAL

- Interpretación aberrante. Ej; “Este mediodía necesito el coche” - Interpretación “Y tu no vendrás conmigo”.
- Acontecimientos irrelevantes - Catástrofes interpersonales.
- Interpretación del TLP; “Pronto acabaré sólo, abandonado, sin nadie que me cuide”.
- La sensación de distanciamiento - Reacción de emergencia.
- RESULTADO: Esfuerzo frenético para evitar la separación que provoca lo contrario.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA COGNITIVA

- Estilo cognitivo determinado por la estructura disociada de sus interpretaciones objetales.
- Buen funcionamiento con objeto constante / Funcionamiento regresivo en ausencia tranquilizadora de los demás.
- Cuando las relaciones se ven amenazadas;
 - ▶ Paso de proceso secundario de pensamiento (basado en el principio de realidad) a proceso primario de pensamiento (deseos, fantasías e IMPULSOS).
- Pensamiento dicotómico - Principal distorsión cognitiva del TLP.
- Cognición & Emoción estrechamente ligadas - Oscilación entre polos opuestos (con igual intensidad).

Trastornos de la personalidad en la vida moderna

Theodore Millon

Seth Grossman

Carrie Millon

Sarah Meagher

Rowena Ramnath

2.ª edición



- Abraham, K. (1927a). Character formation on the genital level of the libido. In *Selected papers on psychoanalysis*. London: Hogarth. (Original work published 1924)
- Abraham, K. (1927b). Contributions to the theory of the anal character. In *Selected papers on psychoanalysis*. London: Hogarth. (Original work published 1921)
- Abraham, K. (1927c). The influence of oral eroticism on character formation. In *Selected papers on psychoanalysis*. London: Hogarth. (Original work published 1924)
- Adler, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. Northvale, NJ: Aronson.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1027.
- Ainsworth, M. D. S. (1972). Attachment and dependency: A comparison. In J. L. Gewirtz (Ed.), *Attachment and dependency* (pp. 97-137). New York: Wiley.
- Akhtar, S. (1992). *Broken structures*. Northvale, NJ: Aronson.
- Akhtar, S., & Thomson, J. A., Jr. (1982). Overview: Narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 139, 12-20.
- Akiskal, H. S. (1981). Subaffective disorders: Dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 25-46.
- Alarcon, R., Foulks, E., & Vakkur, M. (in press). *Personality and culture: Clinical interactions between personality, personality disorders, and culture*. New York: Wiley.
- Alexander, F. (1930). The neurotic character. *International Journal of Psychoanalysis*, 11, 292-313.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt.
- Allport, G. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological Monographs*, 47(No. 211).
- Almagor, M., Tellegen, A., & Waller, N. G. (1995). The Big Seven Model: A cross-cultural replication and further exploration of the basic dimensions of natural language trait descriptors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 300-307.
- Alneas, R., & Torgersen, S. (1997). Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(4), 336-342.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Apt, C., & Hurlbert, D. (1994). The sexual attitudes, behavior, and relationships of women with histrionic personality disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20(2), 125-133.
- Arieti, S. (1955). *Interpretation of schizophrenia*. New York: Brunner/Mazel.
- Auchincloss, E. L., & Weiss, R. W. (1994). Paranoid character and intolerance of indifference. In J. M. Oldham & S. Bone (Eds.), *Paranoia: New psychoanalytic perspectives* (pp. 27-48). Guilford, CT: International Universities Press.
- Bak, R. C. (1946). Masochism in paranoia. *Psychoanalytic Quarterly*, 15, 285-301.
- Balthazar, M. L., & Cook, R. J. (1984). An analysis of the factors related to the rate of violent crimes committed by incarcerated female delinquents. *Journal of Offender Counseling, Services, and Rehabilitation*, 19, 103-118.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Bates, J. E. (1980). The concept of difficult temperament. *Merrill-Palmer Quarterly*, 26, 299-319.
- Bates, J. E. (1987). Temperament in infancy. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infancy* (2nd ed., pp. 1101-1149). New York: Wiley.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-256.

TEMA 6.CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

MARÍA CARMEN BERENGUER ÚBEDA

ÍNDICE

- 1.- INTRODUCCIÓN**
- 2.- COMPLICACIONES**
- 3.- EQUIPO**
- 4.- FIJACIÓN DE LA REGLA A LA CAMA**
- 5.- REGLA GRADUADA**
- 6.- ALTURA DEL DRENAJE**
- 7.- CONEXIÓN AL CATÉTER**
- 8.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
- 9.- SOSPECHA DE INFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**
- 10.- LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO**
- 11.- BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

Los DVE (tanto los simples como los que llevan incorporado un transductor de medición PIC) son dispositivos muy empleados en NCG y cuyo manejo requiere un especial cuidado, ya que de este manejo, va a depender en gran medida la reducción de posibles complicaciones asociados a los mismos.

COMPLICACIONES

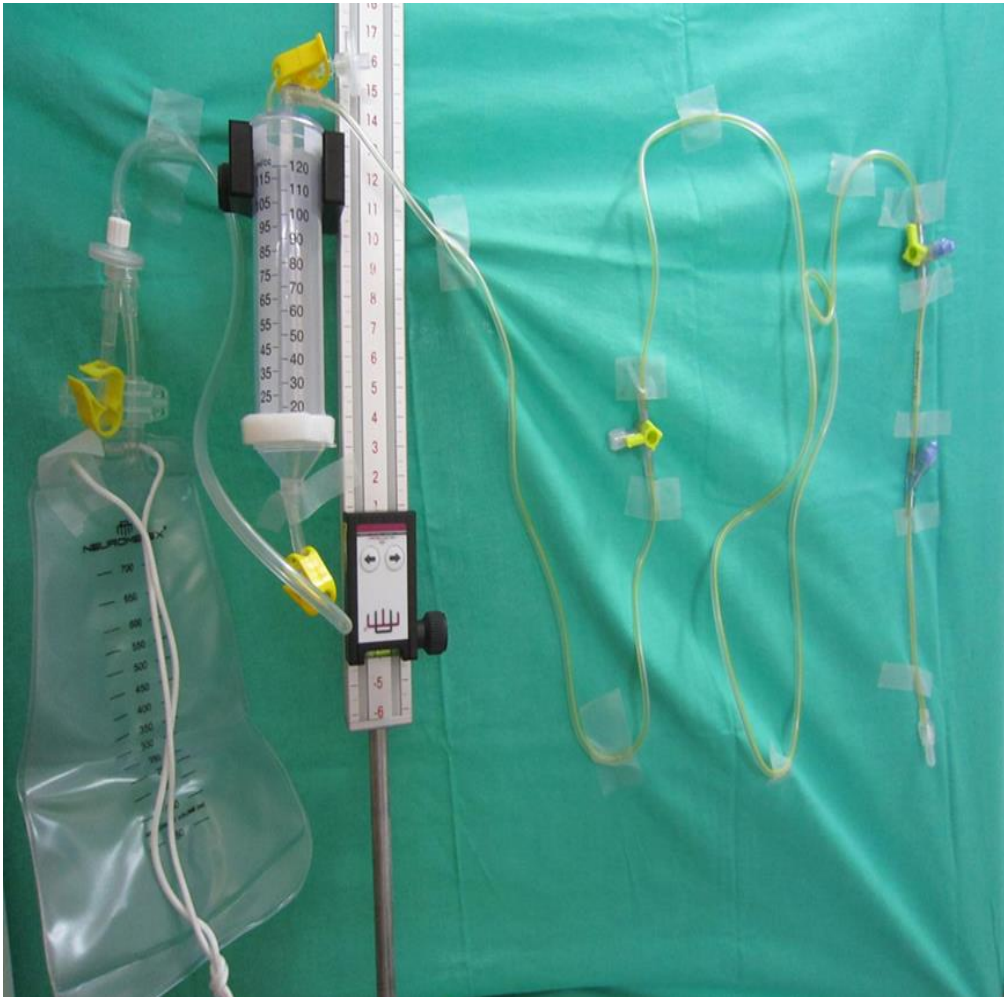
1. Infección. Muy relacionado con la manipulación. Riesgo de infecciones del sistema nervioso central (SNC), tales como meningitis y ventriculitis.
Las tasas de estas infecciones varían según los diferentes autores, llegando hasta 22% en algunas series.
Existen varios factores de riesgo asociados a dichas infecciones como:

- ✓ **Intrínsecos del paciente** (inmunodepresión por la cirugía o enfermedad de base).
- ✓ **Vinculados al procedimiento** propiamente dicho, dentro de los cuales se encuentran los propios catéteres intracraneales como por ejemplo, lugar de emplazamiento, tiempo de permanencia, fístula de LCR asociada, tipo de cirugía, etc...

- 2. Hemorragia.** Principalmente debido a la colocación.
- 3. Desplazamiento del catéter** → Por parte del personal sanitario o del paciente.
- 4. Obstrucción del catéter.**
- 5. Perdida de LCR pericatóter** → ¡Vigilar!
- 6. Drenaje por exceso o defecto** → Vigilar altura del reservorio.

Estas complicaciones determinan un aumento de la mortalidad entre 10% y un 20%, así como un importante incremento de la morbilidad de pacientes neuroquirúrgicos, lo que incide en la prolongación de la estancia e indiscutiblemente en elevar sobremanera los costos asistenciales.

EQUIPO



1. Conexión al catéter ventricular.

2. Toma de muestras.

3. Llave de 3 pasos (conexión monitor/drenaje/**Punto de inyección**).

4. Llave de tres pasos.

5. Nivel punto 1.

6. Cámara colectora deslizante.

7. Bolsa colectora del drenado.

8. Escala de presión.

9. Láser nivel punto 0 (agujero Monro).

C₁ Clamp filtro cámara.

C₂ Clamp Cámara colectora.

C₃ Clamp filtro bolsa colectora.

FIJACIÓN DE LA REGLA A LA CAMA



El sistema de fijación debe ir en la cama, nunca en barandillas o zonas de movilidad que pueda alterar la altura.

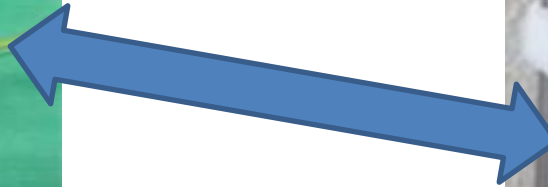
REGLA GRADUADA

Para poner la altura de presión indicada, escala siempre en cm de H₂O.

Nunca en mmHg



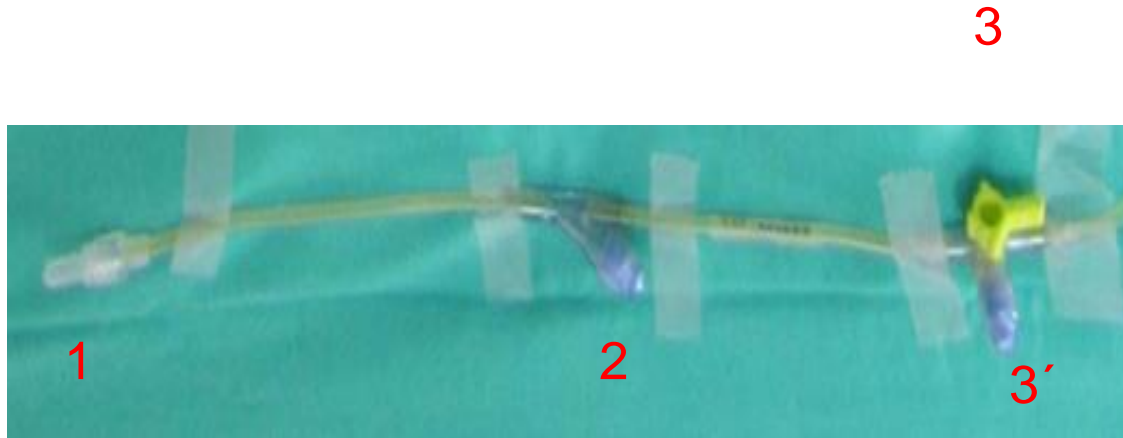
Altura de la presión: Todo el personal sanitario debe comprobar el equipo de drenaje que se está utilizando. En algunos (como en los dos ejemplos de arriba), la diferencia de altura puede ser sustancial.



ALTURA DEL DRENAJE

- El médico indicará por escrito la altura en cm de H₂O que debe estar el drenaje. Considerando el PUNTO 0 el pabellón auricular exactamente en el conducto auditivo externo, la referencia de la altura la dará el punto donde cae la gota en la cámara de drenaje (altura de la presión). Para ello debemos regular la altura del sistema recolector, ya que influye en el grado de permeabilidad de éste y, por lo tanto, en que haya un mayor o menor cantidad de líquido drenado.
- Se recomienda drenar entre 5-10 ml/h (**una gota por segundo**) y nunca más de 20 ml/h.
- Se debe vigilar horariamente . Avisar al Facultativo si no drena.

CONEXIÓN AL CATÉTER



1. Conexión al catéter ventricular.
2. Tomas de muestras.
3. Llave de 3 pasos (Punto de inyección*/conexión al monitor/drenaje).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Manipular DVE lo menos posible (evitar riesgo de infección).

No colocar sistema de medición de PIC (UCI-REA) de rutina, solo en casos seleccionados (evitar riesgo de infección).

No tomar muestras de LCR de rutina. Sólo ante sospecha de infección.

Cerrar el DVE para movilizaciones del paciente.

- Para traslados del paciente (TAC, RMN...) mantener cerrado salvo indicación facultativa (sólo abrir si no aguanta el paciente tanto tiempo con el DVE cerrado). Cerrar también el clamp del filtro para que no se moje.
- Comprobar que las llaves de tres pasos y filtros estén abiertas después de traslados o movilizaciones del paciente, con la excepción del clamp de la cámara colectora.

Vaciar el reservorio al menos cada turno y anotar el débito (antes de que se llene).

Vaciar bolsa colectora cada 24h o cuando esté $\frac{3}{4}$ partes llena.

Comprobar permeabilidad del sistema (la columna del LCR oscila si es permeable).

Movilizar al paciente con cuidado para evitar desplazamientos del catéter.

Puntualmente y bajo indicación de NCG, se puede realizar lavado del sistema con SF en condiciones de asepsia/esterilidad. Lavado siempre hacia el reservorio nunca hacia el cerebro (cerrar llave de tres pasos hacia cerebro).

Vigilar que no drene LCR pericatéter (especialmente cuando mantenemos DVE cerrado para valorar retirada).

Vigilar la situación clínica del paciente (si no está sedado), disminución del nivel de conciencia, cefalea súbita, cefalea intensa y persistente...

Siempre que se tenga que sacar el colector del soporte, se debe cerrar el filtro.

Cerrar el DVE para movilizaciones del paciente.

Si no se cierra puede ocurrir:

Sifonaje hacia la bolsa colectora con el consiguiente riesgo de colapso ventricular.

Reflujo hacia el cerebro del paciente con el riesgo de infección del SNC.

En caso de obstrucción del sistema. Deberá comunicarse al neurocirujano, no debiéndose aspirar ni infundir soluciones sin previa consulta.

En caso de rotura o deterioro del catéter se pinzará por su zona proximal y se avisará al neurocirujano para retirada del catéter a la mayor brevedad posible para minimizar riesgo de infección.

Para obtener muestras de LCR, pinzaremos el drenaje media hora antes de la extracción. La extracción se hará por la zona más proximal del catéter, para evitar la contaminación de la muestra. Extraeremos el mínimo volumen posible y de forma muy lenta, para evitar el colapso de los ventrículos. Se enviará la muestra, lo más rápidamente posible, al Laboratorio.

SOSPECHA DE INFECCIÓN DEL SNC

- Alteración de la conciencia, disminución Glasgow.
- Déficit neurológico focal o convulsiones no explicadas por otras causas.
- Rigidez de nuca.
- Fiebre sin foco evidente.
- LCR opaco en sistema o bolsa.

LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO

1. En condiciones normales el LCR es transparente.
2. Si es turbio o amarillo es identificativo de infección.
3. Si es hemático indica una hemorragia ventricular, en este caso los coágulos pueden obstruir el sistema.
4. Si es xantocrómico (amarillo-ámbar), indica un sangrado antiguo.

BIBLIOGRAFÍA

- Grille P, Costa G, Biestro A, Wajskopf S. Manejo del drenaje ventricular externo en la unidad de cuidados intensivos. Guía práctica.. Rev Med Urug 2007; 23: 50-55.
- Spaho N, Camputaro L, Salazar E, Clara L, Almada G, Lizzi A, Butera J, Gallesio A, García O, Rabadán A. Guías de para el manejo del drenaje ventricular externo. Argentina Rev. Argent Neuro. 2006, 20: 143 VOL 20, 2006
- Serrano J, Marco V, De Pablo C, Ramírez A. Hidrocefalia: alternativas terapéuticas e implicaciones de enfermería. Enfermería Integral. Septiembre 2007.

TEMA 7. EL HALO CRANEAL: IMPLICACIÓN DEL TCAE

PAULO JOSÉ VALDÉS VÁZQUEZ

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN

2 OBJETIVOS

3 METODOLOGÍA

4 RESULTADOS

5 CONCLUSIONES

6 BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Con el presente trabajo se pretende sintetizar de una manera lo más concisa posible las implicaciones que para el TCAE supone la atención a una paciente portador de Halo Craneal.

OBJETIVOS

- Mantener la alineación y estabilidad del paciente, así como prevenir sus posible complicaciones.
- Prevenir complicaciones por el riesgo de UPP vigilando las prominencias óseas y, en especial, la zona occipital.
- Mantener un estado nutricional y de hidratación correcto.
- Valorar y mantener un patrón de eliminación adecuado.
- Estimular al paciente para que mueva las extremidades sin mover la columna.
- Valorar el impacto psicológico.

METODOLOGÍA

El Halo Craneal se utiliza para reducir o estabilizar una fractura o luxación cervical, es un soporte de metal que rodea y se conecta al cráneo por medio de 4 tornillos, 2 fronto-parietales y 2 parieto-occipitales. Los dos tornillos anteriores se colocan a 1-2 cm por encima del borde de la ceja y los tornillos posteriores se colocan 1 cm por encima del borde superior de la oreja.

Una vez colocado el Halo Craneal en quirófano pasaremos al paciente a una cama con arco balcánico en la cual ya tendremos montada una polea, la cuerda de la tracción tiene que pasar por la ranura de la polea. Nos aseguraremos que las pesas cuelgan libres, nunca deben apoyarse en la cama o en el suelo. Está contraindicado el uso de almohada.

El propósito de la tracción cervical es reducir la fractura o luxación y mantener alineada e inmovilizada la columna vertebral para descomprimir la médula.

Durante la fase de inmovilización debemos prestar atención a una serie de cuidados:

- Vigilar el estado del paciente.
- Valorar los cambios en el nivel de consciencia del paciente.
- Vigilar las zonas de inserción del sistema de tracción en busca de signos de infección o sangrado excesivo.
- Educar al paciente acerca de la necesidad de mantener una correcta alineación corporal.
- El paciente necesitara ayuda para las actividades de cuidado personal.
- Las lateralizaciones han de ser mínimas.
- Valoraremos las características de la orina, frecuencia de la micción, color olor, etc.
- Valoraremos la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.

- Por la dificultad de la deglución deberá llevar una dieta blanca o de fácil masticación.
- Debido a la inmovilización prolongada el paciente puede presentar trastornos emocionales, de la conducta y trastornos del sueño.

RESULTADOS

Asegurarse de que el enfermo salga de la intervención quirúrgica con temperatura estable, cuidado en la integridad de la piel, minimizar en lo posible sus temores, miedos y ansiedad. El traslado a su cama hospitalaria garantice su intimidad, seguridad e integridad tanto física como emocionalmente. En planta dispensarle todos los cuidados de enfermería necesarios hasta que el paciente sea dado de alta.

CONCLUSIONES

Por sus especiales condiciones de movilidad reducida y gravedad de la lesión, los pacientes sujetos a un tratamiento por tracción cervical se hallan en una situación que no solo puede presentar complicaciones físicas, también emocionales y cuya prevención requiere la implicación conjunta y coordina de todo el equipo sanitario que interviene mientras dura el tratamiento.

Es esencial que mantengamos en todo el momento el feedback con el paciente, pues de ello depende que podamos detectar antes que se produzcan las posibles complicaciones físicas y especialmente las emocionales, a fin de que el equipo sanitario adopte las medidas necesarias para evitarlas.

BIBLIOGRAFÍA

López Chicharro. J. López Mojares L.M (2008). Capítulo 2: Actividad física y salud. Capítulo 29: Ansiedad. Editorial Médica Panamericana. Fisiología clínica del ejercicio.

ASEPEYO. (2009). Guía: Cuidados de enfermería al paciente en urgencias. Diagnósticos, actividades y técnicas habituales.

García López O.F. (2007). Tratamiento de la luxación cervical mediante reducción cerrada segmento inferior (C3 a C7). Mediagraphic. Volumen 3, Número 3. (190-191).

TEMA 8. CESÁREA PROGRAMADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

**IDOIA LAPARTE CAMPO
NAHIA ARRAIZA GULINA
ISABEL CELAYA CALVO
AMAIA CORUJO ELIZALDE**

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **PRESENTACIÓN DEL CASO**
- **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**
- **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**
- **OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**
- **CONCLUSIONES**

INTRODUCCIÓN

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero. En sus inicios, fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aún cuando su mortalidad era cercana al 100%. En la medida que su morbimortalidad ha disminuido sus indicaciones han aumentado.

En la actualidad, las indicaciones para la misma son: presentación podálica, embarazo múltiple, placenta previa, transmisión de infecciones maternas, presentación transversa, paciente con antecedentes de dos o más cesáreas, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y prociencia de cordón.

Existen diferentes tipos de cesárea que son:

- Cesárea programada: se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje el parto por vía vaginal.
- Cesárea en curso: se realiza durante el curso del parto por diversos problemas.
- Cesárea urgente: se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto.

A continuación se presenta un caso clínico del postoperatorio inmediato de una paciente intervenida de cesárea programada por presentación podálica. El plan de cuidados se ha basado en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y guiado por la taxonomía NANDA-NOC-NIC, donde se han identificado siete diagnósticos de Enfermería.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 28 años de edad que acude a urgencias para intervención quirúrgica de cesárea programada.

Se trata de una gestante de 38+5 semanas con presentación del feto en nalgas incompletas. La mujer no presenta contracciones uterinas, ni sangrado vaginal ni ha roto la bolsa. Se encuentra en ayunas desde las 12 horas de la noche del día anterior.

No presenta alergias conocidas. No presenta antecedentes de enfermedades de interés ni ha sido intervenida quirúrgicamente. Tampoco presenta antecedentes familiares de interés (no diabetes, no bocio). Respecto a los antecedentes obstétricos y ginecológicos, la menarquia la tuvo a los 16 años y su fórmula menstrual es de 5/30. El método anticonceptivo anterior utilizado de barrera. Su fórmula es: G1, P0, A0.

Datos básicos del embarazo: Grupo y Rh de la madre: Grupo B (+). Incompatibilidad Rh: No. Serología hepatitis B: negativo. Serología VIH: negativo. Serología Lúes: negativo. Serología Rubeola: inmune. Serología toxoplasmosis: no inmune.

Exploración física: buen estado general. Presión arterial: 135/ 86 mmHg. Frecuencia cardiaca: 83 latidos por minuto. Temperatura axilar 35.8°C

Exploración obstétrica:

Cultivo vagino-rectal (EGB): negativo.

Eco abdominal: feto en podálica, dorso anterior, LCF: positivo, MF: positivo. Placenta lateral derecha y anterior normoinserta. Líquido amniótico: normal.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

1. Necesidad de oxigenación

N. oxigenación	Datos
Frecuencia respiratoria	18 rpm
Saturación O ₂	99 %
Presión arterial	125/86 mmHg
Frecuencia cardiaca central	77 lpm
Pulsos periféricos	Presentes
Temperatura	T ^a axilar: 36.3°C
Edemas periféricos	No
Hematíes	4*10 ¹² /L
Hemoglobina	12.9g/dL
Hematocrito	38.3%

2. Necesidad de comer y beber

N. comer y beber	Datos
Peso/talla IMC	66kg/155cm IMC: 27,47
Hábitos alimenticios	Dieta semilíquida, ir probando tolerancia
Ingesta de líquidos C/24h	2000ml/24h
Presencia de edemas y localización	No
Sed anómala	No
Autonomía para la alimentación	Autónoma
Otros síntomas	No

3. Necesidad de eliminación

N. de eliminación	Datos
Cantidad de heces	Normal, fuera de casa presenta dificultades para hacer de vientre
Características heces	Sin olor fuerte, color marrón y heces formadas.
Continencia	Continente
Cantidad: anuria, oliguria, poliuria	Normal
Características orina: olor color, componentes	Clara, sin olor fuerte
Dispositivos	Sonda vesical Folley nº 16, 2 llaves, con válvula de vaciado.

4. Necesidad de moverse y mantener la postura

N. de moverse y mantener la postura	Datos
Dificultad moverse: levantarse, sentarse, caminar	Cierta limitación en el movimiento debido al dolor producido por la herida quirúrgica.
Tono fuerza muscular	Buen tono y fuerza
Marcha inestable	Marcha estable
Valorar la coordinación movimientos musculares	Movimientos coordinados
Otros síntomas	No

5. Necesidad de reposo/sueño

N. de reposo/sueño	Datos
Cantidad: nº horas diarias	5-6 horas nocturnas
Calidad: tranquilo , pesadillas, interrupción	Interrupción del sueño
Cansancio (ojeras, cara pálida, somnoliento)	Cansancio, ojeras

6. Necesidad de vestirse y desvestirse

N. de vestirse y desvestirse	Datos
Elige ropa apropiada	Ropa apropiada
Limpieza de la ropa	Limpia
Nivel de autonomía	Autónoma

7. Necesidad de mantener la temperatura corporal

N. de mantener la temperatura	Datos
Temperatura corporal	Temperatura axilar: 36.3°C
Otros síntomas	No

8. Necesidad estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos

N. de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos	Datos
Aspecto general	Aseado
Piel	Herida quirúrgica suprapúbica con agrafes. Apósito manchado
Mucosas	Mucosas íntegras y sonrosadas

9. Necesidad de evitar peligros

N. de evitar peligros	Datos
Dolor	Si, moderado al moverse. EVA: 6
Ansiedad	Si, moderada
Presencia de dispositivos	CVP nº 18 ESI

10. Necesidad de comunicación

N. De comunicación	Datos
Nivel de consciencia	Consciente
Sentidos	Sin alteraciones
Otros síntomas	No

11. Necesidad de valores y creencias

N. de valores y creencias	Datos
Pertenencia religiosa	Ortodoxa.
Tiene miedo a la muerte	No
Grado de confianza en el personal sanitario	Confía en el personal sanitario

12. Necesidad de ocuparse para realizarse

N. de ocuparse para realizarse	Datos
Autoestima	Tristeza, desánimo por no saber cómo darle el pecho al bebe.
Imagen corporal	Sin alteraciones.

13. Necesidad de recrearse

N. de recrearse	Datos
Hábitos de ocio	Pasear
Grado de afectación del ocio	No
Otros síntomas	No

14. Necesidad de aprender

N. de aprender	Datos
Grado de conocimientos sobre su proceso	Bajo, no conoce las posiciones de lactancia materna ni los cuidados del recién nacido
Vías adquisición conocimientos	Educación por parte del profesional

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Problema interdependiente:

- Cesárea
- Dolor

Diagnósticos de enfermería:

- (00046) Deterioro de la integridad cutánea relacionado con factores mecánicos y manifestado por herida quirúrgica con agrafes.
- (00104) Lactancia materna ineficaz relacionado con conocimientos deficientes manifestado por mala posición y mal agarre del pezón.

- (00146) Ansiedad relacionado con el cambio en el estado de salud y cambio en el entorno y manifestado por desánimo, tristeza y expresión de preocupación.
- (00095) Deterioro del patrón del sueño relacionado con el cambio en el patrón vigilia/sueño de la madre y preocupación por intentar dormir y manifestado por sueño interrumpido y cansancio durante el día.
- (00015) Riesgo de estreñimiento relacionado con cambio en los patrones de alimentación habituales y actividad física insuficiente.
- (00016) Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con intervención quirúrgica y manifestado por portadora de sonda vesical.
- (00004) Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (sonda vesical y vía venosa y alteración de las defensas primarias (herida quirúrgica).

OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

PI: Cesárea

- NOC: 2511 Estado materno: puerperio
 - (251101) Equilibrio emocional.
 - (251105) Circulación periférica.
 - (251106) Altura del fondo uterino.
 - (251107) Cantidad de loquios.
 - (251116) Ingesta de alimentos y líquidos.
- NIC: 6930 Cuidados posparto
 - Monitorizar signos vitales.
 - Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos.

- Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación.
- Animar a la madre a comentar su experiencia del trabajo de parto y del nacimiento de su hijo.
- Tranquilizar a la paciente sobre su capacidad de cuidar de sí misma y del lactante.
- Monitorizar el estado emocional del paciente.
- Monitorizar la función intestinal.
- Facilitar la reanudación de una función intestinal normal.
- Aplicar medidas para reducir la probabilidad de desarrollar una trombosis venosa profunda.
- Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieran ser notificados de inmediato.

- NIC: 1020 Etapas de la dieta
 - Determinar la presencia de sonidos intestinales.
 - Hacer avanzar la dieta desde la dieta líquida absoluta, dieta blanda, a dieta normal.
 - Observar la tolerancia a la progresión de la dieta.

PI: Dolor

- NOC: 2102 Nivel del dolor
 - (210201) Dolor referido.
 - (210204) Duración de los episodios de dolor.
 - (210206) Expresiones faciales de dolor.

- NIC: 1400 Manejo del dolor
 - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, gravedad del dolor y factores desencadenantes.
 - Observar signos no verbales de molestias.
 - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
 - Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
 - Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor, según corresponda.
 - Animar al paciente a utilizar medicación analgésica adecuada.
 - Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos m/p herida quirúrgica con agrafes.

- NOC: 1102 Curación de la herida: por primera intención
 - (110213) Aproximación de los bordes de la herida.
 - (110214) Formación de cicatriz
- NIC: 3440 Cuidados del sitio de incisión
 - Explicar el procedimiento al paciente mediante una preparación sensorial.
 - Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
 - Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
 - Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.

- Retirar grapas.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.
- Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluidos los signos y síntomas de infección.

(00104) Lactancia materna ineficaz relacionado con conocimientos deficientes manifestado por mala posición y mal agarre del pezón.

- NOC: 1001 Establecimiento de la lactancia materna: madre
 - (100101) Comodidad de la posición durante la alimentación.
 - (100102) Sostiene el pecho en forma de "C"
 - (100104) Reflejo de eyección de leche

- NIC: 1054 Ayuda en la lactancia materna
 - Proporcionar a la madre oportunidad de contacto con el bebé para que dé el pecho dentro de las 2 horas siguientes al nacimiento.
 - Ayudar a los padres a identificar las horas del despertar del bebé como oportunidades para practicar la alimentación de pecho.
 - Vigilar la capacidad del bebé para mamar.
 - Enseñar a la madre a observar cómo mama el bebé.
 - Animar a la madre a que no limite el tiempo de mamar del bebé.
 - Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar.
 - Controlar la integridad de la piel de los pezones.

- NIC: 5244 Asesoramiento en la lactancia materna
 - Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.
 - Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
 - Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios.
 - Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia
 - Explicar la diferencia entre succión nutritiva y no nutritiva
 - Enseñar a la madre a dejar que el lactante termine con la primera mama antes de ofrecer la segunda.
 - Explicar a la madre los cuidados del pezón.
 - Explicar las técnicas para evitar o minimizar la congestión mamaria y las molestias asociadas.

(00146) Ansiedad relacionado con el cambio en el estado de salud y cambio en el entorno y manifestado por desánimo, tristeza y expresión de preocupación.

- NOC: 1211 Nivel de ansiedad
 - (121109) Indecisión.
 - (121117) Ansiedad verbalizada.
- NIC: 5820 Disminución de la ansiedad
 - Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
 - Explicar todos los procedimientos.
 - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
 - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
 - Animar a la familia a permanecer con el paciente.
 - Escuchar con atención.

(00095) Deterioro del patrón del sueño relacionado con el cambio en el patrón vigilia/sueño de la madre y preocupación por intentar dormir y manifestado por sueño interrumpido y cansancio durante el día.

- NOC: 0004 Sueño
 - (401) Horas de sueño.
 - (406) Sueño interrumpido.
- NIC: 1850 Mejorar el sueño
 - Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
 - Observar/registrar el patrón y número de horas.
 - Enseñar a controlar los patrones de sueño.
 - Fomentar el aumento de las horas de sueño.
 - Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

(00015) Riesgo de estreñimiento relacionado con cambio en los patrones de alimentación habituales y actividad física insuficiente.

- NOC: 0501 Eliminación intestinal
 - (50101) Patrón de eliminación.
 - (50104) Cantidad de heces en relación con la dieta.
 - (50110) Estreñimiento.
- NIC: 0430 Control intestinal
 - Anotar la fecha de la última defecación.
 - Informar si hay disminución de sonidos intestinales.
 - Monitorizar los signos y síntomas del estreñimiento.
 - Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.
 - Instruir al paciente/familiares a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.

(00016) Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con intervención quirúrgica y manifestado por portadora de sonda vesical.

- NOC: 0503 Eliminación urinaria
 - (50303) Cantidad de orina
 - (50304) Color de la orina
- NIC: 1876 Cuidados del catéter urinario
 - Observar las características del líquido drenado.
 - Limpiar el equipo de drenaje urinario siguiendo el protocolo del centro.
 - Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
 - Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos específicos.
 - Retirar el catéter en cuanto esté indicado.

(00004) Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos (sonda vesical y vía venosa y alteración de las defensas primarias (herida quirúrgica).

- NOC: 0703 Severidad de la infección
 - (70301) Erupción.
 - (70306) Piuria.
 - (70307) Fiebre.
- NIC: 2440 Mantenimiento dispositivo de acceso venoso
 - Mantener una técnica aséptica.
 - Cambiar los sistemas, vendajes y tapones de acuerdo con el protocolo del centro.
 - Llevar el registro preciso de solución de infusión.
 - Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, fiebre, malestar).

CONCLUSIONES

El proceso de enfermería permite sistematizar las intervenciones del cuidado de las mujeres de postcesárea para sustentar la disciplina en un método de trabajo.

La cesárea es una decisión terapéutica que conlleva diversas ventajas tanto maternas como fetales, así como también múltiples riesgos. La interacción enfermera-paciente desde la valoración hasta la evaluación ha permitido recolectar datos objetivos y subjetivos a fin de identificar los problemas interdependientes y los diagnósticos de enfermería.

La aplicación de este plan de cuidados supone una mejora en la atención al paciente y en la organización del trabajo. Dentro de los beneficios que aporta podemos resaltar los siguientes: disminuir la variabilidad asistencial, aumentar la eficacia de los cuidados, mejorar la comunicación interprofesional, documentar la labor de la enfermería, evitar olvidos o repeticiones y mejorar la práctica enfermera basada en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
- Burlecek FM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J,, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elseiver; 2009.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Sqanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elseiver; 2009.
- Patricio Gayán, et all. Protocolo de indicación operación cesárea. Rev. Obstet. Ginecol. 2009; Vol 4 (2): 113-118
- Carlos Schnapp, et all. Operación cesárea. Revista Med. Clin. Condes. 2014; 25 (6) 987-992

TEMA 9. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON TERAPIA ELECTROCONVULSVIA.

ALBA FERNANDEZ FALCES

ÍNDICE

- ¿Qué es la terapia electroconvulsiva?
- Cuidados Pre-TEC
- Cuidados durante el TEC
- Cuidados Post-TEC

¿Qué es la terapia electroconvulsiva?

- La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es una técnica de tratamiento que se realiza mediante la electricidad al inducir una activación de las neuronas del sistema nervioso central, que debe ser repetida un determinado número de veces, para el tratamiento de algunas enfermedades psiquiátricas.

La TEC se introdujo a finales de los años 30, mucho antes de la aparición de los potentes tratamientos farmacológicos de que se dispone actualmente. A pesar de ello su utilización persiste por su alto grado de eficacia, seguridad y utilidad. Para muchos pacientes, la TEC es una forma de tratamiento muy segura y efectiva. (1)

CUIDADOS DE ENFERMERA EN PERSONA EN TRATAMIENTO CON TEC

- El proceso de atención de enfermería (PAE) ha de comenzar realizando una historia exhaustiva del paciente en coordinación con los distintos miembros del equipo de Salud mental, mediante la observación y la entrevista. Así mismo el paciente ha de estar informado en todo momento de cualquier tipo de procedimiento que se le vaya a realizar así como los beneficios/consecuencias que va a tener en el mismo.
- Podemos organizar los cuidados de enfermería en 3 fases:

PLAN DE CUIDADOS PRE-TEC

- Durante este periodo, el paciente se encuentra solo, alejado de sus familiares, amigos y resto de pacientes, sin sus pertenencias, quedando totalmente desconectado del exterior. Es un momento de gran ansiedad para el paciente. Por lo tanto será muy importante si es posible una enfermera de referencia en todo el proceso del TEC para que a la hora de la administración haya una cara conocida que pueda transmitir seguridad.
- También es muy importante ofrecer información complementaria a la información médica y realizar educación para la salud con el fin de disminuir sus miedos.

- Revisión exhaustiva de la historia clínica y comprobación de que tiene realizada todas las pruebas complementarias necesarias para la administración TEC: Bioquímica, hemograma ECG, Rx tórax anteroposterior y lateral, informe de anestesia con el consentimiento firmado.
- Muy importante es el consentimiento informado del TEC (Puede estar firmado por el propio paciente o por los familiares en caso de estar incapacitado)
- Comprobación hora, fecha y quirófano asignado para la realización de la técnica.

CUIDADOS PARA APLICAR LA TEC

- Ayunas: entre 6 y 8 horas para sólidos y 2 para líquidos.
- Vaciamiento de vejiga antes de comenzar la técnica.
- Retira si es necesario laca de uñas, dentadura postiza, anillos, reloj... ya que pueden producir interferencias con la corriente eléctrica.
- Se duchará al paciente y se le colocará un camisón limpio y ropa de cama limpia.
- Se deben registrar las constantes vitales incluida temperatura. En caso de paciente diabético también la glucemia basal.
- Avisar al psiquiatra ante cualquier anomalía.

CUIDADOS DURANTE LA TEC

- Preparación de todo el equipo necesario para la realización de la técnica.
- Colocación adecuada del paciente: Se le colocará con el cuerpo alineado y las extremidades descubiertas para visualizar la convulsión.
- Monitorización.
- El procedimiento, incluye la limpieza de la piel con alcohol en el lugar de la ubicación de los electrodos (fronto-temporal); Estos se colocan con una cinta elástica envolviendo el perímetro encefálico. Para favorecer el paso de la corriente, puede aplicarse una pasta conductora o lo que es más frecuente interponer entre la piel y el metal una pieza fina de tela de algodón o hilo (gasa) humedecida en suero fisiológico sin que gotee.

- Una vez canalizada la vía, el médico anestesista administrará la medicación oxigenando al paciente con ventilación asistida. En algunos casos se suele dejar puesta una vía fija.
- Protección dental.
- Colocación de Tubo de Mayo y oxigenación.
- En este momento el personal de enfermería debe colocarse en posición adecuada para sujetar al enfermo (uno en cada lado) para evitar posibles lesiones durante la convulsión.

CUIDADOS POST- TEC

Tras la realización de la técnica el paciente pasará a la zona de reanimación donde ha de estar vigilado.

- Oxigenación (Puede sufrir periodos de apnea durante la crisis).
- Monitorización de las constantes vitales (puede aparecer una fase de bradicardia e hipotensión).
- Control de las complicaciones.
- En el momento de despertar el paciente puede estar **confuso y amnésico**. Importante intentar tranquilizar y reorientar al paciente.
- Cuando esté estabilizado abandonará la zona de reanimación

- Una vez en la **habitación de hospitalización**:
- Valorar el estado cognitivo del paciente.
- Toma de constantes.
- Durante las primeras horas será necesario que se mantenga en reposo, la habitación ha de permanecer libre de ruidos, luz... esto ayudará a mejorar la cefalea post-TEC.
- Verificaremos la tolerancia a dieta progresiva.

En caso de ***TEC ambulatoria***:

- Se recomienda que el paciente, una vez en casa, esté acompañado durante al menos el día de administración de la terapia. Así se podrán vigilar los efectos secundarios, y se evitará que este solo en un periodo en el que el paciente puede presentar confusión y desorientación.
- Se recomienda que no realice actividades que supongan un esfuerzo mental.
- En ambos casos se registrará toda la información en la historia clínica así como las posibles incidencias.

BIBLIOGRAFÍA

•1) Hales RE, Yudofsky SL, Talbott JA. DSM IV Tratado de Psiquiatría. 3ra ed. Madrid: Masson; 2000. p. 1379-95

2) Arévalo Flores M. Terapia electro-convulsiva. Psiquiatría y Más [Internet]. 2009 [citado 13 Dic 2018]. Disponible en: <http://psicologiuned.blogspot.com.es/2011/01/la-terapia-electroconvulsiva-o-el.html>

3) Bertolín Guilléna JM, Sáez Abada C, Hernández de Pabloa ME y Peiró Morenob S. Eficacia de la terapia electroconvulsiva: revisión sistemática de las evidencias científicas. Actas españolas de psiquiatría [Internet]. 2004 [citado 02 En 2018]; 32(3):153-165.

- Ramos Cámara M I. Eficacia y cuidados de enfermería en la terapia electroconvulsiva [tesis fin de grado en internet]. [Jaén] Universidad de Jaén; 2015 [citado 03 Feb 2019]. Recuperado a partir de: <https://hdl.handle.net/10953.1/1569>

**TEMA 10. PROPUESTA DE CREACIÓN
DE UNA CONSULTA PRE-QUIRÚRGICA
DE ENFERMERÍA PARA INFORMAR A
LAS PACIENTES QUE VAN A SER
INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE
DE CÁNCER DE MAMA EN EL
COMPLEJO HOSPITALARIO DE
NAVARRA.**

CINTIA PUEYO BOROBIA

CARLA PUEYO BOROBIA

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN**
- **MATRIZ DAFO**
- **PROYECTO**
- **CONCLUSIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

•El cáncer de mama es el **tumor más frecuente** y la **primera causa de muerte** en las mujeres. En España, se detectan alrededor de 22.000 nuevos cánceres de mama al año.

•El conocimiento que cada mujer tenga de todo lo relacionado con el cáncer de mama y el proceso quirúrgico es un factor muy importante para determinar la conducta individual durante el mismo.

•Hoy el **paciente** también participa, **toma decisiones**. La **comunicación** es una **herramienta terapéutica esencial** que da acceso al principio de **autonomía**, al consentimiento informado, a la **confianza** mutua, a la seguridad y a la explicación que el enfermo necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

.En **Navarra**, cada año se detectan alrededor de **330** casos de cáncer de mama y constituye la **cuarta** causa de **muerte** general en la mujer con una tasa de 24.06 por 100.000 habitantes situándola como uno de los principales problemas de salud.

.Según datos del Registro de Tumores de Navarra, casi el 30% de los casos de cáncer en mujeres y casi el 15% de las muertes por tumores malignos corresponden a esta localización.

.Debido a la gran repercusión de este cáncer, en 1990, el Departamento de Salud de Navarra decidió iniciar un programa poblacional de **Detección Precoz de Cáncer de Mama** con el objetivo de aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas.

MATRIZ DAFO

<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">- Barrera económica- Resistencias a proporcionar tanta información o al cambio- Sobresaturación de trabajo administrativo que dificulta prestar la suficiente atención al paciente- Falta de cultura profesional sobre proporcionar información	<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none">- Resistencia a crear esta consulta de enfermería o nuevos servicios- Poca colaboración interdisciplinar- Personal sustituto/contratado sin “experiencia”- Ausencia normativa o derechos y deberes
<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none">- Aumentar cartera de servicios y mejorar la calidad del servicio- Disminuir costos de la atención- Posibilidad de evaluación de resultados- Alto nivel de profesionalidad- Consulta no presencial- Información a tiempo real	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">- Reforzar la información<ul style="list-style-type: none">- - Mejorar resultados-- Menor ansiedad, temor, miedo,...de las pacientes que van a ser operadas- Grupo actitud positiva por creación de esta nueva consulta- Necesidad mejorar eficiencia

PROYECTO

1. POBLACIÓN DIANA

Toda persona a la que se le ha detectado un cáncer de mama y va a ser intervenida quirúrgicamente en el Complejo Hospitalario de Navarra.

2. OBJETIVOS

.General: Elaborar una propuesta de consulta

.Específicos:

.Mejorar el conocimiento y la información/documentación escrita

.Reforzar y complementar la información

.Mejorar la coordinación con otros profesionales, servicios, etc.

.Proporcionar apoyo emocional al paciente y familiares.

.Tratar de mejorar la actitud del paciente.

.Prestar una atención personalizada y unos cuidados de calidad.

3. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

- Humanos:**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00-8:30	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
8:30-9:00	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
9:00-11:00	Llamadas telefónicas y emails	Llamadas telefónicas y emails	Llamadas telefónicas y emails	Llamadas telefónicas y emails	Llamadas telefónicas y emails
11:00-11:30	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso
11:30-12:00	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
12:00-12:30	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
12:30-13:00	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
13:00-13:30	Consulta	Consulta	Reunión con	Consulta	Consulta

- Materiales:** Sería conveniente que la consulta estuviera en la planta del Área de Patología Mamaria

14:00-14:30	Consulta	Consulta	Reunión con y	Consulta	Consulta
-------------	----------	----------	---------------	----------	----------

4. FUNCIONES DE ENFERMERÍA

- **Función asistencial:**

Identificación y valoración de las necesidades y cuidados.

Atención y asistencia sanitaria.

Control y prevención de situaciones de riesgo para la salud.

Primera asistencia sanitaria

Asesorar al paciente/familia sobre el proceso quirúrgico.

Atender las consultas telefónicas y responder a los emails.

- **Función docente:**

Educación para la salud (EpS)

Valorará las necesidades y capacidades de cada paciente.

Diseñará los documentos. Creación de los folletos.

Formará a los nuevos compañeros que se integren dentro del equipo.

Mantendrá sus conocimientos actualizados mediante una formación continuada.

- **Función investigadora:**

Evaluar los resultados y el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Medir la satisfacción de los usuarios.

Difundir los resultados de los estudios a través de revistas científicas y participación en congresos.

- **Función administrativa y gestora:**

Organizar el trabajo

Coordinar con el equipo de cirujanos y anestesistas la planificación del calendario semanal de las pacientes.

Gestionar el proceso de atención, recopilación y almacenamiento de la información referente al paciente.

Supervisar la adecuada dotación de la consulta.

Controlar y registrar todas las acciones desarrolladas en la consulta.

Planificar las visitas, consultas telefónicas o vía email.

5. PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

- “Cualquier combinación de actividades informativas y educativas que llevan a una situación en la que la gente desee vivir sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantenerse en salud y busque ayuda cuando la necesite.” (OMS, 1983)
- Es en este terreno donde la enfermera de esta consulta pre-quirúrgica ocupa un lugar privilegiado para contribuir a **cambiar** definitivamente la forma en que **cada persona cuida** de su **salud** y /o enfermedad y se compromete con ella.
- Actividades que debe realizar la enfermera en esta consulta.

.Número de consulta y dirección de correo electrónico para cualquier duda, pregunta, ofrecer apoyo emocional y psicológico,....:

848810934 (De lunes a viernes de 9.00 a 11.00 horas)

<http://consultaprequirurgicaenfermeria.com/cancerdemama>

- Asociación Navarra de Cáncer de Mama, SARAY, cuya página web es:

<http://www.asociacionsaray.com/es/index.asp> .

.Guía realizada por Fernando Domínguez Cunchillos médico del Servicio de Cirugía General, Unidad Funcional de Patología Mamaria del Hospital Virgen del Camino de Pamplona, presidente de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaría titulada “Guía útil para el paciente con cáncer de mama y sus familiares” cuya página web es:

www.fecma.org/archivosfecma/.../guia_util_para_el_paciente.pdf

6. CALIDAD: CRITERIOS E INDICADORES

.De estructura:

Nº total de mujeres incluidas en la agenda
de trabajo

* 100

Nº total de mujeres que van a ser intervenidas
quirúrgicamente de cáncer de mama en el CHN

Nº total de recursos materiales y humanos
disponibles

* 100

Nº total de recursos materiales y humanos
solicitados

- **De procedimientos o proceso:**

Nº total de cirujanos y anestesistas que intervengan en el proceso pre-quirúrgico que informan a la enfermera de la consulta

* 100

Nº total de cirujanos y anestesistas que intervengan en el proceso pre-quirúrgicos

Nº total de enfermeras de la consulta que recalcan la información

recibida por los cirujanos y anestesistas

*100

Nº total de enfermeras de la consulta

Nº total de pacientes que reciben el folleto cuando acuden
a la consulta

$$\frac{\text{Nº total de pacientes que reciben el folleto cuando acuden a la consulta}}{\text{Nº total de pacientes que acuden a la consulta}} * 100$$

.De resultados

1) Actividad realizada:

Nº total de pacientes que rellenan la encuesta cuando salen de la consulta pre-quirúrgica de enfermería

* 100

Nº total de pacientes que reciben la encuesta cuando salen de la consulta pre-quirúrgica de enfermería

Nº total de consultas realizadas cada año a pacientes que van a ser intervenidas de cáncer de mama en el CHN

* 100

Nº total de mujeres intervenidas cada año de cáncer de mama en el CHN

Nº total de pacientes que son dados de alta cada año
_____ * 100

Nº total de pacientes que acuden a la consulta

Nº total de pacientes que son derivados a otras
especialidades
_____ * 100

Nº total de pacientes que acuden a la consulta

1. ¿Sabe el nombre de la enfermera que le atendió en la consulta?	SI ()NO()
2. ¿Sabe el nombre de su anestesista?	SI ()NO()
3. ¿Sabe el nombre de su cirujano?	SI ()NO()
4. ¿Le explicó la enfermera la técnica quirúrgica y sus complicaciones?	SI ()NO()
5. ¿Le explicó la enfermera la técnica anestésica y efectos adversos?	SI ()NO()
6. ¿Le informó la enfermera de lo que tiene que llevar cuando ingrese?	SI ()NO()
7. ¿Le informó la enfermera del día de la intervención quirúrgica?	SI ()NO()
8. ¿Le informó la enfermera del día y hora de ingreso?	SI ()NO()
9. En el caso de tener que dejar de tomar medicación, ¿le explicó la enfermera cuándo tiene que dejar de tomarla?	SI ()NO()
10. ¿Le dio la enfermera un folleto informativo?	SI ()NO()
11. ¿Le explicó la enfermera que hacer si tiene una duda?	SI ()NO()
12. ¿Le ha hablado la enfermera de la Asociación Navarra de Cáncer de Mama?	SI ()NO()
13. ¿Le ha hablado la enfermera de la "Guía"?	SI ()NO()
14. ¿Comprobó la enfermera si tenía el consentimiento informado firmado, alergias, constantes,...?	SI ()NO()
15. ¿Cree que el tiempo de la consulta ha sido suficiente?	SI ()NO()
16. En general, ¿considera que le proporcionaron la información suficiente como para meterse en un quirófano?	SI ()NO()

c) Examen preoperatorio:

1. ¿Cree que esta consulta añade valor al proceso prequirúrgico de las pacientes que van a ser intervenidas de cáncer de mama?	SI () NO()
2. ¿Cree que esta consulta ayuda a las pacientes a afrontar mejor su enfermedad?	SI () NO()
3. ¿Cree que esta consulta ayuda a reforzar los conocimientos que tienen las pacientes sobre su proceso quirúrgico?	SI () NO()

7. OTRAS UTILIDADES DE LA CONSULTA

- Consulta de “enfermería quirúrgica” que atienda a los pacientes durante todo el proceso quirúrgico.
- Actividades
 - Preoperatorio
 - Operatorio
 - Postoperatorio
- Esta consulta de enfermería quirúrgica permitiría prestar unos cuidados de calidad fomentando la educación para la salud y el seguimiento de los pacientes ofreciéndoles una atención integral.

9. PRESUPUESTO

TOTAL APERTURA CONSULTA= 41.125, 77 euros

.Consideramos que para que sea más rentable debería de abarcar todo el proceso quirúrgico de todos los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de cáncer.

.El crear esta consulta permitirá además de ofrecer educación para la salud, ayudar, orientar, coordinar las necesidades,... de los pacientes desarrollar otras competencias para las cuales las enfermeras están capacitadas.

CONCLUSIÓN

- El proporcionar la más completa **información** y el ofrecer **apoyo emocional** ayudará a disminuir la ansiedad, angustia e impotencia generada por la cirugía y lograr con esto elevar la calidad de la asistencia.
- En conclusión, consideramos que esta consulta permitirá reducir los miedos, temores,...experimentados por las personas que tienen que ser intervenidas quirúrgicamente de cáncer de mama y, al mismo tiempo, posibilitará a los pacientes expresar sus sentimientos y participar en la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

- Moix J. Preparación psicológica para la cirugía en pediatría. Archivos de pediatría. 1996; 47(4): 211-217.
- San José A., San José R., Zuza B., Zunzarren F., Luri T. Aspectos de la información preoperatoria al paciente en la cirugía de urgencia. Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Septiembre- diciembre 2000 (consulta 26 marzo 2012); 23 (3): 509-516. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/n3/enfer_a.html
- Datos estadísticos del número de intervenciones quirúrgicas realizadas en el 2011 en el Complejo Hospitalario de Navarra.

- Gobierno de Navarra. El Programa de detección precoz del cáncer de mama recibe un premio del Ministerio de Sanidad viernes. Nota de prensa. Enero 2011. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2011/01/14/Premio+programa+deteccion+precoz+cancer+mama.htm
- Lostado L. Detección Precoz del Cáncer de Mama. Factores asociados a la participación en un programa de screening. 1ª edición. Pamplona: Díaz de Santos; 2001
- Valenzuela-Millán J., Barrera-Serrano J. R, Ornelas-Aguirre J.M. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Revista Literatura Biomédica. Marzo- Abril 2010 (consulta 26 marzo 2012); 78 (2): 151-156. Disponible en: www.medigraphic.org.mx
- Pérez-Moreno JA, Pérez-Cárceles MD, Osuna E, Luna A. Información preoperatoria y consentimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente. Rev Esp Anestesiol Reanim 1998; 45: 130-135.

- Gobierno de Navarra. El SNS interviene quirúrgicamente en un plazo de 18 días a las pacientes de cáncer de mama. Nota de prensa. Octubre 2011. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/21729E63-EFD5-4F54-8300-88315C39B9AA/200594/EISNSintervienequirurgicamenteenunplazode18diasala.pdf>
- Domínguez Cunchillos F. Guía útil para el paciente con cáncer de mama y sus familiares. Hospital Virgen del Camino. Pamplona (consulta 3 mayo 2012). Disponible en: http://www.fecma.org/archivosfecma/informacion/guia_util_para_el_paciente.pdf
- Asociación Navarra de Cáncer de Mama SARAY (consulta 14 mayo). Disponible en: <http://www.asociacionsaray.com/es/index.asp>
- Asociación española para la calidad. Madrid: Análisis DAFO; 2011 (consulta el 18 mayo 2012).

TEMA 11. HEMORRAGIA E INFECCIÓN EN EL PUERPERIO.

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

ÍNDICE

□ INTRODUCCIÓN

□ HEMORRAGIA

- HEMORRAGIA TEMPRANA
- HEMORRAGIA SECUNDARIA O TARDÍA

□ INFECCIÓN

- ENDOMETRITIS
- INFECCIÓN HERIDA QUIRÚRGICA
- MASTITIS
- TROMBOFLEBITIS

□ BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Nos referimos al puerperio como el periodo de tiempo desde que el útero expulsa la placenta hasta las seis semanas aproximadamente, en que vuelve a la normalidad el organismo femenino.

Durante este periodo hay cambios, tanto fisiológicos como anatómicos. Nos centraremos en la hemorragia y en las infecciones.

HEMORRAGIA

- Es la causa más común de sangrado excesivo durante el ciclo del parto.
- Pérdida de más de 500 ml de sangre después del parto vaginal sin complicaciones, ya que el volumen sanguíneo de la gestante aumenta uno o dos litros durante el embarazo.
- La pérdida de sangre de 500 a 600 ml en el parto es normal, 1000 ml en cesárea.

- El cuerpo responde a la hipovolemia aumentando la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria.
- La disminución del volumen de sangre hace que la piel y las membranas mucosas palidezcan, se enfríen y humedezcan. A medida que continúa la pérdida de sangre se reduce el flujo cerebral y la paciente se muestra inquieta, confusa, ansiosa y letárgica.

Hemorragia Temprana

- Sucede durante las primeras 24 horas tras el parto.
- Durante éstas primeras horas, el riesgo aumenta, ya que una región venosa extensa se encuentra expuesta tras la separación de la placenta

Hemorragia Secundaria o Tardía

Desde las primeras 24 horas hasta 12 semanas tras el parto.

En el caso de detectarse alguna complicación en cualquiera de los dos tipos de hemorragias, se llevarán a cabo una serie de ***CUIDADOS INMEDIATOS***, entre otros:

1. Identificar la causa específica.

2. Administrar líquidos intravenosos para mantener el volumen circulante.

3. Administrar oxígeno.

4. Realizar sondaje vesical para valorar el funcionamiento renal.

INFECCIÓN

- Conjunto de lesiones sépticas localizadas o generalizadas, cuyo punto de partida se haya a nivel del aparato genital después del parto.
- Se considera que la paciente tiene infección puerperal si presenta fiebre de 38 °C o más después de las primeras 24 horas, y si ésta persiste al menos dos días en la primera semana de puerperio.

- Tras el parto quedan expuestos al exterior el útero y el cuello uterino a través de la vagina, esto aumenta el riesgo de que ingresen bacterias al sistema reproductor.
- Los cambios fisiológicos normales en el embarazo aumentan también el riesgo de infección.
- Durante el parto el líquido amniótico, la sangre y los loquios que son alcalinos, disminuyen la acidez de la vagina, favoreciendo así el crecimiento patógeno.
- El endometrio, el cuello uterino y la vagina sufren durante el parto pequeñas laceraciones, que permiten que los microorganismos ingresen en los tejidos.

ENDOMETRITIS

- Inflamación y/o irritación del endometrio.
- Es la infección puerperal más común.
- Los síntomas surgen del 2º al 5º día del puerperio.
- Aparece más frecuentemente en mujeres a las que se practica cesárea.

Signos y Síntomas:

- Aparición a las 24-48 horas tras el alumbramiento.
- Dolor y tumefacción del útero.
- Olor pútrido o loquios purulentos.
- Malestar, fatiga y taquicardia.
- Aumento de la temperatura.

Tratamiento:

- Antibióticos por vía parenteral (algunos médicos los ponen por profilaxis).
- Antipiréticos.
- Se suelen poner oxitócicos para el drenaje de los loquios.
- Mantener a la paciente en Fowler para el drenaje de los loquios y tratamiento del dolor.

Complicaciones:

- Propagación de la infección fuera de la cavidad uterina, a las trompas de Falopio o a los ovarios.
- Infección pélvica o parametritis: se debe a que la infección llega a los vasos linfáticos, al tejido conectivo y al ligamento ancho.
- Peritonitis o íleo paralítico.

INFECCIÓN HERIDA QUIRÚRGICA

- El sitio más común es el perineo, donde se encuentran las episiotomías, las laceraciones y la incisión quirúrgica de una cesárea.
- El riesgo de infección aumenta cuando se llevan a cabo varios exámenes vaginales.
- Encontraremos:

Enrojecimiento

Edema

Equimosis

Secrecciones

Tratamiento:

- Se obtendrán cultivos para identificar los microorganismos ofensores.
- La infección de la episiotomía puede llegar a la dehiscencia de la herida y a la incontinencia de heces.
- Se precisa: tratamiento antibiótico, analgesia, drenaje del área, irrigación y desinfección de la zona y desbridamiento si es preciso.

MASTITIS

- Infección de las mamas
- Se presenta dos o tres semanas después del parto, aunque también puede presentarse a partir de la primera semana. **FACTORES INFLUYENTES:**
 - Éxtasis lácteo.
 - Traumatismo en el pezón.
 - Técnica equivocada para amamantar.

La paciente se queja de dolor o sensibilidad en una masa dura, localizada y enrojecida casi siempre en un solo seno.

Tratamiento:

- Antibióticos.
- Drenaje quirúrgico si precisa.
- Analgesia.
- Usar sostén ajustado que proporcione un buen soporte.
- Hielo para aliviar las molestias.
- Calor para ayudar a la circulación.
- En muchos casos la madre puede seguir dando lactancia por ambos lados, porque la succión vigorosa del niño puede vaciar con mayor eficacia los senos, mejor que las bombas de leche.

TROMBOFLEBITIS

- Es la inflamación de la pared de un vaso con un coágulo de sangre adherido a ella.
- Después del alumbramiento se corre un riesgo elevado de trombosis debido a la hipercoagulabilidad normal de la sangre durante el parto, que evita hemorragias importantes debido también al éxtasis venoso por la presión del útero grávido y a la inactividad.

Clasificación:

→ **Trombosis Venosa Superficial**

En la vena safena o en venas más superficiales

→ **Trombosis venosa profunda**

Del sistema venoso profundo desde los pies hasta la
región ileo-femoral

Signos y síntomas:

- Dolor a la palpación de las pantorrillas (signo de Homan positivo).
- Aumento de la temperatura.
- Hipersensibilidad.
- Aumento de diámetro.
- Disminución del flujo sanguíneo en la extremidad afectada a la comparación de pulsos.

Se trata a base de analgesia y anticoagulantes

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ García-Lavandeira S, Álvarez-silvares E, Rubio-Cid P, Borraje-Hernández E. Hemorragia postparto secundaria o tardía. Ginecol Obstet Mex. 2017 abril; 85(4):254-266.
- ✓ Shildeshare.net [Citado 21 enero 2015]. Disponible en <https://es.slideshare.net/Gawytak/hemorragia-puerperal-43763504>
- ✓ Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal. Anales Sis San Navarra vol.32 Supl.1 Pamplona 2009.
- ✓ Bataglia-Araujo V, Rojas de Rolón G, Ayala J. Prevención y manejo de la infección puerperal. Rev Per Ginecot Obstet. 2006;52(3):154-158

**TEMA 12. ENFERMEDAD DE
HASHIMOTO O TIROIDITIS DE
HASHIMOTO. DEFINICIÓN Y
MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.**

**DESIREE BARRIENTOS SOTO
MARIA DEL MAR GUTIERREZ PRADO**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CAUSAS
- ETIOPATOGENIA
- SÍNTOMAS
- PRONÓSTICO
- DIAGNÓSTICO
- TRATAMIENTO
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Hashimoto o tiroiditis de Hashimoto es una afección causada por una reacción del sistema inmunitario contra la glándula tiroides, por lo que se trata de una enfermedad autoinmune, que a menudo trae como consecuencia una disminución de la función tiroidea (hipotiroidismo).

Las Enfermedades Tiroideas Autoinmunes (ETAI) están entre las causas más frecuentes de enfermedad tiroidea. Cualquier afectación en la glándula tiroides ya sea interna o externa puede producir alteración en su funcionamiento adecuado y repercutir en el metabolismo del cuerpo.

CAUSAS

- Hormonales: los estrógenos inhiben los linfocitos T supresores, por lo que esta enfermedad afecta a cerca de siete veces más mujeres que hombres.
- Genéticas: a menudo se da en familias que tienen un trastorno de la tiroides o una enfermedad autoinmune.
- Yodo excesivo: consumo de ciertos medicamentos y el exceso de yodo en la dieta.
- La exposición a la radiación: como por ejemplo: bombas atómicas en Hiroshima, el desastre nuclear de Chernóbil y la radioterapia para la leucemia.

ETIOPATOGENIA

- Fijación de una Inmunoglobulina al receptor superficial de la tiroides.
- Esta fijación bloquea el receptor de la TSH y el organismo fabrica más TSH, elevando sus niveles y disminuyendo la T3 y en especial la T4.
- El mecanismo patogénico principal se atribuye a la actividad de los linfocitos T citotóxicos, que serían responsables de la destrucción de las células foliculares de la tiroides.

SÍNTOMAS

- Piel seca (disminución de la sudoración)
- Palidez
- Cabello seco y quebradizo
- Uñas frágiles
- Mixedema
- Estreñimiento
- Aumento de peso
- Disminución del apetito
- Libido disminuido
- Aumento nivel prolactina
- Bradicardia
- Frialdad en extremidades

SÍNTOMAS

- Síndrome túnel carpiano
- Disminución de reflejos tendinosos
- Memoria y concentración disminuida
- Fatiga
- Agrandamiento de la tiroides o bocio
- Dificultad para tragar
- Intolerancia al frío
- Depresión
- Cansancio

PRONÓSTICO

La enfermedad evoluciona habitualmente al hipotiroidismo permanente, es decir, el clínico, que requiere tratamiento sustitutivo de por vida. En caso de hipotiroidismo subclínico, el riesgo de progresión a hipotiroidismo clínico aumenta con la edad. Son raras las transformaciones a linfomas primarios malignos, enfermedad de Graves-Basedow, etc.

DIAGNÓSTICO

Inicialmente, a través del examen físico y la historia médica y se confirma posteriormente con:

- Prueba de TSH ultrasensible: Se realiza mediante extracción de sangre. Es la primera prueba a realizar siendo la medida más precisa de la actividad de la tiroides. Los resultados por encima de los valores medios normales de TSH en una persona es indicativa de hipotiroidismo.
- Análisis de T4: Mide la cantidad real de hormona tiroidea circulante en la sangre. En el hipotiroidismo subclínico, el nivel de T4 en la sangre es normal, pero a medida que la enfermedad progresa, los niveles de T4 bajan a valores por debajo de lo normal.

DIAGNÓSTICO

- Prueba de anticuerpos anti-tiroperoxidasa (anti-TPO) y anticuerpos anti-tiroglobulina (Anti-Tg): Detecta la presencia de anticuerpos antitiroideos. La mayoría de las personas con la enfermedad de Hashimoto tienen estos anticuerpos, pero las personas cuyo hipotiroidismo es debido a otras causas no. La técnica utilizada es Enzimoimmunoensayo(ELISA), quimioluminiscencia o electroquimioluminiscencia.

DIAGNÓSTICO

- Captación de yodo y el ultrasonido de la tiroides: por lo general no están indicados para el diagnóstico de la tiroiditis de Hashimoto, sin embargo son importantes para descartar otras enfermedades de la tiroides que pueden causar un nódulo de tiroides.
- Biopsia aspiración con aguja fina (BAAF): Se puede realizar la aspiración con aguja fina de cualquier nódulo tiroideo para excluir otras enfermedades como malignidad o la presencia de un linfoma tiroideo en bocio de tiroides de rápido crecimiento.

DIAGNÓSTICO

- Análisis histológico: Confirma el diagnóstico ya que la tiroides tiene alteraciones características. Se caracteriza por el reemplazo del tejido tiroideo por un infiltrado inflamatorio crónico. El parénquima normal se sustituye por células plasmáticas, linfocitos, macrófagos e incluso puede haber folículos linfoides. Los folículos tiroideos están destruidos y atróficos. El epitelio folicular está inactivo, con sus citoplasmas muy eosinófilos: a estas células modificadas se las llama “células de Hürthle”, que no son patognomónicas de esta patología pero sí son características.

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento específico, por lo tanto:

- Cuando la enfermedad es asintomática y el bocio pequeño, algunos pacientes no requieren tratamiento con levotiroxina.
- Si el bocio es mayor o la TSH es mayor de 10 uU/ml se inicia un tratamiento con hormona tiroidea, la cual reduce significativamente los síntomas, más aún si la paciente es joven.

TRATAMIENTO

- Si el hipotiroidismo es manifiesto la terapia con levotiroxina es con dosis plena. También se recomienda dicha terapia en presencia de hipotiroidismo subclínico.
- No hay evidencias de que el tratamiento hormonal detenga el proceso de la tiroiditis, pero se ha observado una disminución de los títulos de anticuerpos y de los linfocitos tipo B.

BIBLIOGRAFÍA

- Marelys Yanes Quesada, Silvia Turcios Tristá et al. Caracterización clínica y funcional en pacientes con diagnóstico inicial de tiroiditis de Hashimoto en el año 2007. Rev Cubana Endocrinol. 2008; [Citado enero de 2019];19(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000200002
- Endocrino.org [actualizado 5 octubre 2016; citado febrero 2019]. Disponible en:
<http://www.endocrino.org.co/wp-content/uploads/2016/10/5.-Hipotiroidismo-Dr.-Alvaro-Rico.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

- Academic.oup [actualizado 1 julio 2007; citado febrero 2019]. Disponible en:
<https://academic.oup.com/jcem/article/92/7/E2/2623139>
- Maria Ramos-Leví, Mónica Marazuela. Patogenia de la enfermedad tiroidea autoinmune: papel de los mecanismos celulares. Endocrinología y Nutrición. 2016; [Citado enero de 2019];63(8):421-429. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575092216300468?via%3Dihub>

BIBLIOGRAFÍA

- Patricia Piraino, Andrea Sepúlveda et al. Hashimoto chronic thyroiditis. Retrospective analysis of 228 patients. Rev Med Chile. 2010; [Citado enero de 2019];138: 827-831. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000700006
- José I. López, Aitor Fernández de Larrinoa et al. El diagnóstico histológico de la patología tiroidea en biopsias guiadas por control ecográfico. Rev Esp Patol. 2009; [citado enero 2019];42(2):97-106. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen42/vol42-num2/pdf%20patologia%2042-2/42-02-03.pdf>

TEMA 13.TALALGIAS.

JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO

CLARA QUINTERO LÓPEZ

ARACELI QUINTERO LÓPEZ

INDICE

- INTRODUCCIÓN
- Talalgias mediales
- Talalgias laterales
- Talalgias posteriores y plantares

INTRODUCCIÓN: TALALGIAS

Las talalgias también se conocen como talodineas.

Presentan muy diversa etiología cuya importancia puede radicar desde

Banal ----→ enfermedad grave

Abarca dolor en toda la zona del tarso posterior y estructuras blandas.

El síntoma común que expresan es el dolor referido al talón

TALALGIAS MEDIALES

- Tenosinovitis del tendón flexor largo del dedo gordo.
- Tenosinovitis del tendón tibial posterior.
- Síndrome canalicular del tunel tarsiano
- Síndrome del seno del tarso proximal
- Síndrome del seno del tarso medial

TENOSINOVITIS DEL TENDÓN FLEXOR LARGO DEL DEDO GORDO

- Paso del tendón por el túnel del astrágalo entre tubérculos interno y externo
- Frecuente en bailarines de ballet
- Tratamiento:
 - Conservador: Reposo y terapia antiinflamatoria.
 - Quirugico: Tenolisis de la vaina tendinosa

TENOSINOVITIS DEL TENDÓN TIBIAL POSTERIOR

- Más frecuente en mujeres de alrededor de los 50 años
- Cuadro degenerativo
 - Engrosamiento con degeneración mucoide y líquido sinovial en la vaina tendinosa
 - Retromaleolar y en escafo-cuneana
 - Se asocia a insuficiencia del tibial posterior en estadios avanzados: El pie se aplana y valguiza
- Tratamiento:
 - Conservador
 - Quirúrgico
 - Tenolisis
 - Reinserción del tendón
 - Estabilización de subastragalina

SINDROME CANALICULAR DEL TÚNEL TARSIANO

- Compresión del nervio tibial posterior o de sus ramas terminales (plantar interno, plantar externo y calcáneo interno) por el territorio retrosubmaleolar interno (Kopell y Thompson 1960)
- Síndrome del túnel tarsiano, en el que podemos diferenciar:
 - Síndrome del túnel tarsiano proximal: atrapamiento del nervio tibial posterior
 - Síndrome del túnel tarsiano distal: compresión de ramas terminales

- Es rama del ciático, pasando entre flexor largo de los dedos y el flexor largo del dedo gordo
- En cara posterior del maleolo interno deja ramas terminales: Calcáneo interno y Plantar externo
 - 1º rama del plantar externo
- Entre músculo abductor del dedo gordo, fascia profunda y fascia interna del cuadrado plantar para cambiar de dirección entre músculos cuadrado plantar y flexor corto de los dedos
- Rama mixta sensitivomotora
 - Sensibilidad cara interna tuberosidad calcáneo y cara externa talón.
 - Motor flexor corto de los dedos y cuadrado plantar así como abductor del 5º dedo.

SÍNDROME DEL SENO DEL TARSO PROXIMAL

- Compresión del nervio tibial posterior dentro de un túnel de paredes inextensibles
- Causas
 - Idiopático
 - Varo o valgo del talón
 - Traumatismo directo
 - Tumor de células gigantes, lipoma o neurilemoma dentro del túnel
 - Tenosinovitis de tendones adyacentes en Artritis Reumatoide

CLÍNICA

- Dolor y parestesias irradiadas a planta y dedos del pie (raramente hacia el talón)
- Distribución irregular: incluso parte dorsal del pie y de los dedos
- Base de diagnóstico
 - EMG y ENG ayudan pero sin resultado definitorio

TRATAMIENTO

- Conservador: pocas indicaciones
 - Idiopática: no resultados
 - Desviaciones del talón: plantillas
 - Tenosinovitis: AINES + infiltración corticoides
- Cirugía:
 - Liberación del nervio tibial posterior

SÍNDROME DEL SENO DEL TARSO DISTAL

- Compresión de una o de varias ramas terminales en la región distal del túnel tarsiano

CLÍNICA

- Nervio plantar interno
 - Rask y Kernahn
 - Corredores de fondo
- Primera rama del nervio plantar externo
 - Baxter et al
 - Atletas, bailarines, futbolistas...
- Bipedestación prolongada o largas caminatas
- Talalgia medial inferior que empeora con dorsiflexión de dedos y tobillo

TRATAMIENTO

- Conservador. 80 % se resuelve. 8-10 meses
 - Ejercicios de estiramiento de fascial plantar
 - AINES
 - Plantilla de apoyo plantar semirrígida que mantenga el arco longitudinal con descarga de talón
- Quirúrgico
 - Numerosos abordajes
 - Liberación de ramas terminales

TALALGIAS LATERALES

- Luxación recidivante de los peroneos
- Síndrome del Seno del Tarso

LUXACIÓN RECIDIVANTE DE LOS TENDONES PERONEOS

- Luxación de Tendones peroneo lateral corto y largo
- Surco de cara posterior de maleolo externo
- Posición mantenida por
 - Profundidad del canal retromaleolar
 - Retináculos peroneos superior e inferior

MECANISMO DE PRODUCCIÓN

- Traumatismo + Predisposición anatómica
- Traumatismo: Flexión dorsal + eversión del antepié
- Profundidad del surco retromaleolar
 - Aplanado o estrecho
- Suficiencia de los retináculos
 - Distensión o atrofia de la vaina
- Tendones peroneos
 - Hipertrofia

CLÍNICA

- Luxación aguda:
 - Dolor + tumefacción en región maleolar externa + impotencia funcional
 - Diagnóstico diferencial con esguince peroneocalcaneo: al disminuir edema cuerdas tendinosas por delante del maleolo peroneo con fácil reducción pero difícil contención
- Luxación crónica:
 - Dolor con sensación de salto (inflamación crónica de la vaina) con posibilidad de luxación activa

TRATAMIENTO

- Conservador: si CI de la cirugía
- Quirúrgico: múltiples técnicas
 - Reinserción de la vaina tendinosa con puntos transóseos (Técnica de Meary – Tomeno)
 - Técnicas óseas: desplazamiento posterior del margen distal y posterior del maleolo lateral
 - Cambio de dirección de tendones bajo el ligamento peroneocalcáneo (Técnica de Platzgummer)

SÍNDROME DEL SENO DEL TARSO

- O'Connor 1956: Lo describió como dolor persistente en el seno del tarso secundario a un esguince tobillo (meses o años)
- **ETIOLOGÍA:**
- Desconocida/Traumática
- Lesiones de la retináculo
- Rotura parcial de la cápsula articular
- Inflamación de tejido fibroadiposo
- Quiste sinovial en el interior del seno del tarso

CLÍNICA

- Dolor en el orificio externo del seno del tarso que aumenta con presión digital
- Sensación de inestabilidad del tobillo
- Antecedente de esguince de LPAA
- Descartar otras lesiones

DIAGNÓSTICO

- Clínico
- Descartar otras patologías. Diagnóstico diferencial con tenosinovitis de peroneos, subluxación recidivante del astrágalo...
- Desaparición del dolor tras Inyección local de anestésico en seno del tarso

TRATAMIENTO

- Conservador: bastante efectivos
 - Infiltración local con anestésicos o corticoides: 4 o 5 separadas por 8 o 10 días.
 - Plantillas ortopédicas
 - Bota de yeso 3-4 semanas en casos rebeldes
- Quirúrgico
 - Técnica de O'Connor
 - incisión de 2 cm sobre el seno del tarso
 - Vaciar el contenido: tejido adiposo, bolsa serosa del ligamento interóseo, fondos de saco sinoviales
 - Respetar el ligamento interóseo

TALAGIAS POSTERIORES

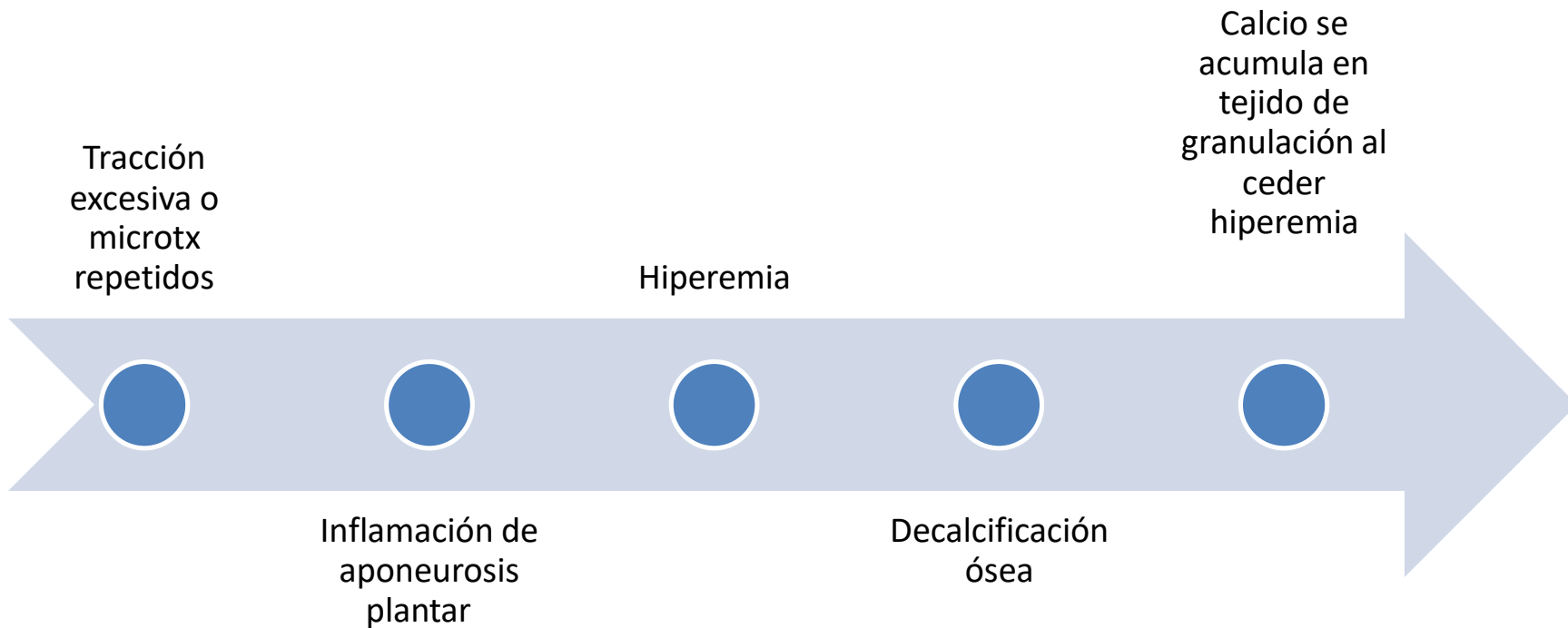
- TALALGIAS POR AFECTACIÓN ÓSEA
 - CALCÁNEO: Secuelas de fractura, Inflammatorias, Infecciones, Tumores, Espolones, Exostosis, Epifisitis posterior, Secundarias a deformidades
 - ASTRÁGALO: Secuelas de Traumatismos, Osteonecrosis
- TALALGIAS POR AFECTACIÓN DEL SISTEMA AQUÍLEO PLANTAR

CALCÁNEO. ESPOLONES

- Hallazgo radiológico
- Osificaciones del sistema aquileo-calcáneo-plantar
- Expresión de trastornos mecánicos del apoyo plantar



ETIOLOGÍA



CLÍNICA

- Tamaño y forma sin relación con sintomatología
- Relación con largos periodos en bipedestación y caminatas
- Dolor punzante en cara plantar del calcáneo
- Dolor a la presión selectiva sobre el tubérculo plantar interno del calcáneo

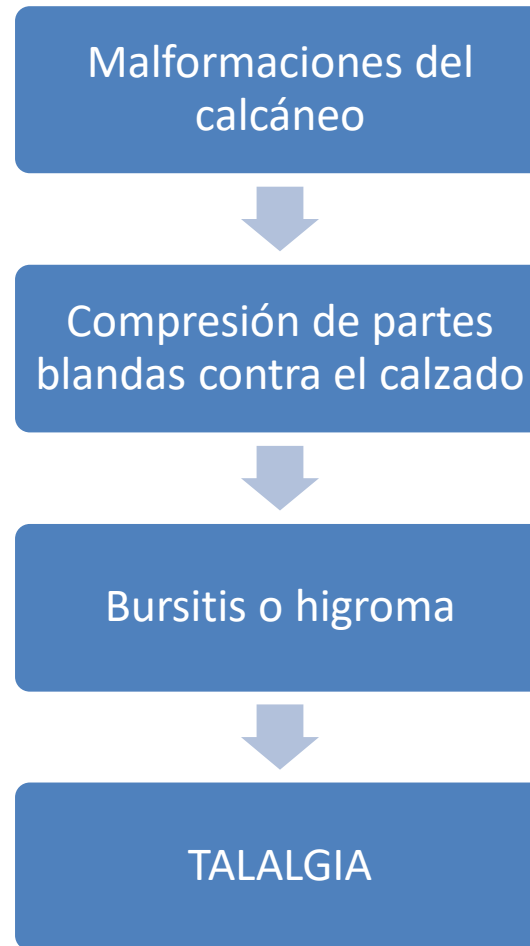
TRATAMIENTO CONSERVADOR

- Siempre tributarios de este tratamiento
- Reposo
- Plantillas: plantillas de descarga de talón
- Infiltraciones locales con anestésicos +/- corticoides
- Fisioterapia: ultrasonidos y ondas de choque

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Sólo en casos muy rebeldes
- Abordaje por cara interna del talón
- Extirpación de tejido inflamatorio, desinserción de todos los elementos fibrosos de las tuberosidades plantares del calcáneo.
- No indispensable extirpación de espolón

CALCÁNEO. EXÓSTOSIS



TIPOS

Exóstosis postero externa

- Prominencia en la cara externa de la tuberosidad mayor
- Higroma → talalgia

Exóstosis postero superior

- E. de Haglund
- Mujeres jóvenes
- Tumoración dolorosa en cara posterior

CALCÁNEO. EPIFISITIS POSTERIOR

- Malacia de la epífisis posterior del calcáneo
- Punto de osificación secundario aparece a los 8 años y suelda a los 14
- Clínica:
 - Niños 10-15 a
 - Cojera +/- dolor

ENFERMEDAD DE SEVER

- RADIOGRAFÍA: Mayor condensación del núcleo de crecimiento, con límites borrosos
- Tratamiento: conservador
 - Ortesis de descarga o cuñas elevadoras del talón
 - Salicilatos

ASTRÁGALO: SECUELAS DE TRAUMATISMOS

- Fractura de Shepard: Fractura de la cola del astrágalo
- Hiperflexión plantar brusca
- Diagnóstico Diferencial con os trigonum
- Tratamiento: extirpación fragmento óseo

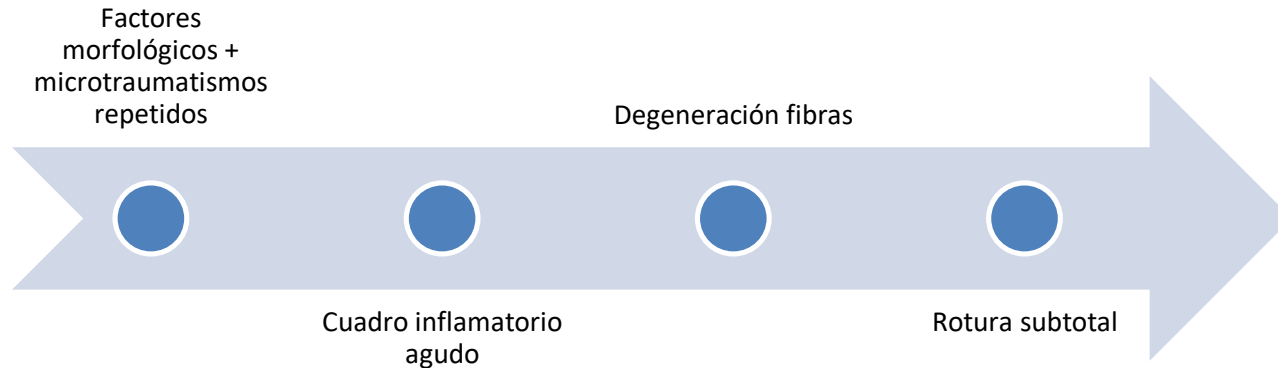
ASTRÁGALO: OSTEONECROSIS

- Déficit vascular:
 - Fracturas/ Luxaciones
 - Desconocida: Como la enfermedad Mouchet
- Radiografía:
 - Zona de condensación ósea
 - Pérdida del contorno articular
 - Aplastamiento del cuerpo
- Tratamiento:
Injerto óseo autólogo/ Artrodesis subastragalina
Artroplastia: casos rebeldes / necrosis < 30% del cuerpo

AQUILEÍTIS

Cuadro degenerativo-inflamatorio del tendón de Aquiles

- Inserción: entesitis
 - Bursitis sinovial preaquílea



AQUILEÍTIS

- Tratamiento:
 - Infiltraciones locales corticoides
 - Quirúrgico:
 - Peinado longitudinal del tendón extirpando zonas quísticas y nódulos fibrosos

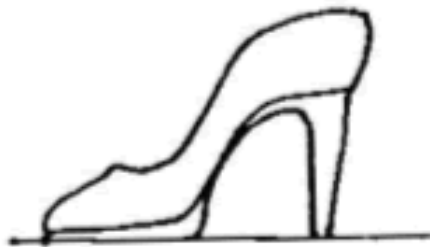
FASCITIS PLANTAR

- Degenerativo inflamatorio en fascia plantar
- Relación con: Obesidad, Hiperuricemia, Bipedestación prolongada
- Dolor en mitad de la planta y centro de talón, de carácter inflamatorio
- Radiografía: posible espolón calcáneo
- Tratamiento: Conservador
 - AINES, calzado apropiado, plantillas de descarga, modificación de actividades
 - No inyectar corticoides en grasa plantar
- Quirúrgico: no mejoría tras 3-4 meses
 - Liberación completa de la fascia plantar.

FIBROMATOSIS PLANTAR: ENFERMEDAD DE LEDDERHOSE

- Reemplazamiento de la aponeurosis plantar por tejido fibroso anormal
- Etiología: desconocida
 - Traumatismo, enfermedad neurológica, trastornos metabólicos...
- Historia natural. Tres fases
 - Fase proliferativa
 - Fase activa: formación de nódulos
 - Fase residual
- Diagnóstico diferencial estadio I del fibrosarcoma

- Clínica:
 - Nudosidades plantares indoloras de desarrollo insidioso
 - Móviles al comienzo/ Fijas a piel después
 - No suele originar contractura en garra de los dedos
- Diagnóstico: Resonancia Magnética
- Tratamiento:
 - Conservador: Evitar apoyo sobre nódulos prominentes.
 - Quirúrgico : Si dolor o invasión de estructuras neurovasculares
 - Escisión amplia de fascia plantar



NO



NO



SI



BIBLIOGRAFÍA

- Leach R.E., Seavey M.S., Salter D.K. Results of surgery in athletes with plantar fasciitis. *Foot Ankle*. 1986;7(3):156–161.
- Lapidus P.W., Guidotti F.P. Painful heel: report of 323 patients with 364 painful heels. *Clin Orthop Relat Res*. 1965;39:178–186.
- Tanz S.S. Heel pain. *Clin Orthop Relat Res*. 1963;28:169–178.
- Baxter D.E., Pfeffer G.B. Treatment of chronic heel pain by surgical release of the first branch of the lateral plantar nerve. *Clin Orthop Relat Res*. 1992;(279):229–236.
- Gill L.H., Kiebzak G.M. Outcome of nonsurgical treatment for plantar fasciitis. *Foot Ankle Int*. 1996;17(9):527–532. Erratum in: *Foot Ankle Int*. 1996;17(11):722.

- Acevedo J.I., Beskin J.L. Complications of plantar fascia rupture associated with corticosteroid injection. *Foot Ankle Int.* 1998;19(2):91–97.
- Sellman J.R. Plantar fascia rupture associated with corticosteroid injection. *Foot Ankle Int.* 1994;15(7):376–381.
- Gerster J.C., Piccinin P. Enthesopathy of the heels in juvenile onset seronegative B-27 positive spondyloarthropathy. *J Rheumatol.* 1985;12(2):310–314.
- Davis P.F., Severud E., Baxter D.E. Painful heel syndrome: results of nonoperative treatment. *Foot Ankle Int.* 1994;15(10):531–535.
- Pfeffer G., Bacchetti P., Deland J., Lewis A., Anderson R., Davis W. Comparison of custom and prefabricated orthoses in the initial treatment of proximal plantar fasciitis. *Foot Ankle Int.* 1999;20(4):214–221.

- Miller R.A., Torres J., McGuire M. Efficacy of first-time steroid injection for painful heel syndrome. *Foot Ankle Int.* 1995;16(10):610–612.
- Ogden J.A., Alvarez R., Levitt R., Cross G.L., Marlow M. Shock wave therapy for chronic proximal plantar fasciitis. *Clin Orthop Relat Res.* 2001;(387):47–59.
- Chen H.S., Chen L.M., Huang T.W. Treatment of painful heel syndrome with shock waves. *Clin Orthop Relat Res.* 2001;(387):41–46.
- Helbig K., Herbert C., Schostok T., Brown M., Thiele R. Correlations between the duration of pain and the success of shock wave therapy. *Clin Orthop Relat Res.* 2001;(387):68–71.
- Rompe J.D., Schoellner C., Nafe B. Evaluation of low-energy extracorporeal shock-wave application for treatment of chronic plantar fasciitis. *J Bone Joint Surg Am.* 2002;84(3):335–341.

- Alvarez R. Preliminary results on the safety and efficacy of the OssaTron for treatment of plantar fasciitis. *Foot Ankle Int.* 2002;23(3):197–203.
- Ogden J.A., Tóth-Kischkat A., Schultheiss R. Principles of shock wave therapy. *Clin Orthop Relat Res.* 2001;(387):8–17.
- Baxter D.E., Thigpen C.M. Heel pain – operative results. *Foot Ankle.* 1984;5(1):16–25.
- Daly P.J., Kitaoka H.B., Chao E.Y. Plantar fasciotomy for intractable plantar fasciitis: clinical results and biomechanical evaluation. *Foot Ankle.* 1992;13(4):188–195.
- O'Malley M.J., Page A., Cook R. Endoscopic plantar fasciotomy for chronic heel pain. *Foot Ankle Int.* 2000;21(6):505–510.

TEMA 14. OPCIONES QUIRÚRGICAS EN CIRUGÍA DE REVISIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

**CLARA QUINTERO LÓPEZ
JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO
ARACELI QUINTERO LÓPEZ**

ÍNDICE

- GENERALIDADES
- OPCIONES
- TÉCNICA QUIRÚRGICA
- EVALUACIÓN
- RESULTADOS
- DISCUSIÓN
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

GENERALIDADES

- Incidencia anual rotura LCA: 34/100.000 ciudadanos
- Más de 250.000 casos anuales en Europa y EEUU
- Índice de cirugía de revisión 2,9% a los 2 años y 4,1% a los 5 años.

OPCIONES

- Aloinjerto de cadáver:
Elimina morbilidad. Contaminación e incremento tasa de fallos. Alto coste
- Plastia Hueso-Tendón-Hueso (HTH): Una fijación segura, con el inconveniente de causar molestias al arrodillarse y riesgo de fracturas patelares

OPCIONES

- El tendón cuadricepsital es una opción descrito por Marshall et al en 1979
- La plastia de reconstrucción de LCA con autoinjerto cuadricepsital fue defendido por Staubli y Fulkerson.
- Puede ser utilizado con/sin pastilla ósea.

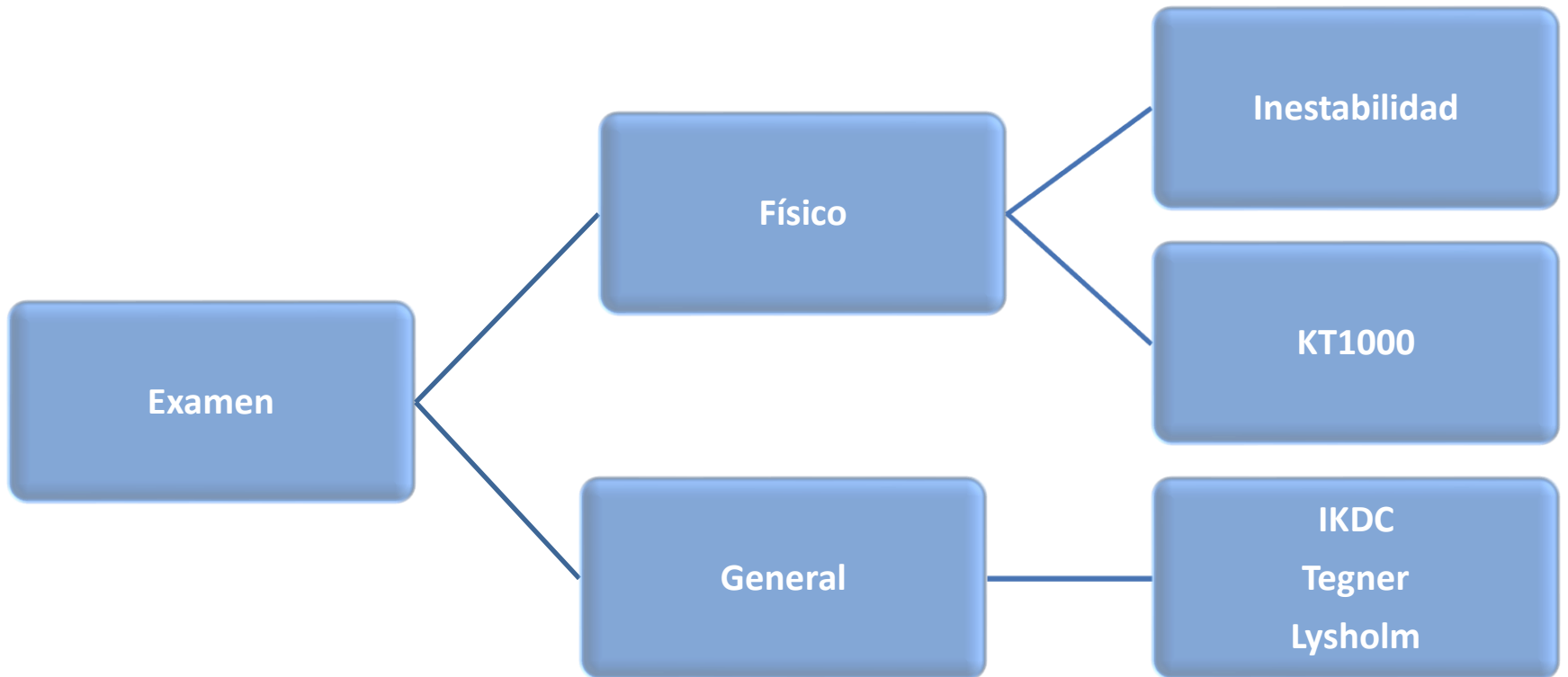
TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Exploración bajo anestesia
- Portal transtendinoso y anteromedial.
- Se actúa sobre lesiones acompañantes.
- Se confirma incompetencia del injerto previo.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Se procede a la extracción de la plastia a 90° de flexión para mantener tensión.
- Para ello, se realiza una incisión de 7-8 cm en sentido proximal
- El injerto es preparado en mesa auxiliar.
- Se cierra defecto de zona dadora.
- La pastilla ósea quedará incluida en la tibia
- La fijación se lleva a cabo con tornillos interferenciales

EVALUACIÓN



DISCUSIÓN

- En la bibliografía y en la clínica obtenemos buenos resultados obtenidos utilizando en tendón cuadriccípital homolateral en la cirugía de revisión del ligamento cruzado anterior
- La estructura y propiedades biomecánicas del QT, lo hacen candidato ideal para plastias de rescate
- A igual espesor, 20% más de fibras de colágeno que otorgando mayor fuerza
- El análisis biomecánico tras la reconstrucción del ligamento cruzado anterior con tendón cuadriccípital muestra mejor fuerza tensil que con tendón rotuliano.

DISCUSIÓN

- Facilitar la longitud del injerto e incrustarla en la tibia otorgando estabilidad mayor
- Grandes propiedades biomecánicas como injerto
- Baja morbilidad de la zona dadora
- Sin complicaciones asociadas
- El 93% de los pacientes retornan a la actividad deportiva
- Diversos autores preconizan su uso como injerto en reconstrucciones primarias por sus grandes propiedades mecánicas y mínima morbilidad

CONCLUSIONES

- El uso de tendón cuadriccípital como injerto en la cirugía de rescate del ligamento cruzado anterior tiene grandes ventajas:
 1. Propiedades biomecánicas
 2. Características histológicas
 3. Injerto autólogo
 4. Poca morbilidad de zona dadora
- El injerto con tendón cuadriccípital, debe ser considerado una opción a la hora de realizar cirugía de revisión del ligamento cruzado anterior

BIBLIOGRAFÍA

- Development of a national cruciate ligament surgery registry: the Norwegian National Knee Ligament Registry. Granan LP, Bahr R, Steindal K, Furnes O. Am J Sports Med. 2008;36(2):308-1
- The first results from the Danish ACL reconstruction registry: epidemiologic and 2 year follow-up results from 5,818 knee ligament reconstructions. Lind M, Menhert F, Pedersen AB. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2009 Feb;17(2):117-24
- Incidence and outcome after revision anterior cruciate ligament reconstruction: results from the Danish registry for knee ligament reconstructions. Lind M, Menhert F, Pedersen AB. Am J Sports Med. 2012 Jul;40(7):1551-7

- Harris NL, Smith DA, Lamoureaux L, et al. Central quadriceps tendon for anterior cruciate ligament reconstruction. Part 1: Morphometric and biomechanical evaluation. *Am J Sports Med* 1997;25:23-28.
- Goldblatt JP, Fitzsimmons SE, Balk E, Reconstruction of the anterior cruciate ligament: meta-analysis of patellar tendon versus hamstrings tendon autograft. *Arthroscopy* 2005 21:791–803
- Marshall JL, Warren RF, Wickiewicz TL, Reider B. The anterior cruciate ligament: A technique of repair and reconstruction. *Clin Orthop Relat Res* 1979:97-106
- Staubli HU, Schatzmann L, Brunner P, et al. Mechanical tensile properties of the quadriceps tendon and patellar ligament in young adults. *Am J Sports Med* 1999;27:27-34.

- Fulkerson JP, Langeland R. An alternative cruciate reconstruction graft: The central quadriceps tendon. Technical note. *Arthroscopy* 1995;11:252-254
- Harris NL, Smith DA, Lamoureaux L, et al. Central quadriceps tendon for anterior cruciate ligament reconstruction. Part 1: Morphometric and biomechanical evaluation. *Am J Sports Med* 1997;25:23-28
- Hadjicostas P, Soucacos PN, Berger I et al. Comparative analysis of the morphologic structure of quadriceps and patellar tendon: A descriptive laboratory study. *Arthroscopy* 2007;23(7)744-750
- Adams DJ, Mazzocca AD, Fulkerson JP (2006) Residual strength of quadriceps versus patellar tendon after harvesting a central free tendon graft. *Arthroscopy* 22:76–79

- Anatomical evaluation of the rectus femoris tendon and its related structures. Iriuchishima T, Shirakura K, Yorifuji H, Fu FH. Arch Orthop Trauma Surg (2012) 132:1665–1668
- Garofalo R, Djahangiri A, Siegrist O. Revision anterior cruciate ligament reconstruction with quadriceps tendon-patellar bone autograft. Arthroscopy 2006;22(2)205-214
- Outcome of anterior cruciate ligament reconstruction using quadriceps tendon autograft. S Lee, SC Seong, H Jo, YK Park. Arthroscopy:2004; 10(8)200; 795-802
- An alternative cruciate reconstruction graft: The central quadriceps tendon. JP Fulkerson, R Langeland. Arthroscopy 1995;11(2): 252-4

TEMA 15. BRONQUIOLITIS.

ALEJANDRA ROZADA GARCIA

ÍNDICE

- DEFINICION 1
- A QUIEN AFECTA 2
- FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO 3
- SÍNTOMAS 4
- DURACIÓN 5
- PREVENCIÓN 6
- BIBLIOGRAFÍA 7

DEFINICIÓN 1

Infección de las pequeñas vías respiratorias (bronquiolos) que están en los pulmones (1). Conforme estas vías respiratorias se van inflamando, se hinchan y se llenan de mucosidad, lo que dificulta la respiración (2).

A QUIÉN AFECTA 2

Afecta con mayor frecuencia a lactantes y niños pequeños, que tienen las vías respiratorias de un tamaño mas reducido por lo tanto se obstruyen con mas facilidad. Suele ocurrir durante los primeros años de vida con una máxima incidencia entre los 3 y 6 meses de edad . La exposición al humo del tabaco, asistencia a guarderías puede incrementar las probabilidades de que un bebe desarrolle una bronquiolitis.

FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO

3

Los factores que aumentan el riesgo son un nacimiento prematuro, padecer previamente una enfermedad pulmonar o cardiaca crónica y tener un sistema inmunológico debilitado por medicamentos o enfermedades (2).

SÍNTOMAS 4

Durante los primeros días hay solo síntomas de rinitis y después aparecen los de la bronquitis , bronquiolitis o neumonía : tos constante, fiebre baja, cansancio en las tomas, dificultad respiratoria (pitidos , respiración rápida y dificultosa).

DURACIÓN 5

La incubación al virus previa a la enfermedad puede durar entre dos y siete días . Comienza como un resfriado y a partir del cuarto día se extiende a los bronquios . La fase de bronquiolitis se suele alargar entre 5 y 7 días, aunque a veces la tos persiste durante una o dos semanas (3).

PREVENCIÓN 6

Lavarse las manos a menudo y siempre antes de tocar a un bebe .Lavar los juguetes de tela y superficies que están en contacto con la boca y las manos del bebe.
Evitar el humo del tabaco incluso en espacios abiertos.
Evitar las aglomeraciones. Usar pañuelos desechables .
Evitar contacto con personas acatarradas o con tos.
Evitar lugares infantiles (guarderías , parques.....)(4).

BIBLIOGRAFÍA 7

- Enciclopedia virtual : Medlineplus enciclopedia medica.
- Pagina web: Familia y salud www.familiaysalud.es
<https://www.kidshealth.org.nz> <https://www.crecerfeliz.es>

TEMA 16. CONOCIMIENTOS ESPECÍFICOS SOBRE EL SUFRIMIENTO FETAL AGUDO.

M^a ASCENSIÓN AVILÉS CONESA

M^a JESÚS AVILÉS CONESA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.....3
- OBJETIVOS.....5
- METODOLOGÍA.....6
- RESULTADOS.....7
- CONCLUSIÓN8
- BIBLIOGRAFÍA.....9

INTRODUCCIÓN

El sufrimiento fetal agudo es una patología que aparece durante el trabajo de parto caracterizada por insuficiencia respiratoria placentaria, puede ser: de forma leve o moderada provocando HIPOXIA o de forma grave produciendo ACIDOSIS, PARÁLISIS CEREBRAL Y MUERTE fetal o neonatal. Pueden aparecer diferentes situaciones de emergencia neonatales durante el embarazo o el proceso intraparto.

Su etiología es secundaria a insuficiencia útero-placentaria, complicaciones fetales (hemorragias o sepsis) y compresión del cordón umbilical (hipoxemia fetal, infección fetal y/o materna, líquido amniótico meconial, drogas, arritmias, feto prematuro, monitoreo alterado, anemia fetal...)

Normalmente, en la mayoría de los casos, son consecuencia de realizar una cesárea de urgencia por RPBF (riesgo de pérdida del bienestar fetal) o bien realizar partos instrumentalizados mediante fórceps, ventosas...en perjuicio del estado físico y psicológico de la madre

OBJETIVOS

Los principales objetivos de este estudio han sido:

- Conocer los procedimientos de emergencias neonatales adecuados a cada situación.
- Preparar adecuadamente a todo el personal sanitario pertenecientes a unidades neonatología.
- Promover métodos de detección precoz de embarazos de alto riesgo vigilando los factores de alto riesgo.

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 95 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 25 para un análisis inteligente.

Descriptores: CAUSAS, ETIOLOGÍA, SUFRIMIENTO FETAL, RECIÉN NACIDOS, NEONATOS.

RESULTADOS

El mejor tratamiento profiláctico para evitar el sufrimiento fetal agudo depende de un adecuado control del embarazo, una buena asistencia del trabajo de parto y una correcta evaluación de los factores alto riesgo perinatales. Entre estos riesgos podemos encontrar:

- ❖ Hipertensión arterial con o sin proteinuria,
- ❖ Patologías maternas vasculares.
- ❖ Isoimmunización Rh.
- ❖ Diabetes.
- ❖ Patologías del cordón umbilical.
- ❖ Posibles desprendimientos de placenta.

CONCLUSIÓN

La funcionalidad del equipo multidisciplinario ante situaciones de urgencias y emergencias neonatales se conseguirá con la implicación y participación activa de dichos profesionales en la creación de los protocolos y su posterior complemento conforme el avance de las tecnologías.

La continua formación de los profesionales junto con simulacros y manejo de nuevos aparatos ayudará a controlar estas situaciones con mayor eficacia y seguridad.

Además la continua formación específica de profesionales sanitarios altamente cualificados para gestionar este tipo de situaciones garantiza la seguridad del recién en estas situaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Díaz, R., Rosas-Lozano, AL., Islas-Ruz, FG., Baltazar-Merino, RN., & Mata-Miranda, MP.. (2018). Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional. Acta pediátrica de México, 39(1), 23-32.
2. Mendoza Tascón L.A., Claros Benítez D.I., Mendoza Tascón L.I., Arias Guatibonza M.D., Peñaranda Ospina C.B. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2016; 81(4): 330-342.
3. Nápoles MD. Controversias actuales para definir las alteraciones del bienestar fetal. Medi San 2013; 17 (03)

TEMA 17. FISIOTERAPIA ABDOMINO-PÉLVICA EN RECUPERACIÓN POSTPARTO.

ESTEBAN ROMERO BERNAL

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

Los principales factores de riesgo en la aparición de disfunciones del suelo pélvico se deben a los cambios hormonales y mecánicos producidos durante el embarazo y los efectos de la salida del bebé durante el parto constituyen. Estas disfunciones pueden ser: Incontinencia urinaria, incontinencia anal, dispareunia, dolor pélvico y caídas de vísceras pélvicas (vejiga, útero y recto). Aunque son frecuentes tras el parto, no deben considerarse como normales tras la cuarentena.

La valoración del suelo pélvico en el postparto consiste una exploración que incluye un tacto vaginal donde se valora el estado de los músculos del suelo pélvico, su fuerza y resistencia, pero también posibles puntos de dolor perineal, el estado de la cicatriz en caso de episiotomía y/o desgarró, fibrosis, etc.

Testamos también el sostén de las vísceras del suelo pélvico, descartando el descenso de la vejiga, útero, recto. Además, tendremos en cuenta tu historia obstétrica, y valoraremos otras estructuras como la pared abdominal y su funcionalidad y la región de la pelvis.

Para la recuperación del postparto se emplean una serie de técnicas como:

- Ejercicios del suelo pélvico
- Biofeedback
- Electroestimulación
- Ejercicios corporales globales
- Flexibilizantes de la columna lumbar
- Estiramientos dirigidos al tren inferior y región lumbosacra
- Ejercicios respiratorios
- Masoterapia
- Técnicas de relajación

OBJETIVOS

Los principales objetivos de esta búsqueda sistemática bibliográfica han sido:

- ❑ Favorecer la recuperación del abdomen y del suelo pélvico y evitar así la aparición de posibles disfunciones que, si bien remiten en el postparto, podrían reaparecer en la menopausia, o bien con la práctica de actividades deportivas de impacto u otros problemas de salud asociados como la obesidad, la tos crónica, etc.
- ❑ Prevenir la incontinencia urinaria, mejorar el fortalecimiento de la musculatura abdomino-pélvica para conseguir equilibrar su estática, favorecer la vascularización local y la función ano-rectal, además de conseguir una sexualidad satisfactoria.

METODOLOGÍA

Esta búsqueda sistemática bibliográfica ha encontrado 42 artículos referentes, en diferentes bases de datos, de los cuales nos hemos interesado por 6 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, rehabilitación y algunos de ginecología específica en suelo pélvico y su dinámico postparto.

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

Descriptores: “RECUPERACIÓN”, “POSTPARTO”, “ABDOMEN”, “SUELO PÉLVICO”, “FISIOTERAPIA”.

RESULTADOS

Las medidas de prevención deben comenzar ya en el embarazo y el parto, pero es la correcta actuación en el postparto lo que evitará el agravamiento de las lesiones y la aparición de disfunciones.

Se realiza a las 6 u 8 semanas después del parto con el fin de detectar síntomas de disfunción de suelo pélvico e ir tratándolos cuanto antes, aunque es a partir de las 12 semanas cuando dichos problemas se consideran como tales.

Es importante realizarla en todas aquellas mujeres que hayan dado a luz- independientemente del tipo de parto- aunque no presenten síntomas, y resulta de visita obligada en aquellas mujeres cuyos síntomas persisten transcurrido este tiempo.

CONCLUSIÓN

Las técnicas de rehabilitación perineal y otras pautas para el tratamiento de la disfunción perineal constituyen un apartado muy amplio y específico a desarrollar en las unidades del suelo pélvico, en las que un fisioterapeuta especializado en el tema y conocedor profundo de toda la patología derivada de los defectos funcionales del suelo pélvico debe trabajar en estrecha relación con la unidad urológica que lleve el tema.

Además sería aconsejable que estas unidades de rehabilitación del suelo pélvico estuvieran integradas dentro del propio servicio de urología con el fin de ajustar al máximo las pautas de tratamiento rehabilitador según el tipo de disfunción existente, instaurando tratamiento farmacológico si precisase el caso y derivando a cirugía con criterio y sin demora en los casos necesarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso-Calvete A., Da Cuña-Carrera I., González-González Y. Efectos de un programa de ejercicios abdominales hipopresivos: un estudio piloto. Medicina Naturista. 2019 I.S.S.N.: 1576-3080; Vol. 13 · N.º 1.
2. Tracogna V., Rial Rebullido T. Expectativas y beneficios percibidos del ejercicio hipopresivo por mujeres: una experiencia práctica. Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física (FEADEF). 2018 ISSN: Edición impresa: 1579-1726. Retos, 34, 138-141. Edición Web: 1988-2041.
3. Hidalgo Lacalle M., López León C., García Campaña A., Román Almendros M.R. Conocimientos de las gestantes sobre los cuidados del suelo pélvico. NURE investigación: Revista Científica de enfermería. 2017 ISSN-e 1697-218X, Vol. 14, N.º. 90.

TEMA 18. SÍNDROMES DISMÓRFICOS RAROS EN RECIÉN NACIDOS.

M^a JESÚS AVILÉS CONESA

M^a ASCENSIÓN AVILÉS CONESA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.....3
- OBJETIVOS.....6
- METODOLOGÍA.....7
- RESULTADOS.....8
- CONCLUSIÓN9
- BIBLIOGRAFÍA.....10

INTRODUCCIÓN

Científicamente se está observando que existe un aumento progresivo en la aparición de dismorfologías raras en neonatos gracias a las nuevas tecnologías y el nuevo mundo digital. Las manifestaciones clínicas distintivas de un recién nacido con rasgos dismórficos permitirán conocer exhaustivamente su evolución y afectación clínicas y su fenotípico específico.

Entre muchos de los síndromes de delección y sus manifestaciones clínicas mas frecuente destacamos:

- **Síndrome de Cri-du-Chat:** cara redonda, microcefalia, hipertelorismo, epicantus, micrognatia, puente nasal prominente, retraso del crecimiento y un grave retraso psicomotor.
- **Síndrome de Beckwith-Wiedemann:** macrosomía, hemihipertrofia, macroglosia, defectos de la pared

- abdominal, surcos en los lóbulos de las orejas, hipoglucemia neonatal y predisposición a varias patologías oncológicas.
- **Síndrome/Secuencia de Möebius:** es un trastorno raro del desarrollo que se caracteriza por parálisis facial, (generalmente bilateral). En los primeros meses de vida no siempre es fácil reconocerlo por lo que en ocasiones el diagnóstico se retrasa.
- **Síndrome del “bebé cocodrilo” (bebé colodión, síndrome carini):** en ocasiones considerada como una ictiosis laminar en la que el neonato aparece cubierto completamente por una membrana constrictiva semejante a un pergamino.
- **Síndrome de Winchester:** Es una artropatía progresiva con osteolisis, dismorfia facial, opacidad corneal, engrosamiento e hiperpigmentación cutánea.

- **Síndrome de Shprintzen:** Se caracteriza clínicamente por la combinación de fisura palatina, hipocrecimiento, déficit auditivo y cardiopatía congénita.
- **Síndrome del querubismo:** Displasia ósea benigna que afecta exclusivamente a los huesos maxilares produciendo una expansión ósea simétrica indolora, localizada.
- **Síndrome de Drummond:** Es un trastorno familiar caracterizado por hipercalcemia, nefrocalcinosis e indicanuria, cuando se oxida el indican produce un color azul índigo que mancha el pañal debido a una mal absorción del triptófano.
- Otros síndromes: **Síndrome del “ojo de gato” (cat eyes) (síndrome de coloboma del iris), síndrome de Angelman, síndrome de Buckley...**

OBJETIVOS

Los principales objetivos de este estudio han sido:

- ❑ Identificar precozmente los rasgos dismórficos raros durante el desarrollo del embarazo, e inclusive antes de su concepción.
- ❑ Anticipar su tratamiento precoz e instaurar protocolos dependiendo de la gravedad de afectación en unidades neonatales y pediátricas.
- ❑ Delegar a sus padres y/o tutores a centros específicos en enfermedades/síndromes raros para poder gestionar sus sentimientos, reacciones, cuidados y futuro.

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 sobre enfermedades raras y síndromes en recién nacidos. También se encontraron artículos de revistas científicas y en bibliotecas científicas online como Scielo.

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

Entre las 38 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 6 para un análisis inteligente.

Descriptores: DISMORFOLOGÍAS, RARAS,
MANIFESTACIONES, CLÍNICA, NEONATOS.

RESULTADOS

La genética sobre enfermedades y síndromes raros es un campo en desarrollo, muy dinámico que reconocerá en corto plazo una serie de anomalías todavía no identificadas, sus consecuencias y posibles displasias.

Además mediante su estudios se podrán identificar los principales factores que van a determinar la viabilidad del feto, su posterior nacimiento, su infancia y secuelas.

El diagnóstico fetal precoz junto con su posible tratamiento intrauterino proporcionará un detallado estudio de los rasgos dismórficos anticipadamente y su tratamiento precoz postparto y/o en su medida, intraparto (cuando exista dicho tratamiento).

CONCLUSIÓN

En un futuro, con el avance vertiginoso de la ciencias y sus increíbles pruebas diagnósticas mediante imagen y análisis, serán posibles muchos de los embarazos hoy en día impensables para la ciencia. Además serán viables, proporcionando un porcentaje de seguridad y viabilidad al feto, según las nuevas técnicas que aparecerán y mejorarán lo largo de los años.

A muy corto plazo, existirá un consejo genético avanzado y éticamente reconocido para determinados síndromes y enfermedades raras, que permitirá la futura manipulación genética y el estudio específico de los fenotipos, controlando hasta el más mínimo detalle la perpetuidad de la especie.

BIBLIOGRAFÍA

1. Camps Jeffers M., Perdomo Hernández J.O., Matos Cueto O., Samón Rodríguez I. Síndromes pediátricos con nombres raros. Rev Inf Cient. 2015; 93(5):1217-1227
2. Escalona Batista M., Gómez Rodríguez E., Castro Suárez O. Síndrome del pañal azul. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2015;40(5).
3. 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.
4. Servin R., Avalos M., Braverman A., Monteleone H., Ramírez Vergara C. Enfermedades huérfanas, raras o poco frecuentes: Síndrome/Secuencia de Möebius. 2014; Servin, R. y Col. Rev. Fac. Med. UNNE XXXIV: 3, 18-22.

TEMA 19. CONTENCIÓN MECÁNICA.

**NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ
PATRICIA GONZALEZ ROBLES
PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ**

INDICE

- INTRODUCCIÓN
- INDICACIONES
- PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES
- INTERVENCIÓN
- CUIDADOS POSTERIORES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION

- La contención mecánica se define como un método de uso extraordinario que limita la movilidad total o parcial de un paciente con fines terapéuticos, cuyo uso se limitará a casos de riesgo para la integridad física del propio paciente o de terceros y que no pueda ser resuelto de otra manera.
- Su uso se debe limitar estrictamente a situaciones en las que han fracasado todos los demás métodos disponibles (contención verbal y farmacológica) y bajo prescripción facultativa.

- Desde el punto de vista de la bioética este procedimiento, que suele ser forzosa, atenta directamente contra el principio de autonomía del paciente dando prioridad a los de beneficencia y no maleficencia, dado que garantizar la integridad física del paciente prevalece sobre todos los demás aspectos. Por esto solamente se debe aplicar este tipo de contención cuando se agoten todas las posibilidades y siempre garantizando la dignidad del paciente

INDICACIONES

- prevención de autolesiones
- prevención de agresiones (personal, familiares, entorno...)
- evitar interrupción de tratamientos, evitando arranque de vías, sondas, oxigenoterapia, aparatos de soporte vital, etc.
- Prevención ante riesgo de suicidio
- Prevención ante riesgo de fuga en pacientes con alteración de juicio, distorsión de la realidad o incapacitados para la toma de decisiones.
- Prevención de riesgo de caídas

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

Es importante tener en cuenta que el paciente contenido se halla en una situación vulnerable e inmobilizado, por lo que es importante conocer los riesgos relacionados con estas situaciones a fin de prevenirlos:

- Prevención de UPP:

Vigilar las zonas de presión aplicando medidas de prevención de UPP

- Prevención de heridas por fricción y lesiones isquémicas de los miembros inmobilizados

vigilar zonas de contención (muñecas, tobillos..) y evaluar periódicamente la presión que las contenciones ejercen sobre estas zonas.

- Prevenir lesiones al forzar la inmovilización (fracturas, esguinces, luxaciones o lesiones nerviosas).
- Asegurar una oxigenación adecuada

Evitar broncoaspiraciones cabeza ladeada y elevación de cabecero 30°

Prevenir la asfixia: es importante que la contención abdominal no este floja para evitar que el paciente se deslice ya que puede quedar enredado en ella.

INTERVENCIÓN

- Previo a la contención, el médico informará al paciente del procedimiento, pedirá consentimiento a la familia en caso de que sea posible y dejará constancia escrita de la prescripción en la historia clínica.
- El número ideal de personas para realizar la técnica es 5, una para sujeción de cada miembro y otra para el control de la cabeza. Uno de ellos deberá ser el interlocutor único del paciente, hablándole de manera suave pero firme y otro miembro del equipo dirigirá la intervención.
- El personal que colabore no debe llevar puesto nada que pueda producirle daño, como gafas, collares, pendientes, etc

Si el paciente se muestra colaborador, se le permitirá desnudarse y ponerse el pijama del hospital antes de tumbarse en la cama de contención, siempre bajo la supervisión estricta del equipo que participa en la contención.

Si por estar el paciente agitado y/o violento, la reducción se hará cuando este distraído:

- Se tumbara al paciente en decúbito supino
- Cada miembro del equipo sujetara una extremidad y la cabeza: los brazos se sujetan por hombros y antebrazos y la piernas por encima de la rodilla y del tobillo.

- Se colocara el cinturón abdominal evitando en todo momento que comprima el tórax, sujetándolas a la estructura de la cama (no a las barandillas). En caso de pacientes intoxicados o con bajo nivel de conciencia, con riesgo de vomito, se dejara lo suficientemente flojo como para poder colocarlo de lado. Si se precisa realizar una inmovilización mas firme se fijaran las cintas antivuelco que incorpora el cinturón a la cama.
- se colocaran los cinturones en los miembros cerca de las articulaciones mayores para evitar lesiones óseas.

Lo que determina el tipo de sujeción es la intensidad de agitación o violencia del paciente:

- Sujeción completa: inmovilización abdominal y las 4 extremidades
- Sujeción parcial o contención cruzada: contención abdominal y 2 extremidades contralaterales (por ejemplo brazo derecho y pierna izquierda)

CUIDADOS POSTERIORES

- Una vez realizada la contención se debe evaluar periódicamente los cinturones para verificar que no producen daños físicos, así como que la presión que ejercen es adecuada para evitar las complicaciones mencionadas anteriormente, aflojándolas en caso de signos de alarma (cambios coloración, edemas...)
- Se realizarán rondas frecuentes para valorar el estado del paciente así como las necesidades que este pueda tener, que serán más frecuentes (cada 15 minutos) si éste está intoxicado o inconsciente.

BIBLIOGRAFIA

- Protocolo de contención mecánica de las unidades de hospitalización de psiquiatría de la red de salud mental de Extremadura unidad de psiquiatría. HIC. Fecha de aprobación: febrero 2017
- Protocolo de contención de pacientes. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Disponible en:
<https://www.astursalud.es/documents/31867/234596/ContencionPacientes.pdf/aff3e9b1-a517-f17f-f0aa-dbde01e6ddb1>

- Protocolo general sujecion mecanica. Hospital Universitario Ramon y Cajal. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185649&ssbinary=true>
- Contención mecánica para pacientes ingresados en las unidades de hospitalización breve (UHBS) de psiquiatría. Hospital Gregorio Marañón. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPROTOCOLO16032010+contenci%C3%B3n+mec%C3%A1nica.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352889777299&ssbinary=true>

**TEMA 20. CUIDADOS DE
ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO
OBSESIVO COMPULSIVO Y
CURA DE FÍSTULA INTERVENIDA.**

**ANTONIO JAVIER GUILLAMÓN MARÍN
MARÍA JOSÉ GUILLAMÓN MARÍN**

ÍNDICE

- 1. Antecedentes.**
- 2. Ingreso en UCE Agosto 2018.**
- 3. Ingreso en UCE Septiembre 2018.**
- 4. Derivación a URME.**
- 5. Cuidados de Enfermería (PAE).**
 - a) Valoración de Enfermería.**
 - b) Diagnósticos de Enfermería.**
 - c) Planificación, Ejecución y Evaluación.**
- 6. Evolución del paciente en URME con este plan de cuidados.**
- 7. Proceso de cura de herida interglutear.**
- 8. Bibliografía.**

1. ANTECEDENTES

Paciente en seguimiento desde 2008 por CSM Cieza con diagnóstico de Trastorno Obsesivo compulsivo.

Vive con sus padres y sus tres hermanos, siendo él el mayor. Curso estudios hasta 4ºESO. No ejerce ninguna actividad laboral ni ha ejercido. Presenta una dinámica familiar problemática.

El paciente señala periodo de estabilidad clínica entre 2010 y 2015, con empeoramiento en abril de 2015. Lo relaciona con varias circunstancias vitales estresantes que tuvieron lugar en un corto periodo de tiempo. El paciente llegó a reintroducirse medicación (que había abandonado durante el periodo de estabilidad por iniciativa propia).

En este sentido, es ingresado en Octubre de 2016 en la Unidad de Agudos del Hospital Morales Meseguer (HGUMM) y otro en Junio de 2018. En el informe que aporta de su psiquiatra de referencia, se especifica que presenta psicosis no orgánica sin especificación, TOC y Trastorno de la personalidad mixto (rasgos pasivos–agresivos, dependientes, obsesivos y limítrofes).

Tras el alta de la planta de agudos, acude a revisión en su CSM de referencia. Su psiquiatra de referencia informa de la posibilidad de requerir nuevamente un posible ingreso en agudos por empeoramiento sustancial, a la vez que se solicita cama para ingreso en URME.

2. INGRESO EN UCE AGOSTO 2018.

El paciente acude a urgencias acompañado de sus padres, refiriendo empeoramiento progresivo de su patología de base:

- Pensamientos obsesivos en torno al orden y la limpieza.
- Rituales de lavado (lavado de manos, dientes, ducharse) cada vez más prolongados y que le hacen “bloquearse” y “ponerse a llorar”.
- Precisa la ayuda de sus familiares para llevar a cabo estas ABVD.

– Sus familiares manifiestan:

- se “está yendo a los bares para hacer sus necesidades porque allí no tiene tanta angustia y no necesita lavarse tanto”.
- Estar desbordada y sin recursos ante la situación que están viviendo.

– Otros datos de interés:

- Ha dejado de comer cualquier tipo de alimento.
- Está saliendo a la calle expresando ideas de querer “que le atropelle un coche para acabar con todo”.
- Factor estresante relacionado: fallecimiento de su abuelo el 8 de junio.

Exploración psicopatológica en el ingreso en UCE:

- Discurso centrado en las dificultades que le generan sus ideas obsesivas (intrusivas y parcialmente egodistónicas) centradas en la limpieza y orden con realización de rituales de repetición
- Importante enlentecimiento que llega a bloquearle en su funcionamiento diario y por las que en las últimas semanas ha precisado la supervisión y ayuda de sus padres y hermanos.
- Aislado socialmente.
- Importante angustia psíquica por el esfuerzo y tiempo empleados en aliviar pensamientos obsesivos con los rituales (“estoy reventado yo y voy a agotarlos a ellos (referido a sus familiares)”).
- **Ideas de muerte** reactivas a actual situación concebida como fantasías para escapar de su situación actual. No obstante, sin ideación autolítica estructurada.

3. INGRESO EN UCE SEPTIEMBRE 2018

Características de la Historia Actual en UCE:

- Sus familiares manifiestan que tras el alta en agosto 2018 de UCE, la situación en casa ha permanecido igual que antes del ingreso en junio.
- Dicha necesidad de ayuda por parte de terceros ha derivado en el desbordamiento de la familia, especialmente el padre, que es quien realiza la mayor parte de las tareas del paciente. En este sentido, presenta una sobrecarga del cuidador.

Exploración psicopatológica:

- Empeoramiento general con respecto al ingreso anterior, objetivándose un importante enlentecimiento que dificulta su funcionamiento diario.

Evolución Clínica durante su estancia en UCE:

- Durante su ingreso hospitalario en planta de agudos, el paciente presenta rápida mejoría de angustia psíquica así como disminución en número e intensidad de las obsesiones y de las compulsiones de lavado, sin alteraciones conductuales y con buena adaptación a la dinámica de la planta. No presenta ideas de muerte ni de autolisis en el momento del alta.
- Se explica al paciente la necesidad de ser derivado a otra unidad que le proporcionará cuidados a medio-largo plazo, con el propósito de anular la angustia psíquica que le incapacitaba. El paciente acepta su ingreso en URME de muy buen grado.

4. DERIVACIÓN A URME

La URME (Unidad Regional de Media Estancia) es un dispositivo destinado a pacientes con trastorno mental grave en los que se hace necesaria una hospitalización más prolongada, que permita un abordaje terapéutico a plazo, para tratar alteraciones psicopatológicas refractarias y proporcionar herramientas terapéuticas rehabilitadoras de las funciones que se hayan visto afectadas.

Es un dispositivo sanitario diseñado para cumplir funciones integradas de tratamiento y contención en un medio hospitalario, compartiendo características de los recursos rehabilitadores extrahospitalarios. Es una Unidad estructuralmente abierta y funcionalmente semiabiertas.

¿Qué información llega al personal de Enfermería de la URME al ingreso del paciente?

A su llegada en URME, nos encontramos con un varón de 29 años diagnosticado de TOC en seguimiento desde los 16 años que ingresa de forma voluntaria y programada para mejorar sus conductas de rituales que le limitan y angustian en su ABVD, llegando a sobrecargar a la familia y al entorno. Presenta gran compulsión en el lavado de manos.

En este sentido, realizamos las siguientes actividades al ingreso del paciente:

1. Se realiza protocolo de acogida.
2. Se activa el Proceso de Atención de Enfermería, siguiendo las fases de éste, que más adelante se desarrollarán y explicarán.
3. Seguimiento del paciente a través del plan de cuidados de Enfermería durante su estancia en la unidad: toma de constantes, vigilancia de su aseo personal, fomento de la autonomía personal, empoderamiento a través de la toma de decisiones propias, administración de la medicación pautada, medidas antropométricas, etc.
4. Cura de la fístula en la zona interglútea.

5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE):

El PAE es el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona, familia o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería, ya sea en el hospital, en el centro de salud o en su propio domicilio.

En este sentido, se utiliza para ello la metodología enfermera a través del plan individualizado, empleando las herramientas específicas NANDA, NOC Y NIC.

El PAE consta de 5 fases interrelacionadas entre si, que son continuas y cíclicas, complementándose entre ellas. A la hora de llevar a cabo el PAE, no se puede olvidar ninguna fase. Estas etapas son:

1. **Valoración.** Implica valorar al paciente en función del modelo de patrones funcionales de M. Gordon.
2. **Diagnóstico.** Supone dar nombre a los «problemas» que presenta el paciente
3. **Planificación.** En función de la priorización de los diagnósticos, se establece un plan de cuidados para abordar los «problemas» anteriormente mencionados.
4. **Ejecución.** Ejecución del plan de cuidados.
5. **Evaluación.** Valorar si los «problemas» se están resolviendo o no.

A. VALORACIÓN

PATRONES DE M. GORDON DISFUNCIONALES:

- Patrón percepción – manejo de la Salud: manejo de la higiene inadecuado.
- Patrón Nutrición – Metabólico: Pérdida de la adherencia tisular.
- Patrón actividad – ejercicio: compulsiones.
- Patrón cognitivo – perceptual: ideas obsesivas.
- Patrón autopercepción: ideas de muerte como vía de escape a su situación.
- Patrón rol – relaciones: aislamiento social.

B. DIAGNÓSTICO

Dx1: Cansancio del rol del cuidador

r/c gravedad de la enfermedad

m/p inquietud por la salud futura del receptor de los cuidados.

Dx2: Desesperanza

r/c estrés de larga duración

m/p falta de implicación en los cuidados.

Dx3: Gestión ineficaz de la propia salud

r/c conflicto de decisiones

m/p expresa tener dificultad con los tratamientos.

C. PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

El plan de cuidados se constituye en función de los Diagnósticos de Enfermería. Tras priorizar estos diagnósticos según la importancia del problema que están provocando en el paciente, se establece los NOC y los NIC.

Por un lado, los NOC son los resultados a conseguir a corto, medio o largo plazo. Para facilitar su consecución, se establecen indicadores más específicos de aquello que queremos conseguir.

➤ NOC (INDICADORES):

- **Dx Cansancio del rol del cuidador:** Resistencia del papel del cuidador (relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el paciente; dominio de las actividades de cuidados directos; dominio de las actividades de cuidados indirectos)
- **Dx Desesperanza :** Esperanza (Esperanza; expresión de confianza; expresión de significado de la vida; expresión de sensación de autocontrol; establecimiento de objetivos)
- **Dx Gestión ineficaz de la propia salud:** Conducta de cumplimiento (acepta el diagnóstico del profesional sanitario; comunica seguir la pauta prescrita; realiza las actividades diarias según prescripción) y Conducta terapéutica: enfermedad o lesión

Por otro lado, los NIC son las intervenciones que se realizan con el paciente para alcanzar los resultados propuestos (NOC). Al igual que los resultados, los NIC también tienen apartados más específicos, llamados «actividades».

➤ **NIC (ACTIVIDADES):**

- **NOC 1 (Resistencia del papel del cuidador): Apoyo al cuidador principal (determinar el nivel de conocimientos del cuidador; determinar la aceptación del cuidador de su papel; estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles).**

- **NOC 2 (Esperanza):** Aumentar los sistemas de apoyo (determinar la conveniencia de las redes sociales existentes; determinar el grado de apoyo familiar; explicar a los demás implicados la manera en la que pueden ayudar).
- **NOC 3 (Conducta de cumplimiento):** Asesoramiento (establecer una relación terapéutica con el paciente; establecer metas; proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede).
- **NOC 4 (Conducta terapéutica: enfermedad o lesión):** Modificación de la conducta (determinar la motivación al cambio del paciente; ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones acertadas del paciente que han sido tomadas individualmente)

6. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE EN URME CON ESTE PLAN DE CUIDADOS.

1º Etapa. Los primeros días en el servicio no es capaz de evitar las ideas obsesivas y la angustia que le produce, de ahí que tenga que recurrir a las conductas compulsivas para aliviar levemente esta angustia.

2º Etapa. En este sentido, las mañanas posteriores a su ingreso, se encuentra el cuarto de baño encharcado y lleno de jabón, probablemente debido al continuo lavado de manos, por lo que se decide, entre todo el equipo multidisciplinar, supervisar más estrechamente al paciente para evitar estas conductas impulsivas. Tras esta decisión, el paciente se lava las manos delante de un miembro del personal y se objetiva el exceso de tiempo que emplea, teniendo que llegar a cerrar el grifo tras varios minutos (hasta 6 minutos) lavándose.

3º Etapa. Ese mismo día, el paciente decide que no quiere seguir ingresado en la unidad. Ante la incapacidad que le produce su enfermedad, se decide mantenerlo ingresado de forma involuntaria hasta mejoría de síntomas, de angustia psíquica y logro de una moderada independencia respecto a la realización de las ABVD. Para ello, su terapeuta contacta con el juez para que lo valore y ratifique la decisión. En este sentido, el juez se encarga personalmente de velar por los derechos del paciente.

4º Etapa. Siguiendo esta línea, el paciente recibe la visita de sus padres, mostrando sus rasgos patológicos de personalidad dependiente mediante conductas pueriles, lloros, gritos, conductas demostrativas y manifestando la necesidad de irse a casa. Se le da permiso tras haber consultado con sus padres y estos estar de acuerdo.

5º Etapa. Tras la vuelta del permiso, el paciente se muestra más receptivo y colaborador. Se persiste, con mayor grado de intensidad, en **proporcionar educación para la salud por parte de Enfermería al paciente**. Se realizan diversas intervenciones espontáneas a lo largo de todos los turnos, en los que se abordan temas sumamente importantes relacionados con cuidados para el proceso patológico del paciente.

Por esto, se aborda la higiene de manos, los hábitos alimenticios, el aseo personal, las conductas impulsivas, la adherencia terapéutica (ya que tiene antecedentes de abandono de medicación de forma unilateral), así como el abordaje de actividades lúdicas y ejercicio físico, la calidad del sueño, las relaciones de amistad con otros pacientes, etc.

Con el paso del tiempo e insistiendo en estas actividades de Educación para la Salud, el paciente manifiesta, entre otras cosas, que le gustan las salidas por Murcia y que ahora se está atreviendo a comer nuevamente fruta porque ya no tiene tanto pudor por mancharse las manos. Se realiza refuerzo positivo para favorecer el incremento de estas conductas saludables y rehabilitadoras.

De forma progresiva, el paciente va aceptando las pautas que se le van indicando a la hora de lavarse las manos. Se continúa reforzando y animando de forma positiva al paciente en su proceso. Además, se objetiva mejora día a día al no presentar rituales ni bloqueos que en ocasiones anteriores habían acaecido.

6º Etapa. Se prueba con un nuevo permiso y al regreso de éste, el paciente se muestra triste y taciturno al despedirse de sus familiares. Expresa que desea volver a casa porque allí está más cómodo. Se reconduce nuevamente la situación. Se le indica que todavía quedan algunos detalles que pulir, como el lavado de manos o el hecho de que necesite pañales diarios. Se le ofrece la opción de probar con ropa interior. El paciente lo ve como una oportunidad para demostrar que está mejor y acepta de buen grado.

7º Etapa. Siguiendo esta estrategia terapéutica, se inician a nivel multidisciplinar actividades lúdicas enfocadas a la búsqueda del control de las compulsiones ante la suciedad. El objetivo se enfoca en actividades que impliquen ensuciarse las manos con el propósito de que el paciente domine la situación. Se consigue un avance paulatino día tras día.

8º Etapa. A lo largo del tiempo progresa adecuadamente, aunque presenta recaídas (posiblemente relacionadas con situaciones de estrés agudo) en las ideas obsesivas y sus respectivas compulsiones. Sigue bajo supervisión durante el lavado, ya que en ciertas ocasiones necesita ayuda externa para finalizar el ritual de higiene.

9º Etapa. Mientras tanto, se detecta una fístula en la zona interglútea de carácter sanguinolento. Se avisa al facultativo para que valore la opción de derivarlo al hospital para que sea intervenido.

9. Proceso de cura de herida interglutear.

Efectivamente, el paciente necesita ser intervenido quirúrgicamente. Tras la cirugía de la fístula, se pauta para curar la herida, en primer lugar, una irrigación bajo presión con Suero Salino Fisiológico (SSF) con el objetivo de limpiar la herida. Posteriormente, desinfección de la zona perilesionar mediante povidona yodada, y como paso final, se aplica un apósito formado por tulgrasum (apósito principal) y un apósito secundario que cubre el apósito principal para evitar que se desplace antes de tiempo.

Se recomienda los primeros días del proceso revisar cura tras defecación para evitar y prevenir una posible infección de la herida.

Resumen de pauta: SSF + POVIDONA + APÓSITO.

A los pocos días de la intervención, se observa una herida macerada con esfacelos de color verdosos. Se trabaja con el paciente la conciencia acerca del cuidado de la herida y la higiene de esta. Se prosigue con el mismo método a la hora de realizar la cura.

Los siguientes días, el paciente se interesa por el estado del apósito tras defecar. Esto ayuda a que a los pocos días se genere tejido de granulación, que permita la cicatrización de la herida, y la profundidad de la herida vaya decreciendo paulativamente.

Varias semanas más tarde, se objetiva exudado blanquecino, por lo que se decide modificar la pauta de curación, pasando a curas por turno, así como valoración a la hora de dejar el tulgrasum para evitar arrastrar el tejido de granulación en la retirada de éste. Solo se cambiaría el apósito secundario.

La herida prosigue durante un mes sin ningún tipo de incidente, lo que supone una mejora sustancial respecto a la situación basal.

No obstante, en una de las salidas, el paciente manifiesta que no se duchó durante todo el fin de semana, pero que se curó en su Centro de Salud de referencia. Se objetiva que vuelve sin apósito y con resto de heces. Se realiza una nueva intervención de cara a volver a trabajar la conciencia del paciente sobre el proceso de su herida y lo importante que supone que no se infecte.

Los siguientes días en la unidad, la herida prosigue su cicatrización hasta finalmente cerrarse por completo.

En resumen, el trabajo que realizó Enfermería con respecto a esta herida no fue solamente apoyar el proceso de curación de la propia herida, sino que también, y con mayor énfasis, debido a la capital importancia sobre la propia salud del paciente a corto, medio y largo plazo, fue la Educación para la Salud en relación a la cura de esta herida.

Esto supuso que esta herida no se infectase y derivase en una complicación para esta persona, así como que el paciente trabajase la gestión de su propia salud para con la herida actual y posibles heridas futuras durante su ingreso en nuestra unidad, así como una vez dado de alta.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Kameg, K. M., Richardson, L., & Szpak, J. L. (2015). Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: An Update for Advanced Practice Psychiatric Nurses. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 28(2), 84-91.
2. Sturm, R. (2009). Obsessive-compulsive disorder in children: The role of nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(7), 393-401.
3. Gordon M. Manual of Nursing Diagnosis. Jones & Bartlett Publishers; 2014. 514 p.
4. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier Health Sciences; 2009. 910 p.

5. Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier Health Sciences; 2009. 977 p.
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.

TEMA 21. EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO.

MARIA CRISTINA RIERA ZAPICO

ÍNDICE

- **INTRODUCCION.**
- **OBJETIVOS.**
- **PALABRAS CLAVE.**
- **FACTORES A TENER EN CUENTA EN EL ASEO.**
- **OBSERVACIONES.**
- **CONCLUSIONES.**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

INTRODUCCIÓN

Aseo es el acto de proporcionar limpieza a una persona, mediante una serie de acciones. En un hospital el paciente puede realizar su aseo con ayuda o por sí solo. Este se podrá realizar en el baño, en la ducha o en la cama dependiendo el grado de dependencia de este. El aseo del paciente encamado se realiza en la cama con ayuda de un auxiliar de enfermería y un celador, puede colaborar el enfermero si fuese necesario.

OBJETIVOS

- Mantener la higiene del paciente eliminando células muertas o bacterias que puedan infectarse.
- Limpiar las secreciones que se producen de la sudoración
- Activar la circulación sanguínea.
- Mejorar la autoestima personal.
- Enseñar buenos hábitos higiénicos.

PALABRAS CLAVE

Aseo, higiene, limpieza, paciente, encamado.

FACTORES A TENER EN CUENTA EN EL ASEO

- Avisar al paciente el procedimiento que le vamos hacer.
- Preparar todos los utensilios que usaremos en el aseo, toallas, jabón, esponjas...etc. para evitar estar saliendo y entrando de la habitación.
- Temperatura ambiente adecuada 24°C
- Temperatura del agua entre 37°- 40°C, salvo que exista una indicación que lo contraindique. En el caso de pacientes encamados se podrá cambiar el agua más de una vez.
- Evitar corrientes de aire, cerrar puertas y ventanas.
- Proteger la intimidad del paciente mediante biombo.
- Utilizar jabones de neutros.

- El aseo del paciente se realizará por la mañana, aprovechando el cambio de sábanas. Se puede repetir tantas veces como sea necesario.
- Se realizará el aseo siguiendo este orden, ojos, cara, cuello y hombros, brazos, manos, axilas, tórax y mamas, abdomen, piernas y pies, espalda y nalgas y por último la región genital.

OBSERVACIONES

- Movilizarlos con cuidado teniendo cuidado en el manejo de sondas vesicales, redones, sondas nasogástricas...etc.
- Cubrirlos con una sabana para proteger su intimidad.
- Realizar un buen secado para evitar posibles lesiones.
- Masajear la zonas que en las que se producen las presiones en la cama, utilizando ácidos grasos si fuese necesario.
- Si se observase alguna herida avisar a la enfermera.

CONCLUSIONES

Es muy importante que se realice diariamente el aseo del paciente para evitar posibles infecciones en el cuerpo, produciendo una mayor independencia y autoestima en su higiene.

BIBLIOGRAFÍA

Página WEB :

- 1- Navarro García J. Definición de Aseo [Internet]. Definición ABC.
2019. <https://www.definicionabc.com/salud/aseo.php>
- 2- ASEO DEL PACIENTE [Internet]. 2017.
<http://celadoresonline.blogspot.com/p/aseo-del-paciente-entre-los-habito>
- 3- Martín Morano M. Cuidando de las personas [Internet]. Enfermería practica. 2019.
<https://enfermeriapractica.com/procedimientos/aseo-general-del-paciente-encamado>
- 4- Aseo del paciente encamado: protocolo de actuación del cuidador [Internet]. Ayuda Familiar.
<http://ayudafamiliar.es/blog/higiene-paciente-encamado>

PDF

1- Procedimiento del aseo del paciente [Internet]. Enero 2011.

[http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/htmlf_archivos/As
o%20del%20paciente.pdf](http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/htmlf_archivos/As_o%20del%20paciente.pdf)

TEMA 22. HEPATOTOXICIDAD POR METILDOPA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

**LUCÍA ZUBIAUR BEGUIRISTAIN
BEATRIZ OTAEGUI BALEZTENA
EVA ARANA ALONSO
ARANTZATZU IGOA ERRO**

ÍNDICE

- RESUMEN
- CASO CLÍNICO
- HEPATITIS TÓXICA, DISCUSIÓN
- CONCLUSIÓN

RESUMEN

La alfametildopa es un antiadrenérgico central ampliamente utilizado en el tratamiento de la hipertensión arterial gestacional y preeclampsia ya que ha demostrado su seguridad a largo plazo para el feto.

La sedación, cefalea o astenia al inicio del tratamiento son efectos secundarios comunes y pasajeros. Dentro de los efectos secundarios más graves, aunque poco comunes, cabe destacar la anemia hemolítica y la hepatotoxicidad. La alfametildopa puede producir daño hepático por un mecanismo idiosincrásico inmunoalérgico que clínicamente puede cursar en el 10-30% como elevación de transaminasas y en el 1% como hepatitis aguda.

CASO CLÍNICO

A continuación se expone un caso clínico de daño hepatocelular agudo causado por metildopa.

Anamnesis:

Paciente de 45 años, gestante de 16 semanas, controlada en la unidad de alto riesgo por gestación gemelar monocorial biamniótica, HTA crónica y diabetes gestacional.

Tratamientos previos: AAS 100mg/24h. En tratamiento con metildopa 500mg/12h por HTA detectada en semana 8 de gestación. Previamente al embarazo, había presentado cifras de TA altas. Diabetes gestación controlada con dieta. Una gestación previa sin complicaciones. No hábitos tóxicos. No consumo de productos de herboristería.

Derivada a Urgencias Ginecológicas por su médico de atención primaria por cuadro de prurito generalizado de 3 días de evolución, tanto diurno como nocturno, sin lesiones cutáneas asociadas. Orinas más oscuras los días previos y leve astenia e insomnio. No asocia fiebre, dolor abdominal, náuseas, vómitos o diarreas. No síntomas respiratorios. No contacto reciente con personas con fiebre ni cuadro similar.

En la analítica de sangre realizada de Urgencias se detecta elevación de bilirrubina (4'9 mg/dl) y transaminasas (AST: 950 U/L, ALT: 1300 U/L) motivo por el que la paciente ingresa en planta.

Exploración física:

Normotensa. Afebril. Sat. 99%, fc 90 lpm.

No lesiones cutáneas. Ictericia conjuntival. ACP normal. Abdomen blando y depresible sin dolor a la palpación. No edemas en EEII.

Analítica:

- Hemograma normal
- Coagulación normal
- Glucosa, función renal, iones, proteína y CPK normales
- Bilirrubina total 4'9 mg/dl (VN: 0'2-1'2), Bilirrubina esterificada 3'6 mg/dl (VN: < 0'5), AST 950 U/L (VN: 5-34), ALT 1300 U/L (VN: 5-55), GGT 60 U/L (VN: < 36). Ácido biliar 233 mmol/L (VN:<6). FA y Amilasa normales.
- Procalcitonina 2.8 (VN: <0'5), PCR 12'7 mg/L (VN: < 0'5), VSG 37 mm/h (VN: <20).

Ecografía abdominal:

**Conclusión: vesícula biliar con barro biliar en su interior.
Ureterohidronefrosis derecha secundaria a compresión
del uréter por el útero.**

Ecografía obstétrica: normal.

Evolución durante el ingreso:

La paciente ingresa en planta de Ginecología y durante su estancia recibe seguimiento por parte de Medicina Interna. Al ingreso se suspende su medicación, se indica nifedipino en caso de cifras de tensión arterial altas y se inicia tratamiento con ácido ursodesoxicólico para control del prurito. Se solicita analítica con serología de virus hepatotropos, VIH, virus herpes, amonio y marcadores de autoinmunidad.

La serología fue negativa para VHA, VHB, VHC, VHE, VIH, Toxoplasma, Parvovirus y Herpes Simple tipo 2. La serología para CMV, Epstein-Barr, Herpes Simple tipo 1 y Herpes 6, mostraba contacto previo con títulos positivos para IgG y negativos para IgM. Así mismo los marcadores de autoinmunidad fueron negativos para los anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos antimitocondriales (AMA), anticuerpos antimúsculo liso (AML) y anticuerpos antimicrosomales de hígado y riñón (anti-LKM1). Los niveles de amonio fueron normales.

Durante el ingreso la paciente evoluciona favorablemente, mantiene cifras de tensión arterial normal sin necesidad de medicación hipotensora y el prurito es controlable. Analíticamente presenta un progresivo descenso de los parámetros hepáticos, no presenta alteración en la coagulación y ni indicios de encefalopatía por lo que es dada de alta hospitalaria con posterior control en consultas externas de Medicina Interna. Al alta se reintroduce el tratamiento con AAS 100mg/24h y se sustituye metildopa por nifedipino 20mg/12h.

En base a las pruebas complementarias realizadas, se pudo excluir otras posibles causas de enfermedad hepatobiliar, que en el contexto de la ausencia del consumo de otros agentes hepatotóxicos, así como la mejoría clínica tras la retirada de metildopa, se estableció dicho fármaco como causa del cuadro clínico de la paciente.

HEPATITIS TÓXICA, DISCUSIÓN

El hígado es un órgano que se afecta en numerosos procesos inflamatorios como infecciones víricas, toxicidad por fármacos, metabolopatías, procesos autoinmunes y distintos defectos genéticos. Numerosas publicaciones sugieren que las reacciones adversas a fármacos son responsables de una gran proporción de casos de lesión hepática. Los antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), antineoplásicos y antiepilépticos son los grupos farmacológicos con una mayor probabilidad de causar hepatotoxicidad.

Existen dos tipos de hepatotoxicidad: intrínseca e idiosincrásica. La intrínseca es dosis dependiente, es predecible, reproducible en animales de experimentación y ocurre con una minoría de fármacos. El daño puede producirse por hepatotoxinas que actúan directamente sobre el hepatocito o a través de sus metabolitos. Un ejemplo típico de hepatotoxicidad intrínseca sería la causada por paracetamol o AAS. Por el contrario, la hepatotoxicidad idiosincrásica es aquella que no depende de la dosis, es impredecible y no es reproducible. Afecta a una pequeña proporción de pacientes expuestos (entre 1/1000 y 1/100.000). El daño hepático en la hepatotoxicidad idiosincrásica puede ser consecuencia de reacciones metabólicas (cuyos mecanismos celulares siguen sin ser del todo conocidos y en los cuales parece estar implicada la enzima citocromo P-450) o inmunoalérgicos (desencadenando una respuesta humoral mediada por anticuerpos o citotoxicidad directa (linfocitos T)).

Como ya se ha comentado previamente, la alfametildopa es causa conocida de daño hepático por un mecanismo idiosincrásico inmunoalérgico que clínicamente puede cursar en el 10-30% como elevación de transaminasas y en el 1% como hepatitis aguda.

En cuanto a la presentación clínicopatológica de la hepatotoxicidad esta puede ser muy variable. La forma de presentación más común es un cuadro clínico que simula la hepatitis vírica aguda, con ictericia, náuseas, astenia y malestar o dolor abdominal. Pueden darse otras presentaciones, como la hepatitis o colestasis crónica, cirrosis hepática o, incluso, una insuficiencia hepática aguda grave (IHAG) de curso fulminante.

Respecto su diagnóstico, actualmente, no existen marcadores específicos de toxicidad hepática aplicables a la práctica clínica. Por tanto, los elementos clave en el diagnóstico son un alto grado de sospecha, la búsqueda de exposición a tóxicos (fármacos, productos de herboristería, drogas), una secuencia temporal compatible, la exclusión de causas específicas de enfermedad hepática así como la rápida mejoría clínico biológica del paciente tras la retirada del fármaco.

El periodo de latencia entre la exposición al fármaco y el comienzo del daño hepático es muy variable. Cuando la toxicidad es intrínseca al fármaco el daño aparece en las horas siguientes a la sobredosis. El periodo de latencia suele ser de 1-2 días en la hepatitis inmunoalérgica, cuando el paciente se ha sensibilizado por un tratamiento previo con el fármaco. En los casos de toxicidad idiosincrásica el periodo de latencia puede variar entre una semana y 3 meses.

Para valorar la mejoría del paciente al suspender el fármaco, un descenso de ALT/AST al menos del 50% en el primer mes refuerza la sospecha clínica. Esto suele ser así en las lesiones hepatocelulares, sin embargo, algunas reacciones colestásicas pueden evolucionar de manera atípica siendo la mejoría más lenta y pudiendo persistir los niveles alterados durante más de 1 año.

Así pues, existe consenso para diagnosticar la hepatotoxicidad teniendo en cuenta los valores de aminotransferasas y de bilirrubina cuando, en presencia de un fármaco sospechoso, se hayan descartado otras posibles causas de enfermedad hepática

En función de los valores de aminotransferasas podemos clasificar el tipo de lesión generada en:

- Hepatocelular, la lesión más frecuente (55%): incremento aislado de alaninoaminotransferasa (ALT) > 5 veces el límite superior de normalidad (LSN) o una relación, entre ALT/fosfatasa alcalina (FA) >5 . En el anterior consenso se estableció el umbral de ALT en > 2 veces del LSN, esta modificación se ha establecido para reducir el número de falsos positivos (por ejemplo en elevaciones moderadas de transaminasas asociadas a la enfermedad hepática grasa no alcohólica o en elevaciones pasajeras de "adaptación hepática" tras iniciar tratamientos con determinados fármacos como la isoniazida o estatinas).
- Colestásica (21%): incremento aislado de FA >2 veces el LSN o una relación ALT/FA <2 .
- Mixta (25%): incremento de ALT y FA >2 veces el LSN y una relación ALT/FA >2 pero <5 .

Finalmente reseñar que no existen patrones histológicos patognomónicos de hepatotoxicidad por lo que se desaconseja la realización rutinaria de biopsia hepática, la cual se reserva para aquellos casos en que sea necesaria para descartar otra posible causa de daño hepático. En base a esto mismo, los patrones de lesiones anteriormente descritos en función del perfil de elevación de transaminasas, podrían no corresponderse con las lesiones obtenidas en una hipotética biopsia hepática, sin embargo, en general esta clasificación ha evidenciado una buena correlación y es de gran utilidad a efectos pronósticos.

CONCLUSIÓN

Como conclusión, mencionar que el listado de fármacos con potencial hepatototóxico descrito, es amplio y se trata de fármacos en su mayoría de uso habitual. Algunos fármacos son de uso menos común, como puede ser la metildopa, ya que es un fármaco de uso prácticamente limitado al control de la HTA crónica y preeclampsia en el embarazo.

En una sociedad con una población cada vez más envejecida y polimedicada, los casos de hepatotoxicidad parecen estar en auge, razón de más para ser cautelosos cuando detectemos un incremento de transaminasas en nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- **Raúl J. Andrade, María Isabel Lucena. Hepatitis tóxica. En: Miguel A. Montoro, Juan C. García Pagán, et al, editores. Gastroenterología y hepatología, problemas comunes en la práctica clínica. 2º ed. Barcelona: Jarpyo Editores S.A; 2012. p. 735-746.**
- **E. M. Fernández-Marcote Menor, J. Pérez-Bedmar Delgado. Hepatitis aguda tóxico-medicamentosa inducida por metildopa. Rev. esp. enferm. dig. [internet]. 2019 [citado 17 Feb 2019]; Vol. 97, (11). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005001100011**

- **A. Cano, L. Cifuentes, P. Amariles. Toxicidad hepática causada por medicamentos: revisión estructurada. Rev. colomb. gastroenterol. [Internet]. 2017 [citado 17 Feb 2019]; Vol. 32 (4): 337-348. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v32n4/0120-9957-rcg-32-04-00337.pdf>**
- **M. García-Cortés, RJ. Andrade, MI. Lucen, R. González-Grande, R. Camargo, E. Fernández-Bonilla et al. Hepatotoxicidad secundaria a fármacos de uso común. Elsevier [Internet]. 2005 [citado 17 Feb 2019]; Vol. 28 (8): 437-510. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-hepatotoxicidad-secundaria-farmacos-uso-comun-13079002>**

- **Uptodate.com [Internet] [actualizado 30 Jan 2019; citado 17 Feb 2019]. Disponible en: https://www-uptodate-com.na-cdib.a17.csinet.es/contents/management-of-hypertension-in-pregnant-and-postpartum-women?search=metildopa%20en%20el%20embarazo&source=search_result&selectedTitle=2~62&usage_type=default&display_rank=1**

TEMA 23. SALA DE REANIMACIÓN.

IRENE ALONSO MEDINA

SONIA ZAHARA CASTILLO AVILÉS

ANTONIO MIGUEL SALINAS MARCOS

ÍNDICE

DESCRIPCIÓN

FUNCIONES DEL PERSONAL SANITARIO

MATERIAL NECESARIO EN LA SALA DE REANIMACIÓN

DESCRIPCIÓN

En todos los centros donde se realicen intervenciones quirúrgicas, de cualquier ámbito, donde se utilice anestesia, debe haber una sala de reanimación.

Su función es vigilar la recuperación y proporcionar los cuidados necesarios en los pacientes para que se puedan marchar lo antes posible y en el mejor estado o que puedan pasar a su habitación.

En esta sala, también llamada sala del despertar, además de pacientes a los que se le ha administrado anestesia, también se utiliza para pacientes postquirúrgicos, que estén o puedan estar en estado crítico.

Esta sala debe estar preparada para recibir pacientes procedentes de cualquier tipo de intervención, como cirugía torácica, ginecológica, plástica, urológica, vascular, traumatológica y ortopédica, etc.

Siempre contando con que es una sala de reanimación de un hospital completo.

Normalmente dependiendo del hospital, suele estar ubicada cerca de la zona de quirófanos, por la comodidad y por acortar el camino. Dependiendo del volumen de pacientes, será más o menos grande, contará con un número de camas que suelen estar separadas por cortinas, en algunos hospitales además de esas camas, suele haber una o varias camas en boxes aislados. No existe un tiempo determinado para estar en esta sala.

FUNCIONES DEL PERSONAL SANITARIO

- Atención previa al ingreso, para preparar la zona de ubicación del paciente, con el material necesario.
- Conocer la salud anterior del paciente, alergias, situación.
- Conocer el tipo de cirugía y de anestesia que ha tenido.
- Monitorización respiratoria, ventilatoria, cardiológica, etc.
- Estar pendiente de las pautas que lleve el paciente, suero, fármacos, diuresis, etc.
- Estar pendiente de la comodidad del paciente, comprobando por ejemplo la posición y proporcionar un ambiente agradable.
- Observar y controlar el proceso de despertar.
- conocimientos de las normas básicas de RCP.
- Transmitir toda la información de normas y funcionamiento de la sala a los familiares de los pacientes.

MATERIAL NECESARIO EN LA SALA DE REANIMACIÓN

- Carro de parada con desfibrilador.
- Material de intubación.
- Fibrobroncoscopio.
- Electrocardiografo.
- Sistema de aspiración.
- Tubo endotraqueal.
- Oxígeno con manómetro y flujómetro.
- Balas de oxigenoterapia.
- Servicio de medicación.
- Materiales desechables (jeringas, vía venosa, ligadura, sistemas de oxígeno, electrodos, etc.)
- Ventiladores volumétricos.
- Camas articuladas.

BIBLIOGRAFÍA

Página web:

<https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/1626img.pdf>

<https://www.operarme.es/noticia/359/para-que-sirve-la-sala-de-reanimacion-de-un-hospital/>

<https://studylib.es/doc/85573/box-de-reanimación>

TEMA 24. TÉCNICA DE DRENAJE HEMATOMA SUBUNGUEAL.

JUAN JOSE PECHE MERELO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- INDICACIONES
- CONTRAINDICACIONES
- MATERIAL
- PROCEDIMIENTO Y COMPLICACIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Los hematomas subungueales se producen por traumatismos sobre el lecho ungueal que causan el sangrado del lecho vascular.

El lecho ungueal está más expuesto a sufrir lesiones por su posición entre la uña y la falange distal, causando dolor intenso y coloración rojo oscuro del lecho ungueal.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES

- Hematomas que producen molestias importantes. No extirpar la uña, tratamiento conservador.

CONTRAINDICACIONES

- Hematomas pequeños, se resuelven espontáneamente.
- Hematomas de más de 48 horas de evolución: gran densidad de la sangre coagulada.
- Hematomas complicados (herida de la uña, fractura abierta de la falange distal)
- Si la lesión es de larga evolución o no hay traumatismo, antes de realizar el drenaje descartar el melanoma (exploración microscópica, biopsia del lecho ungueal).

MATERIAL

- Guantes y paño estéril.
- Desinfectante local (clorhexidina).
- Para la perforación de la uña se pueden emplear varios instrumentos punzantes:
 - *Aguja estéril.
 - *Punta de bisturí.
 - *Jeringa de insulina.
- Gasas estériles.
- Apósito

PROCEDIMIENTO Y COMPLICACIONES

La evacuación del hematoma se realizará lo antes posible (6-12 horas) para disminuir el dolor y el daño del lecho ungueal. Se pueden realizar con anestesia local. El alivio del dolor será inmediato al disminuir la presión sobre el lecho ungueal.

1. Se fija el dedo afectado entre el pulgar y el índice. Se desinfecta la uña (clorhexidina).
2. Se coloca el instrumento punzante en dirección perpendicular sobre la uña en la zona adyacente al hematoma.
3. Se presiona lentamente y con cuidado la superficie ungueal hasta perforar la uña para facilitar la evacuación del hematoma. La sangre acumulada se evacúa. Se limpia con gasa estéril.

- 4. Después del drenaje se puede aplicar un antibiótico local. Colocar un vendaje compresivo que evite la acumulación de sangre.

Si se sospecha de fractura, si la yema del dedo es inestable o el hematoma es grande, realizar una radiografía de control. Para el drenaje de hematomas distales a veces se utiliza una jeringuilla de insulina con aguja fina. Se visualiza el hematoma debajo de la uña y lentamente se introduce en el espacio subungueal, de forma paralela y lo más cerca posible a la uña. En cuanto penetre al hematoma, se retira la jeringuilla y se presiona la uña para favorecer la salida de la sangre.

- **COMPLICACIONES**, deformidad de la uña, infección, dolor y en ocasiones separación de la uña del lecho ungueal.

BIBLIOGRAFÍA

- Kaya TI, et al. Extra-fine insulin syringe needle: An excellent instrument for the evacuation of subungual hematoma. Dermatol Surg 2003; 29: 1141-1143.
- Cohen PR, Schulze KE, Nelson BR. Subungual Hematoma. Derm Nurs 2007; 19: 8384.
- Batrick N, et al. Treatment of uncomplicated subungual haematoma. Emerg Med J 2003; 20: 65.

TEMA 25. YEYUNOSTOMÍA Y COMPLICACIONES.

**TAMARA GIL BLANCO
ANA MARÍA PARRA CRUZ
BÁRBARA ROJAS SALINERO**

ÍNDICE

- 1. RESUMEN**
- 2. INTRODUCCIÓN**
- 3. CASO CLÍNICO**
- 4. DISCUSIÓN**
- 5. BIBLIOGRAFÍA**

1. RESUMEN

La yeyunostomía consiste en abocar la luz del intestino delgado afuera, permitiendo la nutrición. Indicada en pacientes desnutridos o que puedan estarlo y cuando no es posible la vía oral o nasogástrica.

Se presenta el caso de una mujer de 57 años que acude a Urgencias por vómitos de repetición desde hace días. Gastrectomizada hace un año. Actualmente muestra recidiva de cáncer gástrico, y se realiza resección parcial tumoral con yeyunostomía de alimentación definitiva.

Una de las ventajas es la posibilidad de iniciar precozmente la alimentación enteral en el periodo postoperatorio. Puede ser temporal o definitiva.

No está exenta de complicaciones, las más frecuentes son la sepsis grave, el shock séptico, el derrame pleural y la neumonía por broncoaspiración.

2. INTRODUCCIÓN

La yeyunostomía es el procedimiento quirúrgico que consiste en abocar la luz del intestino delgado proximal a la piel. Está indicada en pacientes que estén desnutridos o sean susceptibles de estarlo y en quienes no se puede utilizar la alimentación por vía oral o nasogástrica.

Existen diversas técnicas.

1- Yeyunostomía percutánea con guía por imágenes o endoscópica.

2- Yeyunostomía por laparotomía: incluye tres tipos dependiendo del trayecto de la sonda e la pared del yeyuno:

- De tipo Witzel, es la más utilizada, en la que se selecciona un asa de yeyuno, a unos 20 cm del ángulo de Treitz, introduciendo unos 20 cm de un catéter 16G hacia la luz distal, mediante incisión mínima en el borde antimesentérico creando un túnel de unos 4 cm en la pared yeyunal. Posteriormente se saca el catéter por la pared abdominal y se fija el yeyuno a la pared abdominal anterior.

- Mediante aguja con catéter, también llamada yeyunostomía mínima, se realiza usando un catéter de nutrición de pequeño calibre (16G) de unos 30-40 cm que se inserta a través de una aguja de 14G labrando un túnel en la pared intestinal, de manera que queda un trayecto intraparietal. Posteriormente se introduce una segunda aguja por la piel, atravesando la pared abdominal, y se pasa el catéter libre por ella y se asegura a la piel.

- De tipo Fontan, es igual que la técnica anterior con la diferencia de que la sonda se introduce directamente en el interior de la luz yeyunal sin un trayecto intraparietal.

3- Yeyunostomía laparoscópicas, se realiza después de una laparoscopia exploradora para el estudio de extensión de un cáncer inicialmente inoperable en el compartimento supramesocólico.

Existe una técnica que se realiza de forma excepcional, que consiste en una yeyunostomía definitiva tubulizada en un asa en Y de Roux. Suele realizarse por laparotomía medial o por acceso laparoscópico.

La yeyunostomía permite iniciar la alimentación enteral en las primeras 24 h del postoperatorio. Las principales **contraindicaciones** pueden ser:

- Locales: enfermedad inflamatoria intestinal, peritonitis plástica y enteritis por radiación, por el riesgo potencial de enterólisis y el peligro de fístula enterocutánea.
- Sistémicas: inmunosupresión severa, por el riesgo de fascitis necrotizante, coagulopatía por la posibilidad de un hematoma en la pared intestinal y obstrucción y ascitis, debido al riesgo de fugas e infección.

Como todo procedimiento quirúrgico, la yeyunostomía asocia complicaciones tanto médicas como quirúrgicas. Entre las principales complicaciones secundarias de una yeyunostomía para la nutrición enteral se pueden encontrar complicaciones mecánicas, infecciosas, gastrointestinales y metabólicas.

3. CASO CLÍNICO

Mujer 57 años nacida en un pueblo de Ciudad Real que acude al Servicio de Urgencias del Hospital General La Mancha Centro por presentar náuseas y vómitos de 2 meses de evolución acompañando a la mayor parte de las comidas. Cuando come siente distensión y molestias abdominales que se alivian con el vómito. Deposiciones cada 2-3 días secundaria a escasa ingesta, sin ninguna alteración destacable. Conserva apetito con alimentación variada. Pérdida de 7 kg en este tiempo. No fiebre ni otra sintomatología.

Antecedentes personales:

No RAM, ni DM, ni HTA.

Exfumadora de 10 paquetes/año, no bebedora de alcohol.

Hipotiroidismo en tratamiento desde hace 10 años.

Anemia de carácter crónico en tratamiento.

Antecedentes quirúrgicos:

Intervenida en septiembre de 2014 de carcinoma gástrico localmente avanzado, con quimioterapia preoperatoria.

Tratamiento habitual: Eutirox y Cianocobalamina.

En la exploración física se aprecia abdomen blando y depresible con palpación de una masa indurada en mesogastrio discretamente dolorosa a la palpación. No signos de irritación peritoneal.

Exploraciones complementarias:

- Rx de abdomen, sin signos de obstrucción aguda.
- Bioquímica: glucosa 88, urea 24, creatinina 1.73, sodio 140, potasio 3.3, GOT 15, LDH 158, CK 66.
- Hemograma: hemoglobina 11.1, plaquetas 274000, leucocitos 7170 con fórmula normal.
- Coagulación: normal.
- Análisis de orina: sin alteraciones.
- Gastroscoopia previa (en consulta de cirugía general): esófago con restos alimentarios que se aspiran, con mucosa normal. Gastrectomía total. Anastomosis esófago-intestinal de buen calibre, con mucosa normal, observándose las dos asas intestinales. Se avanza por el asa aferente hasta su extremo ciego y por la eferente aproximadamente 20-25 cm sin apreciarse lesiones mucosas ni estenosis en ninguna de ellas.

Se realiza laparotomía media exploradora. En ella se observa recidiva en pared abdominal englobando parte de colon, asa eferente y compartimento supramesocólico, además de carcinomatosis peritoneal con afectación de asas de delgado. Se le realiza resección amplia de pared dejando placa tumoral en colon y asa eferente por imposibilidad de resección o derivación. Se le aplica yeyunostomía definitiva de alimentación sin fijar a peritoneo por hallarse infiltrado. Liberación de pared y cierre dificultoso por falta de pared.

4. DISCUSION

La yeyunostomía puede utilizarse de forma precoz. El día siguiente a la operación, se administran 500 ml de suero fisiológico. Si la tolerancia es buena, se puede introducir la alimentación enteral de forma progresiva a partir del día siguiente. Cada vez que se utilice la sonda, debe lavarse con agua para evitar que se depositen solutos de nutrición enteral que pueden taponar la luz del dispositivo. Si esto fracasa, la sonda se retira por tracción simple y se introduce de inmediato una nueva sonda del mismo calibre directamente en el orificio cutáneo.

Si se produce la caída accidental de la sonda, es obligatorio introducir enseguida en el orificio una nueva sonda de yeyunostomía o, en su defecto, una sonda urinaria de Foley de calibre equivalente, con el fin de evitar una cicatrización cutánea precoz que se produce en unas horas.

Tras diversos estudios, se ha observado que la cirugía de yeyunostomía no está exenta de complicaciones, según la bibliografía consultada la frecuencia de éstas varía desde el 2% hasta el 65%.

Entre las complicaciones postoperatorias más frecuentes se hallan la sepsis grave y el shock séptico. Siguiendo en frecuencia se han visto derrame pleural y neumonía por broncoaspiración.

El riesgo de aspiración se puede reducir mediante la elevación de la cabecera de la cama unos 30 grados, y mediante el uso de alimentaciones iso-osmóticas, así como con la aplicación de procinéticos.

La alimentación enteral proporciona un excelente medio de crecimiento para las bacterias. Aunque la alimentación oral o gástrica en un individuo sano rara vez causan problemas debido a los efectos antibacterianos de la saliva y el ácido gástrico, la contaminación por los compuestos nutricionales que no pasan por estos mecanismos pueden dar lugar a morbilidad grave.

Algunos problemas metabólicos asociados incluyen una deficiencia o exceso de electrolitos, vitaminas, oligoelementos y agua. Por ello se recomienda una estrecha monitorización del paciente.

También se aumenta la tasa metabólica basal de estos pacientes, produciéndose una respuesta anabólica que produce movimiento intracelular de los minerales, decreciendo sus niveles drásticamente. Estos rápidos cambios pueden dar complicaciones cardiorrespiratorias severas y problemas neurológicos que resultan en insuficiencia cardíaca y respiratoria, edema, letargo, confusión, coma, convulsiones e incluso muerte.

Los síntomas del síndrome de realimentación se cree que es debido principalmente a hipofosfatemia, pero los cambios metabólicos en potasio, magnesio, glucosa y tiamina también pueden contribuir. El déficit de tiamina puede conducir a Encefalopatía de Wernicke.

Los pacientes con mayor riesgo de síndrome de realimentación incluyen aquellos con desnutrición crónica, alcohólicos crónicos y aquellos con un ayuno prolongado o en sólo una hidratación intravenosa.

Otras complicaciones comunes son las gastrointestinales como náuseas, distensión abdominal, calambres, estreñimiento y diarrea, siendo la más frecuente de ellas. Ésta última se asocia a medicamentos como los antibióticos y sus compuestos (como el sorbitol), además del efecto producido sobre la flora intestinal (C.Difficile). También pueden contribuir la deficiencia de lactasa, los alimentos contaminados y el equipo de alimentación.

En el caso clínico mostrado se decidió proceder a la yeyunostomía definitiva, asumiendo sus posibles complicaciones, para solventar su estado de malnutrición por infiltración tumoral del tracto digestivo bajo.

5. BIBLIOGRAFÍA

- 1) G. Godiris-Petit, P- Leyre, C. Trésallet, F. Ménégaux. *Enterostomías quirúrgicas*. Elsevier, 2011.
- 2) H. Medina-Franco, C.S. Pestaña-Fonsecab, C.F. Rosales-Murillob, D.L. Staufert-Gutiérrezb, M.E. Velázquez-Dohornc. *Factores asociados a complicaciones de yeyunostomía*. Rev Gastroenterol Mex.
- 3) Álvaro Díaz de Liaño, Concepción Yarnoz. *Nutrición enteral con yeyunostomía con catéter de aguja en la anastomosis esofágica. Complicaciones de la técnica*. Elsevier.
- 4) Escuela MP, Rodriguez J, Luqye P, Jimenez B, Celaya S. *Vías de acceso en nutrición enteral. Nutrición enteral en Medicina Intensiva*. Med Intensiva, 1994.

TEMA 26. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO.

**MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES
MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ
EVA MARÍA GALENDE SANDÍN
LULIA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**

INDICE

- Introducción.....3
- Objetivo.....5
- Metodología.....6
- Resultados.....7
- Conclusión.....18
- Bibliografía.....20

INTRODUCCIÓN

La medicina, es probable que haya avanzado en los últimos 50 años, más, que todos los siglos anteriores, gracias a los avances tecnológicos, el desarrollo de la investigación científica y las nuevas demandas sociales que surgen cada día, dando paso a la medicina moderna. La nutrición clínica es una de las disciplinas más desarrolladas, que forman parte de la misma.

La desnutrición es un problema común en todos los niveles de atención sanitaria, desde atención primaria, especializada y en los centros de atención geriátrica. La misma no se limita a países con pocos recursos económicos o con limitado desarrollo social; es un problema universal en Europa. La desnutrición aumenta las cifras de morbilidad, mortalidad, ingresos hospitalarios y duración de la estancia, lo cual supone un aumento significativo del uso de los recursos sanitarios.

Para combatir la desnutrición podemos hablar de Soporte Nutricional, que no es más que la provisión de nutrientes de forma oral (por boca), enteral (por vía digestiva) o parenteral (por una vía intravenosa), con fines terapéuticos, para mantener o restaurar un estado nutricional y de salud óptimo.

El soporte nutricional artificial forma parte del cuidado básico del paciente crítico; en este, sea probablemente la nutrición enteral (NE) la que más cambios ha aportado relacionados con su uso, en los estudios científicos hoy en día.

OBJETIVO

Describir la importancia del soporte nutricional en el paciente hospitalizado y los cuidados por parte del personal de enfermería. Para ello hemos profundizado en los apartados siguiente:

- Definición soporte nutricional y sus tipos.
- Indicaciones del soporte nutricional.
- Candidatos a soporte nutricional.
- Objetivos de la evaluación del soporte nutricional.
- Beneficios de la nutrición artificial en el paciente crítico.
- Funciones del equipo de enfermería en la administración de la nutrición artificial.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo efectuamos una búsqueda bibliográfica en Pubmed y Science Direct.

Criterios de inclusión: la búsqueda la limitamos a documentos redactados entre los años 2008y 2018, en español e inglés.

Criterios de exclusión: toda información referente a pacientes pediátricos.

Palabras claves: soporte nutricional, nutrición artificial, paciente crítico, nutrición enteral, nutrición parenteral, desnutrición, cuidados de enfermería.

RESULTADOS

Soporte nutricional: es la provisión de nutrientes de forma oral (por boca), enteral (por vía digestiva) o parenteral (por una vía intravenosa), con fines terapéuticos, para mantener o restaurar un estado nutricional y de salud óptimo.

Existen diferentes tipos de soporte nutricional:

1. Aumento del valor nutricional de los alimentos, continuando con la alimentación oral del paciente; cambiando la composición de los alimentos que se les administre de manera que se aumente el valor nutricional.

2. Alimentación Básica Adaptada (ABA), concepto innovador en el ámbito de la nutrición clínica, que depende de los laboratorios farmacéuticos y la industria alimentaria, que elaboran dietas de alto valor nutricional. Elaboran platos que una vez servidos a los pacientes, tienen el aspecto de hechos en casa, porque están adaptados en textura, fáciles y rápidos de preparar y seguros microbiológicamente además de aportar todos los nutrientes y tener una proporción por k/calorías adecuada.

3. Suplementos orales: utilizados cuando la alimentación básica adaptada no es suficiente o no se puede utilizar. No se deben utilizar como única forma de aporte nutricional, siempre deben estar asociado a una dieta oral.

- Dietas poliméricas: proteínas intactas, grasas e hidratos de carbono de bajo peso molecular y pueden ser con y sin fibra.
- Dietas oligoméricas: se componen de nutrientes que requieren una mínima digestión.

➤ Dietas especiales: la industria farmacéutica ofrece la posibilidad de emplear dietas especiales adaptadas a determinadas patologías que se pueden encontrar en los pacientes, como por ejemplo:

- ✓ Hiperglucemia
- ✓ Hepatopatía
- ✓ Insuficiencia renal pre-diálisis
- ✓ Ventilación
- ✓ Inmunocomprometidos

4. Nutrición artificial (nutrición enteral, nutrición parenteral ó mixta “combinación de ambas”) cuyo objetivo es mantener o restaurar el estado nutricional, ya que la malnutrición implica mayor riesgo de complicaciones, retraso en la recuperación de su enfermedad y una mayor mortalidad.

- Nutrición Enteral: ingreso de nutrientes por vía digestiva (estómago o intestino delgado) utilizando sondas para su administración y supresión de las etapas bucal y esofágica de la digestión, cuando la cantidad a administrar sea superior a 1000 Kcal o 40 g de proteínas diarias.

La nutrición enteral no está exenta de complicaciones y efectos secundarios como cualquier otro tratamiento que deben ser evaluados y tratados para obtener el máximo beneficio y poder así disminuir los posibles efectos adversos. La misma es una práctica de primera elección en pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición que tienen un intestino mínimamente funcionando y que no son capaces de cubrir con la alimentación natural el total de sus requerimientos calórico-proteico.

La nutrición enteral (NE) reduce las complicaciones infecciosas comparándola con la nutrición parenteral (NP), en especial cuando se administra de manera precoz. Es un objetivo terapéutico de primer orden en el paciente crítico.

- Nutrición Parenteral (NP): consiste en el aporte de nutrientes al organismo por vía extradigestiva, por vía venosa, que puede ser periférica o central.

Aunque en la actualidad la nutrición parenteral forma parte de la práctica médica general en los pacientes médico quirúrgicos, sólo hace unos 25 años que se han conseguido los avances apropiados y es capaz de aportar con las máximas garantías de seguridad todos los sustratos nutritivos esenciales como carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas minerales y oligoelementos que se aportan al paciente por vía intravenosa.

Es una técnica con complicaciones reales; ya que tiene como principal desventaja el uso de una vía central que obliga a extremar la asepsia en la implantación del catéter y a realizar una fijación que garantice su utilización prolongada, lo cual conlleva a un elevado coste sanitario.

El tipo de patología puede condicionar la proporción y tipo de nutrientes a seleccionar, así como la vía de administración de los mismos.

Indicaciones del soporte nutricional

Para saber si es necesario el soporte nutricional, comprobaremos si la dieta actual cubre los requerimientos energético-proteicos del individuo y el tiempo estimado que va a estar sin una ingesta adecuada.

Si se prevé, un déficit calórico muy elevado durante 7-10 días, se debe iniciar el soporte nutricional. En pacientes desnutridos, debe realizarse antes, si el déficit va a durar más de 5 días.

A la hora de elegir el soporte nutricional más adecuado, lo primero que tenemos que valorar es la función intestinal. Si el intestino funciona adecuadamente debe mantenerse la dieta oral sin/con suplementos. Si el individuo no es capaz de ingerir el 50% de los requerimientos nutricionales, se considerarán otras alternativas, inicialmente la nutrición enteral.

Si el intestino no es funcionante, se recurrirá a la nutrición por vía parenteral.

¿Que tipo de paciente es candidato a soporte nutricional?

Son candidatos a soporte nutricional aquellos pacientes que tienen cualquier tipo de problema para alimentarse por vía oral. Hablamos de pacientes que no pueden, no quieren o no deben comer por distintos motivos y que a su vez posean riesgo de desarrollar malnutrición. Por tanto se aplicará soporte nutricional a:

1. PACIENTES SIN MALNUTRICIÓN: -Que se prevea que el paciente estará en dieta absoluta y por tanto no tendrán aporte nutricional durante 5-10 días.

2. PACIENTES CON MALNUTRICIÓN: -Albúmina < 3 g/dl, y/o -Pérdida de > 10% del peso habitual.

3. PACIENTES CON RIESGO DE MALNUTRICIÓN por algunas de las siguientes patologías:-Neoplasias del tubo digestivo, enfermedad inflamatoria intestinal, pancreatitis, fístulas entero-cutáneas, síndrome de intestino corto, enteritis post-radiación, hepatopatías, insuficiencia renal, sepsis, cirugía mayor, poli traumatizados, quemados, ancianos, sida.

El objetivo de la evaluación del estado nutricional de los pacientes en las zonas críticas es:

- ❖ Valorar el estado nutricional en el momento de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI).
- ❖ Identificar al grupo de enfermos con más posibilidades de beneficiarse al recibir soporte nutricional.
- ❖ Identificar de forma individualizada las causas y las consecuencias, en términos de morbimortalidad, de la malnutrición.
- ❖ Identificar los límites de las distintas técnicas de valoración nutricional disponibles y su aplicabilidad al paciente crítico.

Beneficios de la nutrición artificial en el paciente crítico:

- Corregir la deficiencia específica de nutrientes originada por la enfermedad grave.
- Satisfacer las necesidades calóricas para mantener la masa magra corporal del paciente.
- Aportar nutrientes adaptados a sus requerimientos, según estrés, edad, peso y enfermedad de base.
- Frenar el catabolismo proteico y regular la lipólisis y la hiperglucemia.
- Disminuir las complicaciones del paciente crítico.

Funciones del equipo de enfermería en la administración de la nutrición artificial

Es evidente, la necesidad que tienen algunos equipo de tener un técnico en cuidados auxiliar de enfermería, que cumpla funciones de carácter administrativo relacionados con el suministro de la nutrición, rotulado y distribución de las soluciones, y adecuación de las fórmulas.

Entre las funciones del equipo de enfermería podemos mencionar:

- Cuidar los catéteres y sondas de alimentación.
- Hacer vigilancia clínica y metabólica en relación con la administración y tolerancia de la nutrición.
- Supervisar los indicadores de calidad establecidos por el grupo.
- Participar de la visita diaria.
- Participar en la creación de protocolos de manejo.

- Interactuar con los médicos tratantes y de interconsulta, e informar sobre los avances y cambios en la terapia nutricional.
- Educar al paciente y a la familia.
- Educar al personal de enfermería en relación con los dispositivos, sondas, catéteres y soluciones de nutrición.
- Controlar el inventario de los dispositivos, sondas y soluciones que se administran a los pacientes.

CONCLUSIÓN

La desnutrición hospitalaria es un problema de carácter universal que hoy en día se puede detectar y combatir. Antes de iniciar el soporte nutricional se debe realizar una valoración, que debe incluir el estado nutritivo del paciente y si existe la presencia de estrés metabólico y severidad del mismo.

El soporte nutricional forma parte del cuidado básico del paciente hospitalizado. Entre los tipos de soporte nutricional encontramos: aumento del valor nutricional de los alimentos, la alimentación básica adaptada, los suplementos orales y la nutrición artificial; dentro de esta se incluye la (nutrición enteral, nutrición parenteral ó mixta) cuyo objetivo es mantener o restaurar el estado nutricional del paciente.

Se puede decir que los avances tecnológicos, el conocimiento exhaustivo de la fisiopatología de la desnutrición, su participación en la evolución de diferentes entidades clínicas y la sensibilización hoy en día por parte del colectivo médico, proporcionan una mejora significativa en el cuidado nutricional de los pacientes, pero su prevalencia sigue siendo muy elevada y sus consecuencias se ven reflejadas en el aumento de la morbilidad, la prolongación de la estancia hospitalaria y el incremento en el gasto sanitario.

El soporte nutricional ha demostrado ser coste-efectiva en los pacientes desnutrido cuando se establece con precocidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Alimentación básica adaptada y suplementos dietéticos C. Gómez Candela*, A. Sastre Gallego**, A.I. de Cos Blanco* y P. Soria Valle*** *Hospital Universitario La Paz. **UNED. ***Ministerio de Sanidad. Madrid
https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_10.pdf
- García de Lorenzo A., Álvarez J., Celaya S., García Cofrades M., García Luna P. P., García Peris P. et al. La Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) ante las administraciones públicas. Nutr. Hosp. [Internet]. 2011 Abr [citado 2018 Sep 23]; 26(2): 251-258. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200002&lng=es

- Nutrición parenteral en el paciente crítico: indicaciones y controversias Clara Vaquerizo Alonso Médico adjunto. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. España 2017
<http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5048.pdf>
- M. Gómez-Garridoa,* , E. Martínez González a,**, F. Botella Romerob,***, J. Gómez-Garridoc,*** Área de Anestesiología y Reanimación. Sección de Endocrinología y Nutrición. Sección de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Disponible en:
<https://www.sedar.es/images/stories/documentos/fondosredar/volumen56/n1/fc.pdf>

TEMA 27. ATENCIÓN HOSPITALARIA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS

LULIA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ELISA BLANCO GONZÁLEZ

ÍNDICE

- **1. INTRODUCCIÓN**
- **2. METODOLOGÍA**
- **3. OBJETIVOS**
- **4. RESULTADOS**
- **5. CONCLUSIÓN**
- **6. BIBLIOGRAFÍA**

1. INTRODUCCIÓN

Qué es la diálisis.

Es un procedimiento que sustituye parcialmente la función de los riñones, filtrando la sangre cuando estos no pueden hacerlo. Este proceso no realiza las funciones de formación de Eritropoyetina y producción de Vitamina D activa, por lo que es necesario añadirlos al tratamiento.

Hay dos tipos de diálisis:

- . Diálisis peritoneal.
- . Hemodiálisis.

En este capítulo, nos centraremos en la hemodiálisis.

Qué es la Hemodiálisis.

Es un tipo de diálisis que depura la sangre del paciente haciéndola pasar a través de un filtro artificial o dializador, el cual realiza la función de depurar y normalizar el líquido y composición de la sangre. Una vez filtrada, se devuelve al paciente.

Para realizar esta técnica, el paciente tiene que estar conectado a un riñón artificial durante unas cuatro horas, un mínimo de tres veces por semana para lo cual el paciente ha de ser trasladado a un hospital o centro especializado en hemodiálisis.

2. METODOLOGÍA

Se utilizaron buscadores de Ciencias de la Salud como: SciELO, Google Académico, PubMed español, Dialnet

Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión de artículos científicos:

- . Temática sobre diálisis y hemodiálisis.
- . Texto completo y gratuito en idioma español.
- . Sin restricción en año.

Criterios de exclusión:

- . Texto en idioma distinto del español.
- . Restricción en año.

Palabras clave: hemodiálisis, diálisis, satisfacción paciente, funciones técnico cuidados auxiliares enfermería.

3. OBJETIVOS

- . FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.**
- . CALIDAD ASISTENCIAL EN ENFERMERÍA.**

4. RESULTADOS

. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería efectúan una parte importante de las tareas en una unidad de hemodiálisis. Las labores a realizar son:

- . Realizar la recepción del paciente.
- . Control de peso al ingreso y egreso.
- . Revisión del área de intervención: provisión de insumos para hemodiálisis, material de curación, confort y otros aspectos según las normas del servicio e informar de los hallazgos.

- . Asistencia al personal de enfermería en el procedimiento de conexión y desconexión de fístula y catéter, proveyendo el material necesario para cada procedimiento.
- . Limpieza y desinfección de la máquina y del paciente en caso de derramamiento de líquidos biológicos (hemáticos y efluentes).
- . Retirada, lavado y desinfección del material utilizado en cada procedimiento.
- . Asistencia al personal de enfermería en la limpieza y desinfección del orificio de salida del catéter venoso central.
- . Preparación del material de desconexión en las bateas después de la conexión de los pacientes.
- . Preparación del material de conexión en las bateas para el siguiente turno de conexión.

- . Desmontaje de líneas de diálisis y desinfección de monitores interior y exteriormente.
- . Control de pinzas y lancetas de los monitores.
- . Montaje de líneas para siguiente turno de conexión.
- . Cebado (alimentación) de monitor.
- . Solicitud de alimentos para pacientes y revisión de los mismos.
- . Reparto de desayunos o meriendas.
- . Preparar camas con ropa limpia para cada conexión y según sea necesario.
- . Realización, bajo supervisión, del preparado y empaquetado de material con fecha, hora, nombre y testigo para la respectiva esterilización.
- . Recepción y entrega del material esterilizado procediendo al registro siguiendo las normas de la Unidad.

- . Recepción, entrega y almacenaje de ropa previo registro y firma de los responsables.
- . Revisión de almacén y ubicación de elementos.
- . Revisión y ubicación del pedido de farmacia.
- . Revisión, limpieza y reposición de carros de enfermería y estanterías de sueros.
- . Limpieza exhaustiva según programación.
- . Recogida y reposición de contenedores de objetos de desechos punzocortantes atendiendo a los límites de capacidad señalados.
- . Selección de desechos según tipo de material.
- . Cumplimiento de tareas asignadas, normas y reglamentos del servicio.
- . Aplicación de normas de bioseguridad en la ejecución de tareas de responsabilidad.

- . Asistencia a reuniones y otras actividades relacionadas con la labor.
- . Colaboración en la vigilancia y control del buen funcionamiento de equipos, material comunicando cualquier desperfecto al superior inmediato.
- . Anotación de eventualidades de interés para el servicio en un libro de incidencias.
- . Asistencia a actividades de educación permanente en la Unidad.
- . Realización de otras tareas afines a la naturaleza del trabajo delegado por autoridad superior o requerimiento de la Unidad.
- . Todas aquellas tareas que surjan a lo largo del turno en las que sea necesaria la presencia del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

. CALIDAD ASISTENCIAL EN ENFERMERÍA

El uso diario de dispositivos mecánicos en la atención al paciente puede llevar a perder el sentido de la profesión orientado al cuidado. El personal de enfermería debe involucrarse con el paciente teniendo contacto físico y dando atención personalizada, buscando la satisfacción del paciente como objetivo de calidad.

Toda Unidad de hemodiálisis cuenta con una evaluación de satisfacción de los pacientes para identificar las áreas deficitarias y valorar los resultados de los cuidados.

Los objetivos son:

- . Determinar el grado de satisfacción de los pacientes relacionada con la atención recibida.
- . Conocer los aspectos del proceso asistencial que generan mayor satisfacción e identificar oportunidades de mejora.

Se crean a tal fin escalas concretas, normalmente centradas en valoraciones de:

- . empatía
- . información
- . competencia profesional
- . capacidad de respuesta
- . accesibilidad
- . confort

5. CONCLUSIONES

Dar cuidados a un paciente con enfermedad renal crónica requiere preparación especial de las personas que los cuidan, y tiene un grado de complejidad mayor que otros campos de la Enfermería. Hay que estar al tanto de integrar todos los conocimientos y habilidades para que las actividades que realizamos contribuyan al bienestar del paciente en la Unidad de Hemodiálisis.

Para ello el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene que:

- . Apoyar en todas las actividades de la Unidad de Hemodiálisis.
- . Colaborar en la atención de pacientes de la Unidad.
- . Cumplir las tareas de enfermería y asistencial asignadas por el superior inmediato.

El análisis de la satisfacción de los pacientes en Hemodiálisis es muy útil para diseñar estrategias de mejora, sobre todo en los aspectos que dependen del Personal de Enfermería.

El objetivo de la asistencia sanitaria es proveer a los pacientes los servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud.

6. BIBLIOGRAFÍA

- . Gerencia del Área de Salud de Badajoz. Hospital Infanta Cristina. Acogida al nuevo trabajador de la Unidad de Diálisis y Transplante Renal 2010; p. 10-11.
- . Ángel Ángel ZE, Duque Castaño GA, Tovar Cortés DL. Cuidados de Enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. *Enferm Nefrol* 2016; (19): 5-6.
- . Universidad Complutense de Madrid. Serie Trabajos de Fin de Grado 2012; 4 (1): 127.
- . Miranda Camarero MV. Protocolo de Atención de Enfermería a pacientes en tratamiento con Hemodiálisis. *Manual de Diálisis*. Masson; 1996.
- . Pérez-Oliva Díaz JF, Magrans Buch C, Almaguer López M, Zambrano Cárdenas AE, Delgado G, Pérez Campo R, et al. Buenas prácticas en Hemodiálisis. *Inst de Nefrol*; p. 35.

TEMA 28. DISFAGIA OROFARÍNGEA.

NATALIA PÉREZ COTO

PILAR FLORENTINA GARCÍA SUÁREZ

MARÍA OLGA SOLÍS VILLA

ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ

ÍNDICE

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

1. INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES LA DISFAGIA OROFARÍNGEA?

La disfagia es una alteración asociada a las molestias o problemas a tragar. La persona que padece esta enfermedad tiene dificultades para formar en la boca el bolo alimenticio (la porción de alimento que se debe tragar) o para que el bolo se desplace desde la boca hasta el estómago.

Tiene que haber una coordinación entre: deglución, respiración y fonación.

La disfagia orofaríngea puede afectar a niños y adultos, siendo más prevalente en los ancianos debido a que éstos padecen frecuentemente enfermedades que cursan esta dificultad para tragar.

CAUSAS

- Alteraciones estructurales
- Alteraciones Funcionales:
 - Reflejo deglutorio anormal.
 - Disminución de la saliva.
 - Reflejo tusígeno ausente (no tose).

COMPLICACIONES

- Desnutrición y deshidratación.
- Aspiración: Broncoaspiración. Es una complicación aguda y grave y de alta mortalidad. Afecta 46-78% de pacientes hospitalizados. El 50% de las infecciones bronco-pulmonares, acaban en neumonías. De ellas el 50% de los pacientes, se mueren.

- **GRUPOS DE RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN**

- - Pacientes con enfermedades neurodegenerativas (demencias, parkinson, ELA, etc).
- - Enfermedades cerebrovasculares (Ictus, ACV, etc).
- - Traumatismos craneoencefálicos.
- - Problemas de regurgitación.
- - Obstrucciones gastrointestinales.
- - Mala colocación de una SNG.
- - Síndrome de Apnea.
- - Sedación o bajo nivel de conciencia.

- - Ancianos frágiles: - que sea dependiente.
- - que tengan una enfermedad aguda.
- - que utilicen fármacos depresivos.
- - que tengan una respuesta motora lenta.
- - que no tengan una protección aérea
- consistente.

2. METODOLOGÍA

Se utilizaron buscadores de Ciencias de la Salud como: SciELO, Dialnet, Cuiden Plus, PubMed español.

Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión de artículos científicos:

- . Temática sobre disfagia orofaríngea.
- . Texto completo y gratuito en idioma español.
- . Sin restricción en año.

Criterios de exclusión:

- . Texto en idioma distinto del español.
- . Restricción en año.

Palabras clave: disfagia orofaríngea, aspiración, desnutrición, trastornos deglutorios, ancianos.

3. OBJETIVOS

El objetivo es determinar si los síntomas del paciente corresponden a una disfagia orofaríngea.

Proporcionar al paciente una vía alternativa a la alimentación oral en base a datos objetivos y reproducibles estructurales (en especial los tumores de ORL y esofágicos).

.MECANISMOS DE LA DEGLUCIÓN NO SEGURA

.PREVENCIÓN DE LA BRONCOASPIRACIÓN

.TEST DEL AGUA

.TEST DE VISCOSIDAD

4. RESULTADOS

4.1 MECANISMOS DE LA DEGLUCIÓN NO SEGURA

- **ATRAGANTAMIENTO:** No dar nunca en la espalda si toses porque puede bajar más hacia el pulmón lo que tengamos atragantado.

En pacientes con problemas de deglución nunca dar de beber con pajitas ni jeringas, según los foniatras, ya que favorecen la aspiración.

- **ASPIRACIÓN TRÁQUEO BRONQUIAL:**

- Paso de fluidos o sustancias exógenas al aparato respiratorio con el paso de gérmenes.

- Proceso inflamatorio, fiebre, tos irritativa, sudoración, disnea, hipertensión.

4.2 PREVENCIÓN DE LA BRONCOASPIRACIÓN

- Higiene buco-dental correcta para que no queden restos de comida.
- Hidratación de la cavidad bucal (humedecer la boca con cariax, echar vaselina en los labios ...).
- Mantenimiento de las mascarillas de oxígeno limpias de secreciones para que no vuelvan a respirarlas.
- Correcta fijación de la SNG.
- Comprobación de la deglución de líquidos.
- Realizar el test de agua y de viscosidad (líquidos con espesante y diferentes texturas).
- Correcta posición del paciente para las comidas (cama elevada).
- Mantener después de las comidas la cama elevada durante un tiempo.
- Si el paciente tiene cambios posturales ponerle en posición de seguridad después de las comidas.

4.2.1 TEST DEL AGUA

- Tener preparada una aspiración y al paciente con un pulsioxímetro puesto.
- Poner al paciente incorporado protegido con un babero o toalla.
- Con una jeringa administrar 10ml de agua.
- Si no hay síntomas de babeo, tos, disfonía y realiza el número de degluciones necesarias, se va aumentando hasta llegar a 50 ml. Se interrumpe si aparece algún problema.
- Si consigue tragar los 50 ml sin problema, no corre riesgo de broncoaspirar con los líquidos.

4.2.2 TEST DE VISCOSIDAD

Se considera que tenemos cuatro tipos de consistencias:

- Líquida: agua , infusiones
- Néctar: zumo de melocotón
- Miel: textura miel derretida
- Pudín: textura natillas

- Se coloca al paciente en posición de sentado con pulsioxímetro conectado.
- Siempre se empieza por la consistencia néctar con 5ml. Si la deglución es segura se pasa a 10ml y luego a 20ml. En cuanto aparezca algún síntoma como: babeo, retención de la comida en la boca, tos, carraspeo, disfonía, o deglución fraccionada, se para la prueba. Si el paciente presenta además voz húmeda y desaturación, son síntomas de que el alimento está en la laringe.
- Si no hay ningún problema, se pasa a consistencia líquida. Si hay algún problema con la líquida volvemos al pudin.
- Si al probar la consistencia néctar aparece algún problema, se pasa a la consistencia más sólida (pudin).

5. CONCLUSIONES

La disfagia es un síntoma altamente prevalente, que puede ser debido a múltiples procesos patológicos, tanto estructurales como funcionales, y lo localizamos a nivel orofaríngeo o esofágico. La disfagia orofaríngea puede causar desnutrición hasta 1/3 de los pacientes.

La disfagia es un problema que afecta a la población anciana de forma importante. Las causas más frecuentes de disfagia orofaríngea en ancianos son : enfermedades del sistema nervioso (accidente cerebro vascular, demencias...)

La presencia de disfagia condiciona complicaciones como la desnutrición, deshidratación, neumonía e incluso muerte del paciente.

6. BIBLIOGRAFÍA

- .Velasco M, García-Peris P. Causas y diagnóstico de la disfagia. Nutr Hosp Suplementos 2009; 2 (2): 56-65.
- . Clavé P, Arreola A, Velasco M, Quer M, Castellví J, Almirall J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. Cir Esp 2007; 82: 64-77.
- . Velasco M, Arreola V, Clavé P, et al. Abordaje clínica de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutr Clin Med 2007; 3: 190-218.
- . Camarero González E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. Nutr Hosp Suplementos 2009; 2 (2): 67.

TEMA 29. DRENAJES EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.

**EVA MARÍA GALENDE SANDÍN
MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES
MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ
VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS**

ÍNDICE

- Introducción
- Objetivos
- Metodología
- Resultados
- Conclusiones
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

Un drenaje o dren es un sistema de tubos y reservorios destinados a evacuar líquidos, gases, sangre, pus de los distintos tejidos, cavidades u órganos del cuerpo al exterior, para evitar infecciones y complicaciones.

Un extremo de este sistema de tubos se inserta en la cavidad a evacuar contenido y el otro sale al exterior, pudiendo recogerse en recipiente llamado colector o reservorio.

Se utiliza al acumularse sustancias tras un traumatismo, un absceso o tras la herida quirúrgica como medida preventiva o terapéutica.

OBJETIVOS

- Historia del drenaje.
- Indicadores de su uso.
- Clasificación e información de los diferentes sistemas de drenajes más usados en la atención hospitalaria.
- Complicaciones y cuidados

METODOLOGÍA

Lectura y revisión de artículos publicados en revistas de medicina y enfermería.

Base de datos: PubMed, SciELO, Embase, Medinaneplus, Science Direct.

Documentos de inclusión: Documentos en lengua española.

Documentos de exclusión: Documentos en lengua no española.

Palabras clave: Drenaje, drenaje quirúrgico, absceso, dren, historia.

RESULTADOS

A lo largo de la historia de la medicina muchos son los profesionales que usaron rudimentariamente los drenajes y fueron evolucionando la técnica y mejoraron los materiales hasta nuestros días. Algunos de ellos fueron:

- Hipócrates de Cos(460-377) que describió la técnica de un drenaje en el tórax en sus *Tratados Hipocráticos*.
- Aurelio Celso(24 a. de C -50de. C), los describió como tubos cónicos de plomo o latón, para evitar deslizamientos hacía la cavidad abdominal y con tapones ajustables, para drenar de forma intermitente en el tratamiento de la ascitis.
- Guy de Chauliac,1363, en su obra *Cirugía Magna* los describe como tiras de lino dentro de un cilindro metálico en forma de mecha.

- Marie E Chassaignac, en *Tratado de la supuración del drenaje quirúrgico 1859*, hablaba de un sistema de tubos de goma o cauchos para drenar abscesos.
- Auguste Nelaton (1807-1873), utilizó un drenaje flexible precursor de los drenajes de aspiración.
- Joseph Lister (1852-1912) recomendó rellenar los tubos con pelos de caballo para mejorar la extracción, que luego sustituyó por hilo de seda en franjas de lino antiséptico.
- William Halsted (1852-1922), utilizó goma natural rellena de algodón.
- Jan Mikulicz (1850-1905), introdujo un dren hecho de lámina de goma fenestrada con tintura de yodo de gasas en el interior.
- George Heaton 1898, utilizó un sistema de sifón a través de una bomba, y se convirtió en el precursor de los drenajes de aspiración.
- En los años de 1930 se popularizó los drenajes por succión.

- Poco a poco los drenajes por succión fueron ganando terreno, solucionando complicaciones de su uso.
- En 1970 se mejoró el sistema de vacío del Redón.
- Actualmente los drenajes son flexibles de manipular, provocan poca reacción y los materiales son de poliuretano, silicona o látex.

• **Indicaciones**

- Lo drenajes están indicados en :
- Abscesos: Son sustancias purulentas acumuladas en cualquier cavidad, provocadas por bacterias, gérmenes u hongos que entran en el organismo y provocan infecciones.
- Lesiones traumáticas: por extravasación de sangre tras un golpe o traumatismo.
- Cuando no se produce una anastomosis segura de uno o varios órganos y es necesario que no se acumule cualquier líquido o material orgánico.
- Como prevención quirúrgica tras una intervención para evitar hemorragias.
- Como tratamiento curativo en cirugías contaminadas con alto riesgo de que la herida se infecte.
- Tras una cirugía radical, torácica, abdominal digestiva, biliar etc, en la que se puede acumular líquido linfático o sangre.
- Para favorecer la cicatrización de una herida quirúrgica.

- **Clasificación**

- Se clasifican según su **objetivo** en:

- Preventivos o profilácticos: para evitar que se acumule líquido que puede resultar purulento e infeccioso, o provocar otras complicaciones como hemorragias.
- Terapéuticos: para el tratamiento de abscesos, evacuar líquidos tras una cirugía o hemorragias ya formadas

Se clasifican según su ***mecanismo de actuación*** en:

- Pasivos/simples: en los cuales la evacuación del líquido ocurre por rebosamiento o por la acción de la gravedad. Se utilizan mucho en cirugía menor.
- Activos/colectores: en los cuales la evacuación se produce por aspiración, en un sistema de vacío, mediante presión negativa. Se utilizan en cirugía mayor cuando hay mucho líquido a drenar, y van conectados a una bolsa colectora o reservorio.

DRENAJES PASIVOS.

- *Penrouse*: de los más utilizados para drenar abscesos. Es un tubo de látex, silicona o caucho flexible, que se coloca en una herida o incisión quirúrgica. Queda fijo a la piel mediante un punto de sutura y drena a una bolsa o gasa.
- *Gasa o Mecha*: son tiras de gasas unidas que tienen una gran capilaridad, se moldean fácilmente y drena líquido contra la gravedad. Es el dren más empleado en heridas de tamaño pequeño a cerrar por segunda intención. No se puede utilizar cuando existan coágulos. Cuando las gasas no absorban más líquido se cambiarán por otras.
- *Cigarrillo*: es un tubo de goma con gasas en su interior para drenar sustancias. Este tubo impedirá que las gasas se adhieran a los tejidos y ocasionen complicaciones.

DRENAJES PASIVOS.

- *Tejadillo*: son tubos de silicona o látex. Posee ondulaciones por las que se desliza la sustancia a drenar. Se fija mediante un punto de sutura.
- *Tubo de Kher*: es un tubo de látex o silicona en forma de T que se utiliza en cirugía biliar. Los extremos cortos drenan la bilis del conducto colédoco y del hepático, y fluyen hacia el conducto largo hasta una bolsa colectora, nunca a sistemas de aspiración.

DRENAJES ACTIVOS

- *Jackson-Pratt*: es un tubo de silicona de extremo plano y multiperforado por un lado, que se inserta en la cavidad del cuerpo, y redondo por el otro que acaba en el reservorio en forma de pera con tapón, para poder vaciar. Al presionar el recipiente con el tapón abierto generará el vacío que permitirá la aspiración de líquidos, y sin soltar la presión se colocará de nuevo el tapón. Debe vaciarse cada 24 h, y medir la cantidad en un recipiente y anotarlo en su lugar correspondiente.
- *Redon*: es un tubo de plástico o silicona multiperforado, al que va a parar a un colector con sistema de vacío. Es uno de los drenajes activos más usados.
- *Saratoga*: se usa en grandes cantidades de líquido a drenar. Es un tubo de plástico o silicona multiperforado con dos luces, una de las cuales (externa) permite la entrada de aire desde es exterior, y la otra (interna) permite la conexión a un sistema de aspiración.

DRENAJES ACTIVOS

- *Abramson*: igual que el drenaje de Saratoga pero de tres luces, una tercera para irrigar la zona y administrar medicación.
- *Pleur-evac*: es un sistema hermético de drenaje torácico, que mediante la colocación de un tubo endotorácico facilita la eliminación de contenido líquido o gaseoso del espacio pleural, permitiendo restablecer la presión pleural y que un pulmón colapsado se re expanda, favoreciendo la respiración.
- *Hemovac*: es un sistema circular conectado a una sonda, colocada en una incisión mediante uno de puntos de sutura. El dispositivo circular se comprime hasta quedar plano y se expande conforme se llena de líquido.

Complicaciones

- Los drenajes no están exentos de posibles complicaciones:
- Infecciones locales o generalizadas bien porque la técnica de colocación no fue totalmente estéril, o debido a la colonización por bacterias del tubo.
- Úlceras por presión: bien por el roce de los tubos o la presión continua que ejercen sobre un tejido.
- Dolor o molestias en la zona de la incisión.
- Inflamación: que se produce al rechazar el organismo el tubo de drenaje.
- Hemorragia: sobretodo en los drenajes activos que funcionan por aspiración.
- Obstrucción del drenaje debido a un coágulo, o por restos sólidos que se hayan acumulado poco a poco.
- Pérdida del drenaje: es conveniente una buena técnica de colocación para evitar que se deslice al interior o exterior de la

de la cavidad.

- Hernia: producida por el sitio del drenaje.
- Intervención quirúrgica por imposibilidad de retirar el drenaje.
- Fístulas.

Cuidados

- En un primer momento desde que el drenaje es colocado, se ha de comprobar que hace su función correctamente.
- La técnica de colocación, manipulación, vaciado o retirada del drenaje debe ser totalmente aséptica, como principal medida de profilaxis.
- Se ha de vigilar y hacer un seguimiento constante del aspecto de la zona de la inserción y del líquido a drenar (color, densidad). También se observará si hay rojeces, síntomas de infección (fiebre, dolor, malestar...etc)
- Controlar y medir la cantidad de líquido drenado cada 24 horas generalmente o cuando sea necesario.
- Observar que el sistema de drenado no se haya obstruido por coágulos, o con movimientos involuntarios del paciente provocando acodamiento de los tubos.
- Mantener una buena higiene y cuidados de la piel adecuados de la zona que rodea del orificio del tubo.

Cuidados

- El sistema de aspiración o reservorio ha de estar por debajo de la herida para facilitar la salida de líquido por la fuerza de la gravedad.
- En los pleur-evac observar el burbujeo ya que indica la salida de aire de la cavidad.
- Verificar con frecuencia que los apósitos están limpios y secos.
- Evaluar la fijación del drenaje para evitar el desplazamiento y retiro, o rotura accidental.

CONCLUSIONES

- A lo largo de la historia de la medicina fueron muchos los profesionales que usaron, y mejoraron la técnica y materiales de los drenajes.
- Los drenajes son un sistema de tubos y reservorios en general, que sirven para eliminar líquidos o gases del cuerpo, bien sea por abscesos, traumatismos, cirugías, como medida terapéutica y profilaxis de infecciones, hemorragias, y otras complicaciones.
- Como cualquier procedimiento médico no están exentos de complicaciones de su uso que conviene conocer e identificar lo más precoz posible para minimizar los daños y poder establecer un buen plan de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Gilberto Gúzman-Valdivia Gómez, Shantalle Maribel Arellano-Lomeli. Cirujano general 2016. Vol 38(1)p.35-40.
- 2. Patricia Benguria D, Eliana Escudero Z. Guía: tipos y cuidados del drenaje. <https://docplayer.es20950251-Guia-tipos-y-cuidados-de-drenajes.html>
- 3. Isabel Ortiz Ramirez, Eva M Castros Rizo. Drenajes en cirugía: Tipos y cuidados de enfermería. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/drenajes-cirugia.tipos.cuidados-de-enfermeria/>

TEMA 30. NUTRICIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA SUS CUIDADOS Y POSIBLES COMPLICACIONES.

**ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ
NATALIA PÉREZ COTO
PILAR FLORENTINA GARCÍA SUÁREZ
MARÍA OLGA SOLÍS VILLA**

ÍNDICE

- 1.Introducción
- 2.Metodología
- 3.Objetivos
- 4.Resultados
- 5.Conclusiones
- 6.Bibliografía

1.INTRODUCCIÓN

- La nutrición enteral es la técnica de aportar nutrientes mediante fórmulas nutricionales definidas directamente al sistema digestivo
- La sonda nasogástrica es un dispositivo de nutrición enteral que consiste en un tubo de plástico (polivinilo, silicona o poliuretano) flexible, que se introduce a través de la nariz y permite llevar el alimento directamente al estómago
- En este capítulo hablaremos y detallaremos para que se utiliza, los materiales necesarios, sus cuidados y posibles complicaciones

2. METODOLOGÍA

- Búsqueda exhaustiva en las bases de datos:
 - Cuiden plus
 - Cinahl
 - Scielo
 - Lilacs
 - Pubmed

Criterios de inclusión: Texto completo y gratuito, español, sin restricción en año

Criterios de exclusión: Texto en idioma que no sea español, restricción en año

Palabras claves: Sonda nasogástrica, nutrición enteral

3.OBJETIVOS

- Alimentar al paciente cuando esté incapacitado para hacerlo por si solo y forma de administrarlo
- Desarrollar un plan de cuidados
- Posibles complicaciones

4. RESULTADO

- Administración de la alimentación por sonda nasogástrica

Se utiliza la alimentación enteral en pacientes con imposibilidad de uso de la vía oral:

- Por alteración del nivel de conciencia
- Por alteraciones anatomofuncionales del macizo maxilofacial, la lengua, los dientes y la boca
- Por obstrucciones en el aparato digestivo, orofaringe y el esófago

Selección del nutriente enteral teniendo en cuenta:

- Estados de hipercatabolia
- Integridad del aparato gastrointestinal

El nutriente se puede presentar en varios formatos:

- En polvo, líquido, saborizado y sin sabor, con fibra o o sin ella, con triglicéridos de cadena media o sin ellos

- Tipos de sondas más utilizadas:
 - Sonda de Foucher.- calibre grueso, con un solo orificio en su parte distal y con una sola luz
 - Sonda de Levin.- es la más común, es flexible, en el extremo distal tiene varios orificios laterales y uno central
 - Sonda de Salem.- tiene dos luces, una para la entrada de aire y otra que actúa como sonda
 - Sonda Nasoenteral.- es un tubo más delgado y más largo y que una vez introducida hasta el estómago se dirige hacia el duodeno bajo visión de rayos

Materiales necesarios:

Alimento, contenedor para la fórmula, línea de administración , gasas estériles, guantes de látex, jeringuilla de 50ml, bomba de nutrición, cinta hipoalergénica, fonendoscopio

Técnica de colocación:

Preparación del paciente.- El paciente debe de estar informado para que colabore todo lo posible

Deberá permanecer sentado y si no es posible se incorporará la cabecera de la cama 45 grados o se colocará al paciente en decúbito lateral

Lavar las manos y colocarse guantes. Examinar boca y conductos nasales. Introducir una longitud mínima equivalente a la distancia entre el apéndice xifoides y el lóbulo de la oreja y desde éste hasta la punta de la nariz

Lubricar, introducir suavemente hasta la hipofaringe

Aspirar el contenido gástrico y para comprobar su colocación sumergir el extremo proximal de la sonda

Placa de tórax es la técnica más fiable

La sonda se fija a la piel de la mejilla o de la nariz con un esparadrapo hipoalergénico

- **Plan de cuidados de la sonda nasogástrica**

Tras la colocación de la sonda se hace el registro de dicha actividad anotando el tipo y el calibre de sonda, así como la fecha y la hora de su colocación

Tres realizar el registro los cuidados son:

- Proteger la intimidad del paciente
- Mantener higiene en las manos en cualquier manipulación
- Lavado diario de fosas nasales y lubricar
- Recomendar al paciente que respire por la nariz
- Vigilar la zona de inserción de la sonda
- Valorar diariamente el apósito fijador de la sonda

- Verificar la correcta posición de la sonda cada 24 horas
- Evitar movimientos molestos y bruscos
- Limpiar diariamente la parte externa de la sonda
- Comprobar permeabilidad
- Para evitar la obstrucción de la sonda introducir 30 cc de agua después de la administración de alimentos
- Vigilar los posibles síntomas que puede presentar el paciente que nos indique la necesidad de cambiar la sonda

- **Complicaciones**

Si el proceso de sondaje a un paciente no se hace de manera correcta pueden aparecer complicaciones

A continuación citaremos algunas:

- Complicaciones inmediatas.- Discomfort nasofaríngeo epistaxis, broncoaspiración, obstrucción laringotraqueal
- Complicaciones tardías.- Erosiones y/o ulceraciones del ala nasal, ulceraciones y/o abscesos del septum nasal, movilización o extracción involuntaria de la sonda, obstrucción de la sonda, otitis y/o sinusitis media, hemorragia gástrica, esofagitis

5. CONCLUSIONES

Con un nutriente enteral específico es posible cubrir totalmente las necesidades nutrimentales de cualquier enfermo con un aparato gastrointestinal funcionando

Se dispone actualmente de fórmulas enterales cada vez más complejas y específicas

El conocimiento y destreza del personal auxiliar de enfermería contribuye a la ejecución eficiente del procedimiento

6. BIBLIOGRAFÍA

- Carmen Martínez González, Sergio Santana Porbén y Jesús Barreto Penié, Hospital quirúrgico Hermanos Ameijeiras/ Rev Cubana Aliment Nutr 2001; 15 (2): 130-8
- Víctor Manuel Balbás Liaño, Agustín Felipe Gómez Laso, Proceso de atención de enfermería en la malnutrición del paciente geriátrico, Modelo 4.3
- Nerea Larrañaga Gómez, cuidados de enfermería al paciente portador de sondaje nasogástrico, trabajo fin de grado, Universidad de la Rioja, curso académico 2015-2016
<https://biblioteca.unirioja.es/tfe-e/TFE002075.pdf>

TEMA 31. LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.

**MARÍA OLGA SOLÍS VILLA
ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ
NATALIA PÉREZ COTO
PILAR FLORENTINA GARCÍA SUÁREZ**

ÍNDICE

- 1- INTRODUCCIÓN**
- 2- METODOLOGÍA**
- 3- PLAN DE ACTUACIÓN**
- 4- CONCLUSIÓN**
- 5- BIBLIOGRAFÍA**

1- INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de la piel de origen isquémico, localizadas en la piel y tejidos subyacentes, causadas por una presión prolongada en el tiempo entre dos planos duros, uno del propio paciente (tejido óseo y tejido cartilaginoso) y otro externo a él (cama, sillón, ropa u otros objetos)

En su formación existen dos tipos de factores de riesgo:

- extrínsecos: presión, fricción, cizalla y humedad.
- intrínsecos: edad, inmovilidad, pérdida sensorial, alteraciones nutricionales, tensión baja, alteraciones endocrinas y metabólicas, infecciones de las lesiones o heridas, estado mental de la persona y diversos medicamentos.

Son uno de los problemas más frecuentes en la práctica asistencial. Tanto es así que la OMS considera la presencia de úlceras por presión iatrogénica un indicador de la calidad asistencial.

Las UPP son un gran problema de salud, inciden directamente en el nivel de salud, calidad de vida y morbilidad del paciente; en sus cuidadores, debido al incremento del trabajo asistencial y por tanto también en el consumo de recursos económicos.

Se considera que el 95% de las UPP que se producen son evitables modificando los factores de riesgo extrínsecos, aplicando medidas tan sencillas como: programar cambios posturales, utilizar sistemas de disminución de presión y/o aplicar productos preventivos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto observamos que su prevención y cuidados implica a todo el equipo sanitario, especialmente al Técnico en cuidados auxiliares de enfermería(TCAE). Lo que nos lleva a resaltar la importancia de la motivación y la formación de los profesionales.

2- METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en distintas bases de datos ,entre las que cabe destacar:

Google Académico, Cuiden Plus, Lilacs, CINAHL.

Utilizando las palabras clave: úlceras por presión, prevención, cuidados de enfermería, calidad asistencial, factores de riesgo.

3- PLAN DE ACTUACIÓN

Prestando especial atención a los factores extrínsecos estaremos haciendo una labor de prevención.

En pacientes terminales se tendrá en cuenta el confort antes que la curación , siempre considerando el tipo de paciente y la fase en la que se encuentre.

Adoptando las siguientes actuaciones conseguiremos disminuir la incidencia y prevalencia de las UPP:

- Utilizar las escalas de valoración de riesgo del paciente a sufrir UPP (Norton y Bradhem)
- Establecer medidas para mejorar los trastornos circulatorios.

- Ante problemas de nutrición y/o deshidratación establecer procedimientos para disminuir y/o eliminarlos.
- Realizar una vigilancia diaria del estado de la piel, prestando especial atención a los puntos de presión.
- Ante problemas de movilidad establecer un plan de enfermería donde se incluyan cambios posturales y ejercicios de movilización pasiva, así como medidas de protección de los puntos de presión con almohadas, cojines, colchones antiescaras, coderas, taloneras...
- Si existe incontinencia fecal y/o urinaria adoptar medidas para disminuir los riesgos que el contacto con la piel ocasionan: cremas barrera, ácidos grasos hiperoxigenados, pañales, empapadores, parches...

- Mantener la piel limpia, seca e hidratada, haciendo énfasis en los pliegues. Uso de jabones neutros, secando por empapamiento, no por fricción.
- Mantener la cama limpia, seca y las sábanas sin arrugas. Observar que la ropa no presione los pies, utilizando arcos de cama o almohadas si fuera necesario.
- Realizar los cambios de ropa tantas veces como se precise.
- Alimentación rica en proteínas y vitamina C.
- Evitar masajear sobre las zonas de presión con eritema o lesiones.
- Evitar rozamientos de la piel, no arrastrar en las movilizaciones.

- Si existen enfermedades concomitantes se intentará que estén bien controladas.
- Ante la presencia de úlceras se realizarán las curas necesarias con los productos específicos por parte del personal de enfermería.

4 - CONCLUSIÓN

Haciendo una correcta valoración del riesgo que sufre un paciente de padecer UPP, utilizando las Escalas de Norton y Bradhem y actuando sobre los factores extrínsecos, estaremos realizando una labor de prevención que nos llevará a rebajar la incidencia y prevalencia de las UPP, lo que repercutirá en una mejor calidad asistencial.

5- BIBLIOGRAFÍA

- Palomar F, García J, Fornes B, Del Prez R, Tarrega ML, Marco M, Sanandres R, Albarracín M, Viel N, Rodríguez R. Valoración al ingreso del paciente de riesgo de úlceras por presión. *Enfermería Integral* 2006; 7-13.
- Rich M, Ayora P, Carrillo M, Donaire M, López E, Romero B, Ruz J, Segarra I, Turrado M, Zayas C. Protocolo de cuidados en úlceras por presión. Dirección de Enfermería. Unidad de calidad, docencia e investigación de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. 2010; 7-46.

- Blanco JL. Úlcera por pressio. Associacio Catalana de Podólogos 2003.
- Grupo Nacional para el estudio y Asesoramiento en úlceras por presión y Heridas crónicas(Gneaupp). Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Logroño; 2014.

**TEMA 32. CUIDADOS INTENSIVOS:
ATENCIÓN HOSPITALARIA AL
PACIENTE CRÍTICO Y SUS FAMILIAS.**

ELISA BLANCO GONZÁLEZ

LULIA MARÍA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS

MARÍA PAZ DÍAZ RODRIGUEZ

ÍNDICE

- **1.INTRODUCCIÓN**
- **2.METODOLOGÍA**
- **3.OBJETIVOS**
- **4.RESULTADOS**
- **5.CONCLUSIÓN**
- **6.BIBLIOGRAFÍA**

1.INTRODUCCIÓN

¿Quién es el paciente crítico?

El paciente en estado de salud crítico, está en una situación clara de peligro de muerte y debe ser concebido en su integridad como ser biopsicosocial para así tener un cuidado integral de enfermería en el que sería importante la participación de las familias, satisfaciendo así sus necesidades

¿Qué significa estar en la Unidad de Cuidados Intensivos?

La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio especializado ya que los pacientes que allí se atienden tienen enfermedades que graves deben atenderse con capacidad y prontitud

¿Y las familias?

Cuando un paciente ingresa en cuidados intensivos, no solo es un cambio para él sino que también es un trastorno en la familia que afecta a su esfera psicológica y social.

Es importante desde el equipo de enfermería tener cuidados no solo con la persona ingresada sino también con los familiares que se encuentran con temores y que día a día están allí a pie de cama con su familiar.

En este capítulo analizaremos lo importante que es la familia en el paciente crítico, sus efectos positivos y como se podría mejorar esta implicación de las familias en las unidades de cuidados intensivos

2.METODOLOGÍA

La búsqueda bibliográfica se realizó en las principales bases de datos:

- **Medline.** Base de datos de la National Library of Medicine con más de 5000 revistas internacionales de enfermería y medicinas, indexadas.
- **Cochrane Library Plus** (en inglés y español). Por ser considerada la mayor fuente de evidencia científica sobre los efectos de la atención sanitaria, en lengua inglesa y española.
- **CINAHL.** Base de datos especialmente diseñada para las universidades de las profesiones de enfermería y otros profesionales de salud, indexa prácticamente todas las revistas de enfermería.

- **Cuiden Plus.** Pertenece a la Fundación Index. Es una base de datos bibliográfica que incluye producción científica sobre Cuidados de Salud
- **Elsevier.** Proveedor líder mundial de información biomédica. Ayuda y acompaña a los profesionales en el desarrollo de la práctica diaria y formación continua.
- **Scielo**
- **Lilacs**
- **Pubmed**
- **Google Académico**

Criterios de inclusión.

- Artículos originales y revisiones que contengan en el título o resumen las palabras seleccionadas
- Estudios y revisiones con acceso gratuito al texto completo
- Estudios publicados en lengua inglesa, española o portuguesa

Criterios de exclusión

- Se excluyeron cartas al director, editoriales y publicaciones que abordaban la temática infantil
- Artículos o revisiones que no incluyan las palabras seleccionadas, o se desviaran del tema de investigación
- Trabajos centrados en un solo aspecto o en un caso particular.

Palabras claves:

-Unidad de cuidados intensivos

-Paciente crítico

-Familiares del paciente crítico

-Evaluación de necesidades

3.OBJETIVOS

- Informar de la importancia de no dejar de lado la atención integral de las familias del paciente crítico en cuidados intensivos, que suele quedar reducida a una simple aporte de información puntual.
 - Señalar a la familia como una valiosa herramienta en la atención al paciente crítico, con excelentes resultados positivos según estudios.
 - Describir las necesidades de la familia.
- Contar con la opinión de los profesionales sanitarios y promover cambios beneficiosos para el paciente.

4.RESULTADOS

El paciente en estado crítico tiene miedo de una muerte próxima que siente al desconocer la enfermedad y todo lo que está ocurriendo a su alrededor, una vez en la unidad de cuidados intensivos debido a la tecnicidad y protocolo de esta unidad, suelen sentirse desamparados tanto físicamente como mentalmente y aislados, por eso, aquí es fundamental el papel del profesional sanitario que presta una atención humanizada, pero también la presencia y colaboración de la familia.

Recordemos que el paciente puede verse rodeado de cables, monitores y respiradores, además del aislamiento de sus familias y horarios.

Por otro lado a la familia el ingreso de un familiar en cuidados intensivos les lleva a nerviosismo, shock, ansiedad...

Por eso es importante modificar hábitos como que el paciente es únicamente cuidado con el profesional sanitario, flexibilizar horarios de visita y cuando fuese posible, tomar decisiones en conjunto. Esto haría que las familias se sintieran integradas en los cuidados y el proceso de curación del paciente.

Un plan de cuidados basado en la comprensión y humanización es accesible y facilita que se pueda realizar.

1- Mejora la calidad de atención, continuidad, seguridad, eficacia y excelencia

2- Buena planificación, evaluación, calidad y visibilidad de cuidados.

Aplicar la teoría de comprensión como lo expresa Moreno Fergusson.¹³ “Tener esquemas mentales que orientan la práctica y constituyen un aspecto esencial del pensamiento lógico para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de las personas”

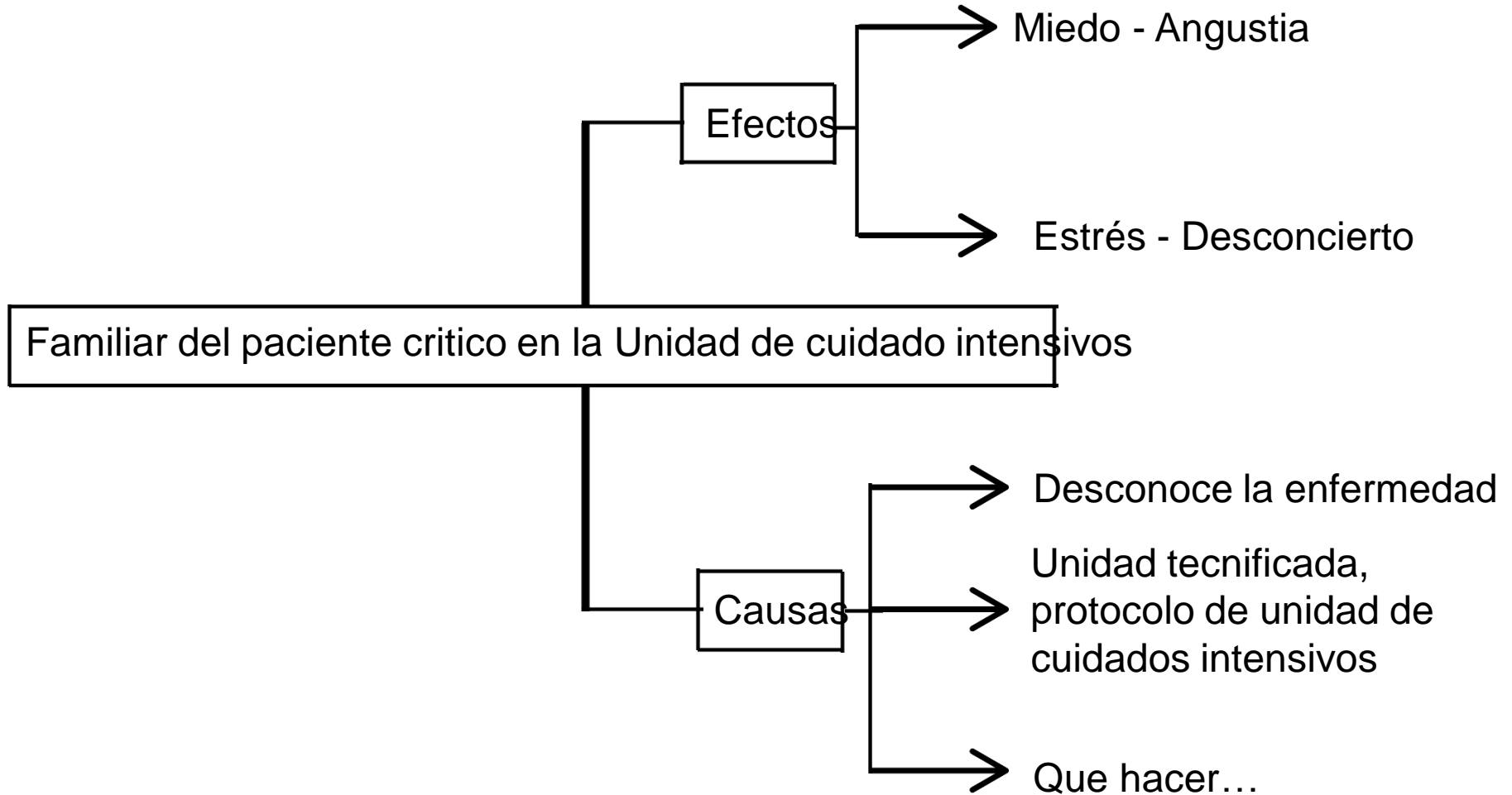
El cuidado no se entiende sin humanización y esto quiere decir que debemos tratar al paciente – familiar como persona única que vive su proceso de enfermedad y como profesionales debemos acercarnos a él, mirarle a los ojos, escucharle, empatizar y comunicarnos...

Un aspecto interesante sería una unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas, estudios dicen que tendría efectos positivos:

- Aspecto físico (cambios en las constantes vitales, aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial...)
- Aspecto emocional (menos ansiedad y temor en el paciente y familiares)

Aspecto social (Se favorece la relación paciente – familiar – equipo de enfermería...)

Situaciones de una familia con un paciente en Unidad de Cuidados Intensivos



Objetivos a la atención de la familia de un paciente en Unidad de Cuidados Intensivos

OBJETIVO



· Tranquilidad en el familiar

· Favorecer que entiendan la situación y su colaboración

FINES



- Seguridad
- Confort
- Tranquilidad
- Adaptación

MEDIOS



- Entender el ambiente de Unidad de Cuidados de intensivos de medios tecnificados, protocolos...
- Ajustes familiares
- Conocimiento de la enfermedad

5. CONCLUSIÓN

Existe mucha evidencia científica sobre la importancia de la participación de las familias del paciente crítico y cuales son las estrategias que pueden contribuir a un gran beneficio para el paciente pero también para el equipo profesional sanitario.

Algún ejemplo:

Mayor comunicación enfermo – familia.

Informe de enfermería al familiar, visitas menos restrictivas...

Las profesionales del cuidado crítico demandan formación para hacer frente a situaciones psicológicas que tienen que afrontar, formarse en habilidades interpersonales de comunicación sobre todo cuando son ellos los que tienen que dar malas noticias.

Aunque es cierto que a lo largo de estos años no se ha podido llevar a cabo lo que hemos visto al campo de la práctica, es cierto, que con mucha lentitud, está teniendo lugar sin que nos demos cuenta

BIBLIOGRAFÍA

1- B Pérez Giraldo

El cuidado de enfermería en familia: un reto para el siglo XXI
Aquichan, 2 (2002); pp 24 – 26

2- MI Parclavila, CG. Vivarb

Necesidades de la familia en las Unidades de Cuidados
Intensivos. Revisión de la literatura.

Enfermería Intensiva, 23 (2012); pp 51-67

<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi> 2011.06.001

3- L Santana – Cabrera, M Sánchez – Palacios, E Hernández –
Medina.

Necesidades de los familiares del paciente de Cuidados
Intensivos: Percepción de los familiares y del profesional.

Medida Intensiva, 31 (2007), pp 273-280

4- Unidad de cuidados intensivos: Estándares y recomendaciones (Internet) Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social 2011 (Consulta el 1 de octubre 2014)

Disponible

<http://www.mssi.gob.es/organización/sns/planCalidadSNS/clocs/Uci.pdf>

5- Llamas/ Sánchez F.Flores/ Cordón J, Acosta Mosquera ME, Gonzalez Vazquez J.Albar Marín MJ, Macías Rodríguez C. En una unidad de cuidados intensivos y su satisfacción con la atención recibida, Enfermedad intensiva. (2009) 20 (2): 50-57

6- Errasti – Ibarra B, tricas – Sara S. La vista flexible en las unidades de cuidadosz intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. Enfermería intensiva 2012 i 23 (4) 179-188

7- Garayalde N; Margal M.A, Bermejillo I, Marco L. Sarrate I
“Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. Enfermería Intensiva, Vol 11, N°3,200, pags 107-117.

8- Pérez M. Carmen, Najarro. Fco Román, Dulce M Ángel Gallardo N, Fernández A “Comunicación: una necesidad para el paciente – familia. Una competencia de Enfermería

9- I. Hidalgo Fabrellas. Velez Perez. E Pueyo Ribas.

¿Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos?

Enfermeria Intensiva, 18 (2007); pp.106-114

10- B Perez – Giraldo

El cuidado de enfermería en familia – un reto para el siglo XXI.

Aquichan 2 (2) (2002); pp 24-26

[GoogleScholar](#)

11- M C Rodriguez – Martinez, F Rodriguez – Morilla, A Roncero – Del pino et al.

Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico.

Enfermería Intensiva, 14 (3) (2003); pp 96-108

[GoogleScholar](#)

12- Teruel Antiller A, Roca Biosca A. **El cuidado de las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos.**

Metas enfermería 2014; 17 (2): 50-56

13- Diana A “La familia y las visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos.

The World of Critical Nursing 2011; 6(1)

14- Zaforteza Lallemand C, Prieto González S, Canet Ferrer Tp, Díaz Lopez Y, Molina Santiago M, Moreno Mulet C, et al.

Mejorando el cuidado a las familias del paciente crítico: estrategias conservadas. Enfermería Intensiva 2010; 21 (1): 11-19

TEMA 33. ÚLCERAS POR PRESIÓN.

**LULIA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
ELISA BLANCO GONZALEZ
NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS
MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES**

ÍNDICE

- **CONCEPTO**
- **CLASIFICACIÓN**
- **FACTORES DE RIESGO**
- **PREVENCION**
- **TRATAMIENTO**
- **BIBLIOGRAFÍA**

CONCEPTO

Las úlceras por presión son heridas que afectan a la piel y los tejidos blandos cuando estos se encuentran comprimidos entre dos planos duros durante un tiempo prolongado. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel y el riesgo es mayor si está recluido en una cama, no puede cambiar de posición o utiliza silla de ruedas. Pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro y pueden constituir un problema serio para las personas en los centros de cuidados especializados.

CLASIFICACIÓN

Grado I: Enrojecimiento cutáneo o eritema que no cambia su coloración en la piel si se deja de ejercer presión. Suele ser indolora y afecta a la epidermis.

Grado II: Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, la dermis o ambas. Pueden existir flictenas o ampollas, tienen aspecto de abrasión o cráter superficial.

Grado III: Pérdida total del grosor de la piel implicando lesión o necrosis en el tejido subcutáneo, denominándose escara. Tiene aspecto de cráter y es dolorosa, afecta a la hipodermis.

Grado IV: Pérdida del grosor completo de la piel con destrucción extensa, aparece tejido necrótico que daña el músculo, hueso o estructuras de sostén. Son lesiones con cavernas o trayectos sinuosos.

FACTORES DE RIESGO

En el desarrollo de las úlceras por presión influyen diferentes factores de riesgo, que pueden clasificarse en intrínsecos y extrínsecos dependiendo de que sean o no propios del paciente.

➤ Factores intrínsecos son los que están directamente relacionados con el paciente:

1. Estado general de salud del paciente
2. Nivel de movilidad del paciente
3. Nivel de hidratación de la piel
4. Edad

- Factores extrínsecos son los que rodean al paciente:
1. Derivados del tratamiento: sondajes, inmovilidad impuesta por el tratamiento...
 2. Situacionales: falta de higiene, arrugas en la ropa, objetos de roce, falta de higiene....
 3. Derivados del entorno: mala utilización del material de prevención, falta de criterios unificados en la planificación de curas...

PREVENCIÓN

Los cuidados para la prevención de las úlceras por presión se basan en disminuir o eliminar la presión, la fricción, cuidar la piel y el estado general del paciente.

❖ Para disminuir o eliminar la presión debemos:

1. Realizar cambios posturales
2. Movilización precoz
3. Atención sobre las superficies de apoyo
4. Vigilancia de sondas y catéteres

❖ Evitar o disminuir la fricción:

1. Aplicar cremas hidratantes sin fricción ni masaje brusco, procurando su completa absorción
2. Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas
3. No se realizarán masajes directamente sobre prominencias óseas o superficies enrojecidas.
4. Para la realización de los cambios posturales no debe arrastrarse al paciente.

❖ Cuidados e higiene de la piel:

1. Esencial la observación y especial atención a aquellas zonas susceptibles.
2. Mantener en todo momento la piel del paciente limpia y seca.

❖ Control del estado general del paciente.

TRATAMIENTO

La primera medida curativa es la prevención. Ante la aparición de una úlcera por presión es fundamental extremar las medidas preventivas además de emplear los tratamientos más adecuados para la curación.

Los objetivos generales en el tratamiento son dos:

- Promover la cicatrización de la herida.
- Evitar la extensión y demás complicaciones de la herida para ellos debemos:

1. Limpiar la herida
2. Eliminar el tejido necrótico
3. Determinar si la úlcera está o no infectada
4. Mantener el nivel óptimo de humedad.
5. Aislar la herida
6. Proporcionar cuidados a la piel perilesional

BIBLIOGRAFÍA

- <https://medlinePlus.gov.spanish.ency>
- <https://vitalia.es/b12m82/ulceras>
- <https://www.news-medical.net>
- <https://www.ulceras.net>
- <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodetalles.asp?idp=283>
- **Grupo nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y heridas crónicas (GNEAUPP)**

TEMA 34. LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO INTEGRAL AL FINAL DE LA VIDA.

**MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ
EVA MARÍA GALENDE SANDÍN
MARÍA ANTONIA ÁLVAREZ COTES
NOELIA ISABEL ÁLVAREZ
CASTELLANOS**

Índice

1. Introducción y Objetivos.

2. Metodología.

3. Resultado.

Cuidados Físicos:

- La Higiene.
- La Alimentación.
- La Eliminación.
- La Movilización.
- El Descanso.

Cuidados Psicológicos:

- Aspectos Espirituales.

4. Conclusión.

5. Bibliografía.

Introducción y Objetivos

La muerte es una parte de nuestra propia existencia. La sociedad vive con el miedo a la muerte, por eso, esta se ha convertido en un tabú. El diagnóstico de una enfermedad terminal inicia un proceso en el paciente que transforma radicalmente el resto de su vida.

En la enfermedad terminal concurren una serie de características:

- Es una enfermedad avanzada, incurable y progresiva.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.
- Los síntomas son intensos, multifactoriales y cambiantes.

- Escasa posibilidad de respuesta a tratamiento específico.
- Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo asistencial.

El objetivo de esta consideración será analizar la importancia de realizar, al paciente terminal, unos cuidados integrales. No solo centrarse en los cuidados físicos, sino también, en sus necesidades psicoafectivas y espirituales. Por ese motivo, veremos la importancia de los cuidados paliativos, ya que estos pueden abarcar todas estas facetas.

Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las principales bases de datos de sanidad: PubMed, Medline, SciELO, Cuiden.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en español.
- Documentos publicados en los últimos 15 años.

Criterios de exclusión:

- Documentos publicados en idiomas distintos al español.

Palabras clave:

- Cuidados paliativos, enfermedad terminal, calidad de vida, personal sanitario.

Resultado

Aceptar el fin de nuestra existencia es un proceso complejo. La manera como el paciente afronte esta etapa de la vida va a depender de los cuidados integrales que reciba.

Cuando se considera que ya no existe un tratamiento para curar la enfermedad de un paciente, se busca un tratamiento para mantener o mejorar las condiciones de vida de la persona. Se comenzará entonces con los cuidados paliativos. La OMS define los cuidados paliativos como “el enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes

para la vida a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana, la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”.

Durante su estancia en el hospital, los pacientes terminales, deben percibir un ambiente profesional que les transmita, no solo bienestar y confort, sino también seguridad. Por ese motivo, nuestro objetivo será esforzarnos al máximo en el cuidado de estos pacientes.

Pondremos el foco en la calidad de vida y en su comodidad, aliviaremos el dolor y los síntomas, fomentaremos la autonomía, apoyaremos a la familia y respetaremos sus necesidades espirituales.

En esta consideración analizaremos los cuidados generales del enfermo terminal, tanto físicos como psicológicos.

CUIDADOS FÍSICOS

La Higiene

La Alimentación

La Eliminación

La movilización

El Descanso

La Higiene

- El aseo del paciente puede ser en la ducha, si tiene cierto grado de independencia, o en la cama, si esta inmovilizado.
- Debemos motivar al paciente para que cuide su aspecto, porque el aseo le va a proporcionar bienestar físico y mental.
- Estimula la circulación sanguínea y da la posibilidad de hacer ejercicios.
- Comenzaremos el aseo explicándole el procedimiento que se le va a realizar.
- Respetaremos su intimidad y utilizaremos cortinas y estores o toallas y sabanas, para taparle, si esta encamado.

- Durante el aseo garantizaremos su seguridad.
- Si no hay contraindicaciones, movilizaremos todas las partes del cuerpo mientras le aseamos.
- Aprovecharemos para comprobar que la piel está intacta.
- Después de secar cuidadosamente la piel, aplicaremos crema hidratante mediante un suave masaje evitando las zonas edematosas.

- **Cuidados de la boca:**

- Utilizar un cepillo suave.
- Mantener la mucosa y los labios húmedos e intactos.
- Si el paciente esta en estado terminal, enroscaremos el dedo en una gasa con antiséptico para limpiar la cavidad bucal.
- Si hay que desbridar, ablandaremos la suciedad enjuagando la boca con una solución con una parte de agua oxigenada y tres partes de bicarbonato.

- **Cuidado de los ojos:**
- Se limpian por separado, empezando del interior al exterior, con una gasa para cada ojo y suero fisiológico.
- **Cuidado de los pies:**
- Las uñas y los dedos del paciente tienen que estar bien limpios y secos.
- Observar el estado de la piel e hidratar si tiene grietas.
- Cortar las uñas rectas.

Alimentación

- En la enfermedad terminal se pierde interés por la comida, por este motivo, no debemos forzar al enfermo a comer. La idea es, que la persona coma lo que quiera cuando quiera. Comerá con flexibilidad horaria lo que le apetezca y en poca cantidad.
- Las dietas semiblandas o blandas se toleran mejor.
- Que la comida este caliente y presentada de forma agradable.
- Respetaremos los gustos del paciente.
- Procurar que este correctamente hidratado.
- Utilizar platos y cubiertos adaptados para el enfermo.

- Si el paciente esta en fase de agonía, se limita la dieta, a pequeñas cantidades de líquidos y cuidados de la boca.

Eliminación

- Colocar al paciente en posición cómoda y con intimidad si el paciente no necesita pañal y puede eliminar por si solo.
- Si necesita pañal, cambiárselo siempre que sea necesario para mantener la integridad de la piel y evitar maceraciones.
- No dejar que pasen mas de tres o cuatro días desde la ultima deposición.
- Controlaremos la cantidad de la diuresis.

Mobilización

- Si el paciente esta encamado, evitaremos arrastrarle en las movilizaciones. No haremos movimientos bruscos. Dejarlo en una posición cómoda, para que no tenga dolor y con sistemas de protección, como almohadas y taloneras, para evitar las úlceras por presión.
- Si el paciente tiene dolor, aplicar medidas que lo puedan aliviar como masajes, ejercicios de relajación, frio o calor.
- Si el paciente es autónomo, le proporcionaremos el calzado adecuado, para evitar caídas y que pueda dar paseos cortos. Cuanta mayor autonomía tenga el paciente mas autoestima tendrá. Por ese motivo tenemos que estimular la movilización.

Descanso

- A la hora del sueño procurar que el paciente se encuentre cómodo en la cama, evitando molestarle innecesariamente durante el sueño.
- Limitar el sueño al periodo nocturno, si es posible.
- Evitar ruidos, controlar que la temperatura sea confortable y apagar luces, estas medidas favorecen el descanso del enfermo.

CUIDADOS PSICOLÓGICOS

Aspectos Espirituales

Tenemos al alcance medios para atenuar el dolor físico, pero existe otro dolor, el psicológico, que aparece cuando se diagnostica una enfermedad terminal.

Los profesionales sanitarios, tendremos que acompañar al paciente en este inevitable proceso de adaptación, ya que hay evidencia del sufrimiento que afrontan estas personas al final de la vida.

No solamente procuraremos darle al enfermo terminal cuidados como, una buena higiene, alimentación, descanso etc. Es vital no olvidar la importancia que tiene la comunicación en los cuidados. A veces la herramienta más importante son la escucha y las palabras.

Nos comunicamos con el paciente y con su familia, no solo para informarles sobre como realizar un determinado tipo de cuidado, sino también, para comprender cuales son sus preocupaciones, sus temores, sus valores y creencias, sus preferencias y deseos.

La psicóloga Kubler-Ross estudio cinco etapas por las que puede pasar la persona que sufre una enfermedad terminal:

- Negación.
- Ira.
- Negociación.
- Depresión.
- Aceptación.

Como profesionales sanitarios debemos facilitar la despedida , podemos disminuir la angustia y el sufrimiento psicológico del paciente y de su familia de varias maneras:

- Permaneceremos con la persona todo el tiempo que necesite.
- Ser empáticos y mantener una escucha activa permitirá que el paciente exprese lo que siente.
- Si no sabemos que decir, es mejor permanecer en silencio, antes que decir frases que no consuelen.
- Nunca proporcionar falsas esperanzas.

- Mantener, con el paciente, una comunicación no verbal con nuestra cercanía física y contacto visual.
- Permitir que la familia acompañe al paciente todo el tiempo que quiera.
- Informaremos a la familia de los servicios que le puedan hacer la estancia mas cómoda en el hospital.
- Remitirles al médico, si quieren información sobre el estado de su familiar.

Acompañar al paciente terminal en el proceso hacia la muerte, el acercamiento al paciente y su familia, facilitan la despedida .

Aspectos Espirituales

El personal sanitario no debe olvidar la dimensión espiritual de la persona. La espiritualidad no se encuentra forzosamente vinculada a la religión. Según la OMS la necesidad espiritual abarca los aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales. Está vinculado al propósito de la vida y a la necesidad de perdón al final de la vida. A la reconciliación o afirmación de los valores.

Necesidades espirituales en la enfermedad:

- Ser reconocido como persona.
- Releer la vida.
- Encontrar sentido a la existencia.

- Reconciliarse, perdonarse, liberarse de la culpa.
- Continuidad.
- Auténtica esperanza.

El sufrimiento espiritual aparece por la pérdida de significado y sentido de la vida, de la esperanza. Los profesionales no podemos imponer, alterar o influir en la espiritualidad del paciente. Debemos estar dispuestos a escuchar activamente, demostrar empatía y capacidad de acompañar en el sufrimiento. Teniendo siempre presente la repercusión que la espiritualidad puede tener en el bienestar del enfermo.

Conclusión

Buscar y proporcionar alivio al malestar físico de un paciente es tan importante como curar.

En el trato que dispensemos, al enfermo terminal, en estos duros momentos los profesionales sanitarios, será clave a la hora de afrontar esta etapa de la mejor manera. Tenemos un papel muy importante, facilitando con nuestros cuidados, bienestar físico. También bienestar emocional, con nuestra compañía, nuestra dedicación y escucha activa.

Recibir una atención adecuada al final de la vida es un derecho de la persona. De ahí la importancia, de que los profesionales sanitarios, estemos preparados para dispensar una atención de calidad.

Bibliografía

1. Miguel Burgos A, Muñoz Simarro D, Enfermería y el paciente en situación terminal. Enfer. Glob. 2009; no. 16
2. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y consumo. Madrid, 1993
3. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible en:<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Acceso marzo 2007].

4. Pascual López A, et al, expertos. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo Centro de Publicaciones Paseo del Prado, 18; 2007. p 31 Disponible en:
<http://www.aepcp.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>
5. Buisan R, Delgado J.C. El cuidado del paciente terminal. An. Sist. Sanit. Navar. 2007 Vol. 30, Suplemento 3
6. Barrera Tello V, Manero Brito R. Aspectos Psicológicos en el Servicio de Cuidados Paliativos. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2007; vol.12,num.2: 343-357

TEMA 35. PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.

**PILAR FLORENTINA GARCÍA SUÁREZ
MARÍA OLGA SOLÍS VILLA
ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ
NATALIA PÉREZ COTO**

ÍNDICE

- **1. INTRODUCCIÓN**
- **2. METODOLOGÍA**
- **3. OBJETIVOS**
- **4. RESULTADOS**
- **5. CONCLUSIÓN**
- **6. BIBLIOGRAFÍA**

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones nosocomiales son aquellas que se adquieren durante la hospitalización, que no estaban presentes ni se encontraban en período de incubación en el momento del ingreso. Se pueden manifestar mientras está ingresado o después de ser dado de alta.

2. METODOLOGÍA

Se utilizaron buscadores de Ciencias de la Salud como: SciELO, Google Académico, PubMed español, Dialnet

Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión de artículos científicos:

- . Temática sobre infecciones nosocomiales.
- . Texto completo y gratuito en idioma español.
- . Sin restricción en año.

Criterios de exclusión:

- . Texto en idioma distinto del español.
- . Restricción en año.

Palabras clave: nosocomial, infecciones nosocomiales.

3. OBJETIVOS

- 1. INFECCIONES NOSOCOMIALES MÁS FRECUENTES.**
- 2. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL.**
- 3. EVITAR QUE LA INFECCIÓN ESTABLECIDA PROGRESE HASTA LA SEPTICEMIA Y EL SHOCK SÉPTICO.**

4. RESULTADOS

1.-INFECCIONES NOSOCOMIALES MÁS FRECUENTES.

1.Infecciones urinarias.

2.Infecciones de las heridas quirúrgicas.

3.Infecciones de las vías aéreas inferiores.

4.Bacteriemia.

2.-PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES.

En infecciones urinarias:

- .- Limitar el período de uso de la sonda.
- .- Técnica aséptica en la inserción.
- .- Mantenimiento de un tubo de drenaje.

En infecciones de heridas quirúrgicas:

- .- Técnica quirúrgica.
- .- Limpieza del ambiente del quirófano.
- .- Ropa del personal.
- .- Limitación de la etapa preoperatorio en el hospital.
- .- Ducha preoperatoria y preparación de la piel local del paciente.

En neumonía:

-Relacionada con el uso de del respirador:

- .Intubación y succión asépticas.
- .Limitación del período de uso del respirador.
- .Respiración mecánica no invasiva.

-Otros:

- .Vacunación del personal contra la influenza.
- .Normas sobre aislamiento.
- .Agua estéril para el tratamiento con oxígeno y aerosol.
- .Prevención de la legionela y Aspergillus durante cualquier renovación.

Bacteriemia en infecciones relacionadas con el uso de dispositivos vasculares:

- Todos los catéteres:

- . Sistema cerrado.
- . Limitación de período de uso.
- . Preparación de la piel local.
- . Técnica aséptica en la inserción.
- . Retirar si se sospecha que hay infección.

- Catéteres centrales:

- . Asepsia quirúrgica para inserción.
- . Limitación de la frecuencia del cambio de vendaje.
- . Catéter con revestimiento antibiótico para uso al corto plazo.

3.- EVITAR QUE LA INFECCIÓN ESTABLECIDA PROGRESE HASTA LA SEPTICEMIA Y EL SHOCK SÉPTICO.

.Mantener la puerta de la habitación cerrada especificando el tipo de aislamiento.

.Dentro de la habitación dejar el material necesario como termómetro, tensiómetro...

.Dejar una bolsa dentro de la habitación para retirar desperdicios, batas, guantes del personal sanitario.

.La limpieza y desinfección debe ser escrupulosa.

.Realizar un adecuado lavado de manos antes y después de entrar en la habitación.

.Usar prendas de barrera adecuadas al tipo de aislamiento.

.Aconsejar al paciente una correcta higiene. En el caso de no ser válido, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería realizará esta tarea.

.Educar a las visitas para que sigan las normas de seguridad e higiene descritas.

5. CONCLUSIONES

Las infecciones nosocomiales constituyen un importante problema en la atención hospitalaria y se debe trabajar para optimizar la intervención intensiva a nuestros pacientes y actuar sobre sus factores de riesgo.

Unas medidas de prevención adecuadas, sobre todo en aquellos factores modificables, reducirán la incidencia de infecciones nosocomiales y, con ello, no solo la morbilidad y mortalidad, sino los costes que se generen, tanto si estos se calculan mediante la prolongación de la estancia o mediante los costes variables.

6. BIBLIOGRAFÍA

.Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España. EPINE 1990-2011.

.Martínez MA, Mensa J. Infección urinaria en la comunidad urinaria en la comunidad asociada a catéteres urinarios. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23: 57-66.

.Díaz E, Lorente L, Valles J, Rello J. Neumonía asociada a la ventilación mecánica. *Med Intensiva* 2010; 34: 318-24.

.Díaz E, Martín-Loeches I, Vallés J. Neumonía nosocomial. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2013; 31(10): 692-698.

**TEMA 36. ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES
CRÓNICOS POLIMEDICADOS EN UN
CENTRO DE SALUD RURAL.**

**ERIKA BONILLA ARENA
DEBORA BONILLA ARENA**

ÍNDICE

- RESUMEN
- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
 - Principal
 - Específicos
- MATERIAL Y MÉTODOS: Criterios de inclusión, Variables de estudio, Consideraciones éticas.
- RESULTADOS
- DISCUSIÓN
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

En el último tercio del siglo XX, se produce en los países desarrollados una revolución demográfica que se traduce en una elevada proporción de personas de mayor edad. Todo ello tiene como consecuencia el aumento de la cronicidad, la patología y el consumo de fármacos, con riesgos para los pacientes, falta de adherencia, interacciones medicamentosas, aumento del riesgo de hospitalización, caídas en ancianos, aumento de morbilidad y mortalidad y para el sistema sanitario, con un aumento del gasto sanitario.

Se decide realizar un estudio sobre adherencia al tratamiento de los pacientes polimedcados en un centro de salud rural.

OBJETIVO GENERAL: Conocer la adherencia al tratamiento de los paciente crónicos polimedificados en el centro de salud rural de Panes (Asturias).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal de pacientes crónicos polimedificados que acuden a la consulta de seguimiento enfermera. Las variables de estudio son cuantitativas y cualitativas y para el tratamiento estadístico se ha utilizado el programa Minitab Versión 15, así como hoja de Cálculo Excell.

RESULTADOS:

Población de estudio 60 pacientes, media de edad 73. El 76% se encarga el propio paciente de prepararla, el 56% confía en su memoria, el 53% la prepara en el momento de tomarla, y el 68 % no usa pastillero.

CONCLUSIONES:

Tres cuartas partes de la población de estudio se encargan de preparar la medicación por ellos mismos, más de la mitad confían en su memoria, la preparan en el momento de tomarla, y no usan pastillero.

PALABRAS CLAVE: cumplimiento y adherencia al tratamiento, polifarmacia, medio rural, tratamiento farmacológico, Enfermería Primaria.

INTRODUCCIÓN

- En el último tercio del siglo XX, se produce en los países desarrollados revolución demográfica propiciada por la caída de la natalidad, los avances sanitarios, el mejor control de las enfermedades y los evidentes progresos sociales, lo que se traduce en una mejor calidad de vida de la población. La consecuencia es una elevada proporción de personas de mayor edad y un paralelo incremento de la esperanza de vida¹.
- El vertiginoso envejecimiento de la población ha modificado drásticamente el escenario de la atención sanitaria y social, originando una geriatrización de la medicina, entendida como el aumento del consumo de recursos sanitarios originado por el sector integrado por la población incluida en tercera edad, responsable del 40-50% del gasto sanitario en nuestro país, del 30-40% del consumo total de fármacos y del 75% del total de los tratamientos de carácter crónico¹.

En Asturias, las enfermedades crónicas alcanzan ya una prevalencia del 32% en Asturias². Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.

Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes³.

El aumento de la cronicidad y pluripatología ha supuesto un importante incremento tanto del consumo de fármacos como de la prevalencia de personas polimedicadas, y en consecuencia, la aparición de una serie de riesgos tanto para el sistema sanitario como para los pacientes².

Se entiende por polimedicación en términos cualitativos, el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que los criterios cuantitativos establecen un límite en el número de fármacos empleados^{4,5}.

No existe consenso en la definición de la misma, pudiendo variar la cifra desde “5 o más medicamentos prescritos” hasta “10 o más medicamentos prescritos”^{4,5}.

Rollason y Vogt distinguen tres posibles situaciones⁶:

- Polimedicación adecuada cuando el paciente toma muchos fármacos, pero todos ellos tienen indicación clínica. El objetivo en este caso no es reducir la polimedicación, sino mejorar la adecuación terapéutica.
- Polimedicación inadecuada, cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios. El objetivo en este caso es, reducir al máximo posible el número de fármacos inapropiados.
- Pseudopolimedicación, que sería el caso del paciente en cuyo historial están registrados más fármacos de los que realmente toma. El objetivo es entonces, actualizar los registros y coordinar adecuadamente la atención clínica entre los distintos profesionales y niveles asistenciales involucrados.

Los efectos y consecuencias de la polimedicación son casi siempre graves. Por un lado, la adherencia terapéutica decae con la complejidad del régimen terapéutico, y cuanto mayor es el número de medicamentos prescritos. Los efectos adversos y las interacciones medicamentosas también aumentan con el número de medicamentos en el tratamiento⁵. En Atención Primaria la estimación en el estudio APEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud) es que el 48,2% de los efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria están causados por la medicación, y que el 59,1% eran prevenibles⁷.

Todos estos factores y sus consecuencias directas, podrían ser responsables de un aumento del riesgo de ser hospitalizado, de sufrir caídas en los ancianos, de aumentar la morbilidad, e incluso, la mortalidad^{8,9,10,11,12}.

La estrategia promovida por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de mejorar la atención a los pacientes crónicos y polimedicados, tiene como objetivo principal, implantar «procedimientos de control de la calidad de la prestación farmacéutica, que establezcan modelos de relación entre los profesionales sanitarios, para abordar un adecuado control que contribuya a conseguir la efectividad y la seguridad de los tratamientos con fármacos, que reciben estos pacientes, mejorando tanto la calidad asistencial como la eficiencia en el uso de los recursos»¹³.

Existen diversos procedimientos que contribuyen a coordinar y conciliar la medicación que toman los pacientes, como la revisión de la medicación, entendiendo ésta como un examen estructurado y crítico de la medicación que toma un paciente, con el objeto de llegar a un acuerdo con él acerca de su tratamiento, optimizando el efecto de la medicación, minimizando el número de problemas asociados a ésta y reduciendo su malgasto¹⁴.

Además, una de las líneas estratégicas clave del Plan de Salud es la revisión del tratamiento farmacológico, según el cual ha de ser con una periodicidad mínima anual de acuerdo con la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento¹⁵.

Por todo ello y dada la elevada prevalencia de pacientes crónicos y polimedicación, con todos los riesgos que conlleva para los pacientes, así como el gasto sanitario, se decide realizar un estudio sobre adherencia al tratamiento de los pacientes polimedicados en un centro de salud rural.

OBJETIVOS

- Objetivo principal:

Conocer la adherencia al tratamiento de los paciente crónicos polimedicados en el centro de salud rural de Panes (Asturias).

- Objetivos específicos:

- Conocer el método de preparación de la medicación prescrita.
- Averiguar el responsable último de la preparación y comprobación de la medicación a tomar.
- Estudiar la frecuencia de preparación de la medicación.
- Comprobar el grado de implantación del pastillero.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio descriptivo transversal de los pacientes crónicos polimedicados que acuden a la consulta de seguimiento enfermera en el Centro de Salud de Panes.
- Criterios de inclusión:
 - Paciente con diagnóstico de patología crónica.
 - Tener prescrito más de 5 fármacos de forma crónica (más de 5 según el criterio de polimedicados del Principado de Asturias).
 - Acudir a la consulta de seguimiento enfermera en el periodo entre el 1 de Marzo de 2018 y el 30 de Mayo de 2018).
 - Aceptar verbalmente la participación en el estudio.

- Variables del estudio:
- Cuantitativas:
 - Independientes: Edad
 - Dependientes: n^o enfermedades crónicas, n^o medicamentos activos, n^o medicamentos tomados correctamente, % medicamentos tomados correctamente.
- Cualitativas: sexo, receta electrónica, quién prepara la medicación, si utiliza pastillero, con qué frecuencia realiza la preparación de la medicación a tomar.
- Para el tratamiento estadístico de los datos, tanto variables cuantitativas como cualitativas, se ha utilizado el programa estadístico Minitab Versión 15, así como hoja de Cálculo Excell.
- Se analiza la estadística descriptiva de las variables de estudio (media, moda, desviación estándar (STD) y porcentajes).

- **Consideraciones éticas:**
- Los pacientes y profesionales serán informados de forma oral sobre el contenido y características de estudio, siendo necesario que acepten su participación en el mismo.
- Asimismo, serán informados de que podrán retirarse del estudio en cualquier momento.
- Garantizaremos la privacidad y confidencialidad de los datos, según marca la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Todo ello tal y como preceptúa la actual Ley 41/2002 de Autonomía, por lo cual, aceptan el Consentimiento Informado.

RESULTADOS

- La población de estudio es de 60 pacientes.
- El 55% de la población estudiada son hombres, mientras que el 45% son mujeres. La media de edad es de 73,2 con una desviación estándar de 10,5.
- El 98,3 % tienen receta electrónica.
- La media del número de enfermedades crónicas es de 3,7 con una desviación estándar de 1,3.
- En cuanto a la persona que se encarga de preparar la medicación, en el 76,7 % de los casos se encarga el propio paciente, el 8,3 % el cónyuge, el 10% la hija o el hijo, el 1,7 % el cuidador o la cuidadora, y el 3,3% otras personas distintas a las ya mencionadas.

RESULTADOS

- Respecto a la forma en que comprueban la medicación que tienen que tomar, 56,7% confía en su memoria, el 20% a través de la receta electrónica, el 15% a través de escrituras en la caja de medicamentos, el 6,6% elabora una hoja por si mismo, y el 1,7 % a través de un familiar.
- En cuanto a la frecuencia de preparación de la medicación, el 53,3% la prepara al momento de realizar la toma, el 20% diariamente, el 25% semanalmente y el 1,7% mensualmente.
- El 68,3% no utiliza pastillero.

- Distribución por sexos

SEXO	FR.	%	% Acum.
Varón	33	55,0	55,0
Mujer	27	45,0	100,0

- Media de edad

EDAD	Media	Desv.Est	Mediana
Años	73,2	10,5	74,5

- Implantación de receta electrónica

Receta electrónica	FR.	%	% Acum.
Si	59	98,3	98,3
No	1	1,7	100,0

-Número de enfermedades crónicas de los pacientes de estudio

	Media	Desv.Est	Mediana
	3,7	1,3	4

- Persona que prepara la medicación

	FR.	%	% Acum.
Para cada toma	32	53,3	53,3
Diariamente	12	20,0	73,3
Semanalmente	15	25,0	98,4
Mensualmente	1	1,7	100,0

- Uso de pastillero

Uso de pastillero	FR.	%	% Acum.
Si	19	31,7	31,7
No	41	68,3	100,0

- -Cómo comprueba lo que tiene que tomar

	FR.	%	% Acum.
Receta	12	20,0	20,0
Memoria	34	56,7	76,7
Familiar	1	1,7	78,3
Hoja propia	4	6,6	85,0
Escrito en la caja	9	15,0	100,0

- Cada cuanto prepara la medicación

	FR.	%	% Acum.
Para cada toma	32	53,3	53,3
Diariamente	12	20,0	73,3
Semanalmente	15	25,0	98,4
Mensualmente	1	1,7	100,0

DISCUSIÓN

Se observa que la media de edad de la población estudiada es alta, parece coherente al tratarse de población polimedificada con diagnóstico de enfermedades crónicas, lo cual coincide con diversos estudios sobre el paciente crónico complejo ^{16,17,18}.

La mayoría de los pacientes preparan la medicación y como confían en su memoria. Un estudio sobre la utilidad del pastillero en la mejora de la adherencia terapéutica realizado en España en pacientes polimedificados mayores de 70 años con manejo inefectivo del regimen terapéutico, concluye que la tendencia es positiva hacia la mejora de la adherencia, aunque no existe significación estadística¹⁹.

Por un lado, es positivo que los pacientes asuman el control de su medicación, lo cual, puede manifestar un claro interés por un buen autocuidado y por elegir ser un paciente activo en su proceso de enfermedad; sin embargo, el confiar en la memoria aumenta el riesgo de errores en la toma de medicación, como así puso en evidencia el estudio APEAS de Atención Primaria⁷.

Actualmente, con el uso de medicamentos genéricos las farmacia están dispensando el medicamento con etiquetados distintos, lo que hace que tanto la caja, la coloración, el formato, cambien, si bien el principio activo no cambia.

Esta situación unido a las conclusiones anteriores produce un incremento del riesgo de errores en la toma de medicación, lo cual, se puede corresponder con el estudio APEAS, donde se pone de manifiesto que el 20,2 % de los factores de error relacionados con la medicación (48,2%) están relacionados con errores en la preparación y toma del medicamento⁷.

Además de todo es todo, es conocido que las personas mayores de 65 años presentan una demanda asistencial en atención primaria 3 veces superior a la media de la población²⁰ y consumen más del 30% de los medicamentos que se prescriben, generando el 75% del gasto farmacéutico^{21,22}

Los estudios estiman una prevalencia de polimedicados en torno al 30-40 % de la población ²³.

La prevalencia encontrada en estudios internacionales es variable y se debe tener en cuenta las características de los distintos sistemas de salud en cuanto a financiación del consumo farmacéutico.

Así, en Estados Unidos se analiza la suma de los medicamentos financiados y los no financiados con una prevalencia del 40% ²⁴.

En Asia, al estudiar a pacientes taiwaneses frágiles mayores de 50 años, la prevalencia alcanzada fue del 31%, y se argumenta que el desarrollo de un Sistema de Atención Primaria Universal disminuiría dicha prevalencia ⁷.

En Europa, en un estudio sueco sobre pacientes mayores de 77 años, se obtiene una prevalencia del 42,2% ²⁵.

Es importante por tanto que desde la consulta enfermera se realice una Educación Sanitaria adecuada, para que el paciente tenga las herramientas necesarias para llevar a cabo su autocuidado de forma activa, así como realizar el seguimiento de los pacientes polimedicados, comprobando la adherencia y revisando la medicación que están tomando.

Entre las medidas de mejora, según la bibliografía, se pueden destacar los Programas de Atención a Pacientes Polimedicados, cuyos objetivos son:

- Fomentar el uso correcto de los medicamentos para incrementar la eficiencia y la seguridad de los tratamientos.
- La coordinación entre los profesionales del centro de salud y las oficinas de farmacia para realizar actividades de seguimiento y de ayuda al cumplimiento terapéutico.
- La revisión sistemática del tratamiento reduciendo los grupos de escaso valor terapéutico y evitando los medicamentos potencialmente inadecuados, analizando interacciones y efectos adversos, etc.; sistemas personalizados de dosificación (SPD), herramienta para mejorar la adherencia terapéutica.

- Formación a los profesionales de atención primaria, hospitalaria y de farmacia mediante cursos de actualización terapéutica y de atención farmacéutica a las personas mayores.
- Educación sanitaria dirigida al paciente, para incrementar el conocimiento y mejorar las actitudes respecto al manejo de su medicación ^{26,27,28}.

Debido a todo lo expuesto, es imprescindible remarcar la necesidad de que los profesionales sanitarios realicen la conciliación/ revisión de la medicación al tratamiento para mejorar la efectividad al tratamiento; entendiendo como conciliación de la medicación un proceso formal y protocolizado que consiste en comparar sistemáticamente la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita tras una transición asistencial o traslado dentro del mismo ámbito asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas, documentar los cambios y comunicarlos y por revisión de la medicación un examen crítico y estructurado del régimen terapéutico del paciente, que tiene que estar consensuado con él, con la finalidad de optimizar el impacto de la medicación, reducir los problemas relacionados con la medicación, simplificar la pauta y maximizar la eficiencia²⁹.

Un método para contribuir a disminuir los errores y evitar la preparación a través de la memoria, podría ser el que está llevando a cabo en algunas farmacias, que consiste en un método unidosis de preparación mensual, donde el farmacéutico según la receta electrónica prepara el sistema de unidosis etiquetado con fecha y horario, para que el paciente no tenga que prepararlo por su cuenta y lo pueda tomar directamente.

Este sistema también evita errores debidos a los cambios de etiquetado y modelaje de los medicamentos genéricos en función del laboratorio que los fabrica y con ello, la duplicidad de dosis. Esto concuerda con los resultados obtenidos en un estudio donde se concluye que los sistemas de dispensación personalizados (SPD) han resultado efectivos en la mejora de resultados clínicos de los pacientes ³⁰.

Por otro lado, se han de tener en cuenta una serie de consideraciones para optimizar la prescripción del paciente polimedicado ¹³:

- Realizar una prescripción razonada (diagnóstico preciso y terapéutico claro).
- Considerar tratamientos no farmacológicos.
- Revisar periódicamente la medicación (incluyendo plantas medicinales, medicamentos sin receta y suplementos dietéticos).
- Interrumpir terapias innecesarias.
- Considerar como posible Evento Adverso a Medicamento cualquier nuevo síntoma (caídas, confusión, incontinencia urinaria, cambios de comportamiento, depresión...).

- Sustituir por alternativas más seguras.
- Usar dosis recomendadas en ancianos(fórmulas de aclaramiento renal).
- Monitorizar fármacos problemáticos (iones en tratamiento con diuréticos, IECA/ARA II).
- Promover la adherencia al tratamiento.

Para mejorar la adherencia al tratamiento y el manejo eficaz por parte del paciente, también es importante la coordinación por parte del Médico de Atención Primaria, ya que la intervención de múltiples prescriptores provoca en ocasiones la duplicación de tratamientos, motivo por el cual, el médico de familia debe ser el que coordine toda la medicación que toma el paciente ¹³.

Hay estudios que demuestran la falta de información para el seguimiento de los pacientes y desacuerdos en la selección de fármacos entre los médicos de familia y los hospitalarios³¹.

La mayoría de los autores recomiendan la elaboración conjunta entre los médicos de Atención Primaria y Especializada de protocolos consensuados, guías de práctica clínica, formularios y actividades de formación continuada ^{32,33}.

También se recomienda la creación de comisiones formadas por profesionales de los dos niveles asistenciales para consensuar los tratamientos de las enfermedades más prevalentes ¹³.

La creación de comisiones formadas por profesionales de los dos niveles asistenciales (Primaria y Especializada) permitiría consensuar los tratamientos de las enfermedades más prevalentes, pudiendo ponerse de acuerdo, evitar duplicidades y errores en la toma de medicación de los pacientes ¹³.

En nuestro estudio se observa una alta implantación de la receta electrónica, lo cual resulta un dato positivo, en cuanto a que hay estudios que demuestran que la implantación de la receta electrónica reduce los errores de prescripción y mejora la asistencia al paciente ³⁴.

El contacto directo y las reuniones periódicas entre los profesionales de los equipos de Atención Primaria y los Farmacéuticos Comunitarios permitirían establecer la comunicación y aunar criterios de atención¹³. (IT del Sistema Nacional de Salud, 2009).

Un elemento importante en el proceso de coordinación y conciliación de la medicación lo constituyen las hojas de tratamiento que ayudan en el domicilio a evitar errores, en la farmacia permiten prestar los servicios de seguimiento farmacoterapéutico con mayor seguridad, en consulta médica permiten conocer la medicación que toma el paciente para adaptar mejor las posibles prescripciones que se indicasen y en la consulta enfermera se permite revisar fácilmente los cambios y ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento ¹³. (IT del Sistema Nacional de Salud, 2009).

- Otra estrategia consiste en promover que la prescripción figure en los informes clínicos generados en los dos niveles asistenciales como principio activo, para disminuir los posibles errores en la interpretación y la duplicidad ¹³. (IT del Sistema Nacional de Salud, 2009).
- Es importante fomentar una mayor participación de los pacientes y los cuidadores, tanto en el diseño como en la prestación de los programas de revisión de la medicación, permitiendo una toma de decisiones compartida en relación con la medicación con el objetivo de mejorar la adherencia terapéutica ³⁵. (Clyne W, Blenkinsopp A, Seal R, 2008).
-
- En definitiva, la mejora de la adherencia al tratamiento de los pacientes crónicos polimedicados precisa de una coordinación por parte del equipo multidisciplinar y el propio paciente, donde cada uno tiene sus competencias¹³ :

- **Médico de Atención Primaria:** Coordinando y controlando el conjunto de medicamentos prescritos.
- **Geriatras, Médicos de Urgencias y de segundo nivel asistencial:** Proporcionando instrucciones claras respecto al tratamiento pautado y teniendo en cuenta todos los medicamentos que el paciente está tomando.
- **Farmacéuticos:** Mediante procesos de revisión del tratamiento, seguimiento farmacoterapéutico, dispensación activa e información y educación en el medicamento dirigidos a los pacientes y al resto de los profesionales.

- ○ **Enfermería:** Mediante tareas de educación para la salud, instruyendo sobre la administración y detectado discrepancias y distintos problemas relacionados con el tratamiento.
- ○ **Trabajador social:** Estableciendo un diagnóstico y plan de intervención social que ayude a un mejor cumplimiento terapéutico y a evitar problemas con el tratamiento pautado.
- **Auxiliares de ayuda a domicilio y cuidadores:** Encargándose de preparar y administrar la medicación al paciente.
- ○ **El paciente:** Implicándose en la medida de lo posible en su tratamiento y en sus procesos de enfermedad.
- El presente estudio puede ser útil e interesante como primera línea de investigación pero se hace imprescindible realizar estudios más amplios con tamaños muestrales mayores que aporten mayor conocimiento sobre las variables de estudio.

CONCLUSIONES

- - Altísima implantación de la receta electrónica en el Centro de Salud.
- - La población de estudio mayoritariamente se mueve entre 3 y 4,5 enfermedades crónicas por paciente.
- - Tres de cada cuatro de los pacientes estudiados preparan la medicación ellos mismos, le sigue en mucha distancia el cónyuge y los hijos.
- - Más de la mitad de los pacientes confían en su memoria para preparar la medicación y la preparan antes de cada toma.
- - Casi tres cuartas partes de los pacientes estudiados no utilizan pastillero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Núñez Montenegro AJ. Adherencia al tratamiento, errores de medicación y adecuación de la prescripción en pacientes polimedicados mayores de 65 años. Publicaciones y divulgación científica. Universidad de Málaga. 2014.
2. Directrices para un Plan Integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos. Consejo Asesor de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. 2014. [Acceso 26 Diciembre 2018]. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Consejo%20Asesor/Informe%20Cronicidad.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

4. Fialová D, Topinková E, Gambassi G et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. JAMA 2005;293:1348-1358.

•

• 2. 5. Villafaina Barroso, A. Gavilán Moral, E. Pacientes polimedificados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Rev Ter Sist Nac Salud* 2011; 35: 114-123.

•

• 3. 6. Rollason V, Vot N. Reduction of polypharmacy in the elderly. A systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging* 2003;20:817-832.

•

• 4. 7. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

8. Klarin I, Wimo A, Fastbom J. The association of inappropriate drug use with hospitalisation and mortality. *Drugs Aging*.2005;22:69-82.

•

2. 9. Suelves JM, Martínez V, Medina A. Lesiones por caídas y factores asociados en personas mayores de Cataluña, España. *Rev Panam Salud Publica*2010;27:37-42.

•

• 10. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging*.2009;26:1039-1048.

11. Guía de recomendaciones para la atención de los pacientes polimedicados (GRAPP). Conselleria de Salut y Consum Govern de les Illes Balears. 2010. [Acceso 27 Diciembre 2018]. Disponible en:

- http://www.elcomprimido.com/PROTOCOLOS_SUPRASECTORIALES/pdf/GUIA%20POLIMEDICADOS_cast.pdf
- 12. García Fernández MN, Cabo Laso A, Herrero García R, Nogales Carpintero JI, Otero López MC, Vega Carnicero J et al. Validez y fiabilidad de los instrumentos de medida en adherencia terapéutica.: detectar los no cumplidores. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. 2014. [Acceso 26 Diciembre 2018]. Disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/141075557/20-Adherencia-Salamanca-EBE-Definitivo#scribd>
- 13. Programas de mejora en la atención a los pacientes crónicos y polimedicados durante el año 2009. Inf Ter Sist Nac Salud. 2009;33:28.

- 14. Clyne W, Blenkinsopp A y Seal R. Guía para el diseño e implementación de un programa de revisión de medicación. Series Divulgativas SEFAP. 2008. [Acceso el 15 de Diciembre de 2018. Disponible en: http://www.atencionprimaria.imib.es/docmanager/Polimedicados_SEFAP.pdf;jsessionid=F4ADC1C47172CCE62CB828B53AD0D9BB
-
- 15. Amado Guirado E. Martín Cantera C. REVISIÓN DE LA MEDICACION EN PACIENTES CRONICOS COMPLEJOS. Generalitat De Catalunya. Departament de Salut. Vol. 24, núm. 9. 2013.
- 16. Nuñez Montenegro AJ. Adherencia al tratamiento, errores de medicación y adecuación de la prescripción en pacientes polimedicados mayores de 65 años. Publicaciones y divulgación científica. Universdiad de Málaga. 2014.

- 17. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Pacientes polimedificados frágiles, un reto para el sistema sanitario. Inf Ter Sist Nac Salud. 2011; 35: 114-123.
-
- 18. Arbás E, Garzón R, Suárez A, Buelga C, Pozo M, Comas A, et al. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. Aten Primaria. 1998;23:165-70.
-
- 19. Morales Suarez Varela MT. Estudio sobre la utilidad del pastillero para mejorar el cumplimiento terapéutico. Atención Primaria. 2009;41 (4):185-191.
-
- 20. INSALUD. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: Instituto nacional de la Salud; 1996.
-

- 21 Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004;28:113—20.
-
- 22. Instituto de Información Sanitaria. Consumo farmacéutico por grupos, edad y sexo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
-
- 23. Caraballo M, Palma D, López S, Molina T, Domínguez JC, Desongles T. Estudio de Prevalencia de Polimedicados en Población Mayor de 65 años no Institucionalizados. XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Burgos, octubre 2006.

- 24. Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States. The Slone survey. JAMA. 2002;287:337—44.
-
- 25. Garcia-Caballos M, Ramos-Diaz F, Jimenez-Moleon JJ, Bueno- Cavanillas A. Drugrelated problems in older people after hospital discharge and interventions to reduce them. Age Ageing. 2010;39:430—8.
-
- 26. Cárdenas Valladolid J, Mena Mateo JM, Cañada Dorado MA, Rodríguez Morales D, Sánchez Perruca L. Implantación y mejora de un programa de atención al mayor polimedocado en un área de atención primaria. Rev Calid Asist. 2009;24:24—31.

- 27. Saturno PJ. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Rev Calid Asist.* 2009;24:124—30.
-
- 28. Morales MT. Estudio sobre la utilidad del pastillero para mejorar el cumplimiento terapéutico. *Aten Primaria.* 2009;41:185—92.
-
- 29. Delgado Sánchez O, Martínez López I, Crespí Monjo M y Serra Soler G. Conciliación de la medicación: asumamos la responsabilidad compartida. *Farm Hosp.* 2008;32(2):63-4.
- 30. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and Low-Density Lipoprotein cholesterol: A randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:2563-2571.

- 31. Fernández Liz E, Rodríguez Cumplido D, Diogéne Fadini E, por el grupo de Estudio de la Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Universitari Vall d'Hebron. *Aten Primaria* 2004;33:118-125.
-
- 32. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the european working party on quality in family practice (Equip). *Qual Health Care* 2001;10:33-39.
-
- 33. Kasje WN, Dening P, De^o Graeff PA, Haaijer-ruskamp FM. Physicians' views on joint treatment guidelines for primary and secondary care. *Int J Qual Health Care* 2002;14:509-518.

- 34. Milton JC, Hill-Smith I, Jackson SH. Prescribing for older people. *BMJ* 2008;336:606-609.
-
- 35. Clyne W, Blenkinsopp A, Seal R. Guía para el diseño e implementación de un programa de revisión de medicación. *SEFAP. Series divulgativas.* 2008. Documento nº 13 .

TEMA 37. PATOLOGÍA VASCULAR: TROMBOFLEBITIS.

MARTA MARIA VELASCO ALONSO

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. VASOS SANGUÍNEOS**
- 3. FACTORES PREDISPONENTES**
- 4. SÍNTOMAS**
- 5. DIAGNÓSTICO**
- 6. COMPLICACIONES**
- 7. TRATAMIENTO**
- 8. OTRAS MEDIDAS**
- 9. BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

Dentro de las enfermedades vasculares, nos centramos en la patología venosa y más concretamente en la tromboflebitis o flebotrombosis.

Una flebitis es la inflamación de una vena. Una tromboflebitis, es la inflamación de una vena producida por la formación de un trombo en su interior.

Las venas varicosas junto con la tromboflebitis, suman el 90% de las patologías venosas.

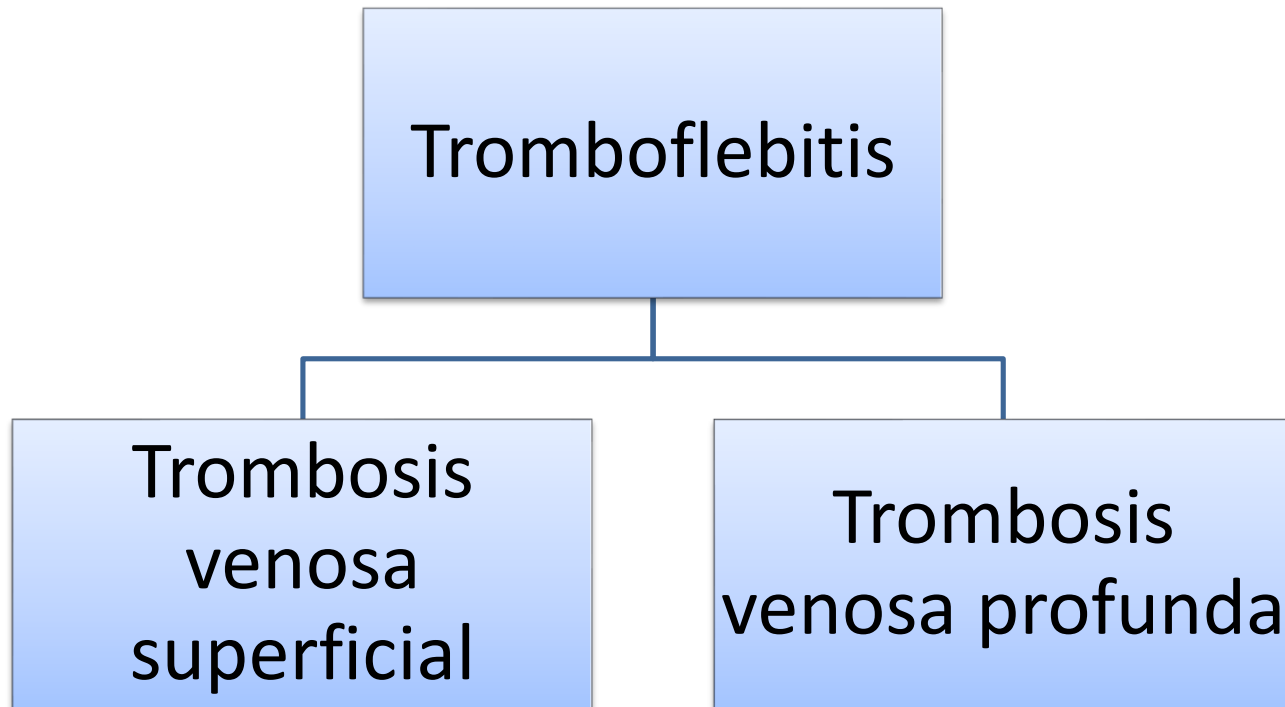
Aunque en estadios precoces no suelen mostrar síntomas pueden llegar a ser incapacitantes y con complicaciones potencialmente graves, sobre todo en la trombosis venosa profunda.

La mayor parte de las trombosis se producen en las venas de los miembros inferiores pudiendo localizarse tanto en venas más superficiales, como más profundas

Así pues, se puede diferenciar dos tipos de tromboflebitis:

La trombosis venosa superficial

La trombosis venosa profunda.



VASOS SANGUÍNEOS

Los vasos sanguíneos son unas estructuras elásticas huecas por las que circula la sangre trasportando oxígeno y nutrientes desde el corazón a los tejidos de nuestro organismos y recogiendo los materiales de desecho de estos tejidos. Es, por tanto, que recorren todo el cuerpo en una entramada red constituida por:

Arterias

Arteriolas

Capilares

Vénulas

Venas

Las arterias y las venas tienen estructuras distintas. Las arterias tienen paredes más gruesas para poder soportar la presión de la sangre en su interior, paredes que van disminuyendo de grosor a medida que los vasos

disminuyen de tamaño. Las venas tienen un diámetro mayor y las paredes que las conforman más delgada. En su interior, especialmente las de los miembros inferiores, tiene unas válvulas que impiden el retroceso de la sangre.

FACTORES PREDISPONENTES

GENERALES

- TRIADA DE VIRCHOW: DAÑO EN EL VASO, HIPERCOAGULABILIDAD, FLUJO SANGUINEO ANORMAL.
- OBESIDAD
- INSUFICIENCIA CARDIACA
- EMBARAZO
- INMOVILIDAD PROLONGADA
- NEOPLASIAS

FÁRMACOS

- ANTICONCEPTIVOS ORALES
- QUIMIOTERAPIA
- TERAPIA HORMONAL

ASOCIADOS A CIRUGÍA

- CATETERISMOS
- ESTADOS POSTOPERATORIOS
- CIRUGÍA MAYOR

SÍNTOMAS

TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

- PUEDE NO PRESENTAR SINTOMATOLOGÍA
- DOLOR LOCAL
- AUMENTO DE LA TEMPERATURA EN LA ZONA DE LA VENA AFECTADA CON CAMBIO DE COLORACIÓN ROJO-VIOLACEO
- SENSIBILIDAD EXAGERADA EN LA ZONA

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

- DOLOR EN LA PANTORRILLA O MUSLO QUE AUMENTA AL CAMINAR
- EDEMA EN LA EXTREMIDAD AFECTADA
- PUEDE APARECER FEBRÍCULA Y TAQUICARDIA

DIAGNÓSTICO

Para la confirmación del diagnóstico, el médico, se puede ayudar de métodos exploratorios como:

- Ultrasonidos Doppler.
Para la localización exacta del trombo y su gravedad.
- Determinación del dímero D.
Mediante una analítica de sangre este marcador indica una posible formación de un trombo.
- Resonancia magnética
- Flebografía
- Signo de Hommans.
Dolor en la pantorrilla a la dorsiflexión pasiva del pie.

COMPLICACIONES

Es en la trombosis venosa profunda, donde se pueden dar las dos principales complicaciones:

- **SINDRÓME POSTFLEBÍTICO.**

Es una insuficiencia venosa crónica por mal funcionamiento de las venas al producirse una lesión en las válvulas durante la inflamación y trombosis.

Puede permanecer sin dar síntomas a corto plazo y manifestarse mucho tiempo después de haber sufrido la trombosis, con dolor duradero e incapacitante, inflamación y sensación de pesadez en la pierna dañada, edema y pigmentación marrón de la piel.

- EMBOLIA PULMONAR

Es la obstrucción de una arteria pulmonar producida por el desprendimiento de uno o pequeños coágulos procedentes un trombo principal situado en el sistema venoso de las piernas y viaja a través del torrente sanguíneo hasta los pulmones.

Produce insuficiencia respiratoria aguda y puede llegar a ser potencialmente mortal dependiendo del tamaño del coágulo o de la cantidad de los pequeños fragmentos que lleguen a colapsar la arteria pulmonar.

TRATAMIENTO

TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

- FÁRMACOS. Antiinflamatorios no esteroideos (aspirina)
- CALOR EN LA ZONA
- ELEVACIÓN DEL MIEMBRO AFECTADO.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

- FÁRMACOS:

ANTICOAGULANTES: Heparina, Warfarina.

ANTIINFLAMATORIO: Ibuprofeno

ANTIBIÓTICO: Si hay infección

TROMBOLÍTICOS: Para disolver el coágulo

OTRAS MEDIDAS

- Lo más importante son las medias de compresión elástica y en algunas ocasiones el vendaje elástico de compresión gradual para aumentar la velocidad de la sangre en el sistema venoso profundo.
- La movilización del paciente en cuanto sea posible
- Elevación de las extremidades inferiores, por ejemplo elevándolas 20 cm mientras se está en reposo
- No permanecer durante mucho tiempo de pie parado
- Masajes para estimular la circulación sanguínea.

Como medidas preventivas podemos destacar:

- Evitar el sobrepeso
- Caminar frecuentemente, al menos de 30 a 60 minutos al día

BIBLIOGRAFÍA

- LIBROS: Patología estructural y funcional. Autores; Cotran, Kumar, Robbins. 5º Edición. Macgraw-Hill
- PAG. WEB: www.discapnet.es. Portal de las personas con discapacidad. www.wikicardio.org.ar. Fundación cardiológica argentina. [Htpps//estudylib.es](https://estudylib.es). www.msmanuals.com.

Los criterios de búsqueda se centran en palabras clave como tromboflebitis, embolia pulmonar, cuidados de enfermería en tromboflebitis, patología vascular. Consultando y analizando cada uno de los textos que en estas páginas se muestran.

TEMA 38. CUIDADOS PALIATIVOS.

**ROSA MARIA GARCIA PEREZ
JULIA MENENDEZ FERNANDEZ**

INDICE

- CONCEPTOS
- OBJETIVOS.
- EL ENFERMO Y LA FAMILIA COMO UNIDAD A TRATAR.
- BASES DE LA TERAPEUTICA PALIATIVA.
- CONCEPCION TERAPEUTICA ACTIVA.
- PRINCIPIOS BASICOS.
- APOYO EMOCIONAL Y COMUNICACIÓN.
- BIBLIOGRAFIA.

CONCEPTOS

- Los cuidados paliativos, son aquellos que van destinados al paciente cuando su pronóstico no es vida, sino muerte, controlando sus síntomas e intentando mantener una buena calidad de vida. En el tiempo desde el diagnóstico hasta la muerte, no sabemos la duración exacta realmente, es necesario que el paciente que sufre la enfermedad en principio incurable viva con plena capacidad física psíquica y social . Hoy en día debido a la disminución de la tasa de natalidad y al aumento de la esperanza de vida, se ha modificado la prevalencia de las enfermedades, dando lugar al fenómeno de la transición llamado epidemiología.

OBJETIVOS

- Hace algunas décadas, las enfermedades infecciosas y agudas eran las que se instauraban en gran medida. En la actualidad los procesos neoplásicos, crónicos, degenerativos e incapacitantes, han ocupado su lugar. La organización mundial de la salud (OMS) marca como fundamentales los siguientes objetivos de los cuidados paliativos: alivio del dolor, no alargar ni acortar la vida, dar apoyo psicológico, social y espiritual, dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

EL ENFERMO Y FAMILIA COMO UNIDAD A TRATAR

- La familia forma el binomio inseparable con el enfermo, es imposible cuidar al enfermo si no tenemos en cuenta a la familia, ya que es el núcleo fundamental de apoyo del enfermo. La información que el profesional transmita y la forma con que se la trate, va a desempeñar un papel fundamental en sus preocupaciones y temores.

BASES DE LA TERAPEUTICA PALIATIVA

- La muerte, siempre esta mas o menos explicita, así como el miedo al sufrimiento dudas sobre si tendrán fuerzas o sabrán cuidarlos hasta el final. Este impacto de la enfermedad terminal sobre el ambiente familiar puede tomar distintos aspectos según los factores predominantes que guardan relación con la enfermedad misma, el entorno social y las circunstancias personales. Es importante tener en cuenta que para la familia el asignarle una tarea concreta en relación al cuidado del enfermo es un elemento de disminución del impacto. Se debe valorar si la familia física y psicológicamente puede atender al enfermo de forma adecuada.

CONCEPCION TERAPEUTICA ACTIVA

- Incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el “no hay nada mas que hacer “ nada mas lejos de la realidad y que demuestre un desconocimiento y actitud negativa ante la situación. Cuando se esta en esta situación hay muchas cosas que podemos hacer por el paciente, y así debemos de transmitírselo. Debemos informar de lo que pasa si es que lo desea lleva tiempo y dedicación ,aliviarle el dolor y darle el mayor confort.

PRINCIPIOS BASICOS

- La calidad de vida de los pacientes en la fase terminal de su enfermedad o de un proceso degenerativo puede mejorarse si tenemos en cuenta los principios básicos de los cuidados paliativos siendo los siguientes : control de síntomas , en estos pacientes suelen ser múltiples psicológicos , físicos, espirituales....
- Los síntomas físicos frecuentemente se interrelacionan entre si dando lugar a un efecto amplificador.

APOYO EMOCIONAL Y COMUNICACION

- El paciente, la familia y el terapeuta sufren un impacto emocional importante, pero no hay que dejar de cuidar si queremos que haya una respuesta positiva al tratamiento. El paciente puede presentar miedo al dolor, al futuro, al no saber. La información y comunicación con el paciente debe de ser franca. Otro punto importante en la comunicación es la escucha, la base de una buena comunicación la constituye el arte de saber escuchar.

BIBLIOGRAFIA

- Yedra carretero. Posibilidades actuales de la medicina paliativa. En Avances recientes en cuidados paliativos san sebastian : sovpal; 2002.
- Rousseau, P. La espiritualidad y el paciente moribundo. Classic papers. Suppl. J Clin Oncol 2003;21.54-6.
- Figueredo Villa. Katiuska. Cuidados paliativos: Evolucion y desarrollo en Cuba. Revista enfermería global. N° 21, enero 2011.
- Gala. A. EL PAIS, Madrid: 1990, noviembre 2.

TEMA 39. MANEJO DE CATÉTERES CENTRALES DE LARGA DURACIÓN.

SONIA BAYÓN FLECHA

SHAMARA CASTILLO NOGRARO

LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ

CRISTINA DÍAZ PÉREZ

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. RESERVORIO SUBCUTÁNEO**
- 3. HICKMAN**
- 4. PICC (CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA)**
- 5. SIGNOS DE ALARMA**
- 6. BIBLIOGRAFÍA**

1. INTRODUCCIÓN

- Un catéter venoso central es un dispositivo intravenoso que sitúa su extremo distal en la vena cava superior o inferior, justo antes de la entrada en la aurícula derecha.
- Hay catéteres de corta duración (en subclavia, yugular o femoral), Swan-Ganz o Shaldon y catéteres de larga duración como los reservorios subcutáneos, tipo Hickman o PICC (catéter central de inserción periférica).

2. RESERVORIO SUBCUTÁNEO

Se coloca en el tejido subcutáneo bajo anestesia local , suelen ser de titanio y silicona con una o dos luces.

Su implantación preferentemente es torácica en la fosa infraclavicular (venas yugular o subclavia).

Se utiliza para la administración de cualquier tipo de medicación intravenosa, transfusiones sanguíneas, nutrición parenteral total y extracción de muestras de sangre. No se deben utilizar para administrar contrastes.

El procedimiento a seguir para utilizar este tipo de catéter es el cuidado de la herida/piel y limpieza con un antiséptico, punción con agujas tipo Gripper o Hubber, comprobar la permeabilidad con una jeringa de 10cc, se aspira y se desechan 5cc, se lleva a cabo el procedimiento oportuno (extracción de muestras, administración de medicación...) limpieza con 10cc de suero fisiológico y el sellado 5cc de heparina de una disolución formada por 1cc de heparina sódica 1% y 9cc de suero fisiológico.

3. HICKMAN

Se coloca en el tejido subcutáneo bajo anestesia local, se trata de un tubo largo y flexible de silicona radiopaca. Su implantación es en vena yugular, subclavia o axilar, cuyo extremo distal se aloja en cava superior o inferior y suele tener varios lúmenes o luces.

Se utiliza en enfermedades hematológicas que precisan perfusión de fármacos o hemoderivados, trasplantes de médula ósea, tratamientos intensivos de quimioterapia o varias medicaciones al mismo tiempo, largos períodos de nutrición parenteral total, terapias sistémicas antimicrobianas prolongadas o en extracciones sanguíneas.

El procedimiento a seguir para utilizar este tipo de catéteres consiste en dentro de un ambiente estéril limpiar con antiséptico, comprobar la permeabilidad con una jeringa de 10cc, se aspira y se desechan 5cc, limpieza con 10cc de suero fisiológico, se lleva a cabo el procedimiento oportuno (extracción de muestras, administración de medicación...), limpieza con otros 10cc de suero fisiológico y el sellado con heparina sódica.

Se deben cambiar los tapones y equipos de infusión cada 72 horas.

4. PICC(CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA)

Se coloca en el tejido subcutáneo bajo anestesia local tópica, son de poliuretano o silicona y presenta una o dos luces.

Su inserción es a través de las venas basílica, cefálica y/o medial radial hasta alojarse en vena cava superior.

Se utiliza para la administración de cualquier tipo de medicamento intravenoso, transfusiones sanguíneas, nutrición parenteral total y extracción de muestras de sangre.

El procedimiento a seguir para utilizar este tipo de catéteres consiste en dentro de un ambiente estéril limpiar con antiséptico, comprobar la permeabilidad con una jeringa de 10cc, se aspira y se desechan 5cc, limpieza con 10cc de suero fisiológico, se lleva a cabo el procedimiento oportuno (extracción de muestras, administración de medicación...), limpieza con otros 10cc de suero fisiológico y el sellado con heparina sódica.

Se deben cambiar los tapones antirreflujo y equipos de infusión cada 72 horas.

5. SIGNOS DE ALARMA

Los signos de alarma que pueden aparecer con el uso de estos catéteres centrales de larga duración son: ulceración en la zona de inserción, cambios de coloración en la zona, enrojecimiento del trayecto subcutáneo del catéter, inflamación local con o sin aumento de temperatura, supuración en la zona de punción, presencia de fluctuación, dacrón visible, obstrucción del catéter o rotura del catéter.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Libros: Carrero Caballero MC. Accesos vasculares. Implantación y cuidados enfermeros. 1º ed. Madrid: DAE S.L; 2002.
- Artículo de revistas: Calvo, R.; Ruíz-Giménez, J.F.; Rubio, V.; Belmonte, M.; Ruíz, A.; Lluch, M. Reservorios subcutáneos venosos centrales permanentes. Complicaciones. Rev Soc Esp Dolor. 2004; 11(3): 150-155.
- Página WEB : Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Central de Asturias. “Flebitis zero”. Inserción y retirada del catéter [Internet]. Asturias; Enero-abril 2015. Disponible en: <http://flebitiszero.com/app/formacion/formacionPdf/4%20Tecnica%20de%20insercion%20y%20retirada.pdf>.

TEMA 40. EPISTAXIS EN URGENCIAS.

LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ

PAULA GUTIERREZ DÍAZ

SONIA BAYÓN FLECHA

MARÍA BELÉN AMORÍN MARTINEZ

ÍNDICE

- **DEFINICIÓN DE EPISTAXIS.**
- **CAUSAS.**
- **¿POR QUÉ SANGRA TAN FÁCILMENTE LA NARIZ?.**
- **CÓMO DETENER LA HEMORRAGIA.**
- **TRATAMIENTO.**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

DEFINICIÓN DE EPISTAXIS

La epistaxis es una causa muy frecuente que acude a la consulta urgencias.

Se define como un sangrado nasal y abarca a cualquier sangrado que proceda de las fosas nasales.

Estas aparecen de forma aguda, por diferentes causas.

CAUSAS

Se puede producir por:

- Irritación debido a alergias o resfriados.
- Estornudos.
- Sequedad.
- Problemas sinusales.
- Sonarse la nariz con mucha fuerza.
- Hurgarse en la nariz.
- Tensión arterial elevada.

uso de cocaína

• ¿POR QUÉ SANGRA TAN FÁCILMENTE LA NARIZ?

La nariz es una zona que contiene muchos vasos sanguíneos, esto ayuda a calentar y humedecer el aire que entra en los pulmones; pero, están muy en la superficie, por lo que es fácil lesionarlos.

CÓMO DETENER LA HEMORRAGIA

La técnica correcta para intentar detener una epistaxis, es apretar la fosa nasal por la que se sangra, inclinar la cabeza hacia abajo, y esperar a que cese el sangrado.

También se puede aplicar hielo, sobre los huesos de la nariz. Si el sangrado no cesa, también hay otras alternativas, colocar un taponamiento nasal, este puede ser anterior o posterior. El posterior lo realizan los médicos especialistas en otorrinolaringología.

TRATAMIENTO

- Tratar la causa que ha generado el sangrado .
- Si el sangrado no cesa tras las medidas anteriormente mencionadas, deberá ser valorado por el médico especialista otorrinolaringolo.
- Si el sangrado ha cesado, no se deben hacer esfuerzos, ni movimientos violentos con la cabeza, para evitar que este aparezca de nuevo..

TEMA 41. INFECCIONES NOSOCOMIALES.

RAQUEL ARADRA ROMERA

ÍNDICE

- **DEFINICIONES**
- **CADENA EPIDEMIOLOGICA DE LA INFECCION**
- **PRINCIPALES TIPOS DE INFECCION HOSPITALARIA**
- **PREVENCION DE INFECCIONES NOSOCOMIALES**
- **NORMAS GENERALES EN PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES**
- **GRADOS DE EFICACIA EN LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS**
- **BIBLIOGRAFIA**

DEFINICION

- **Enfermedad infecciosa:** es la enfermedad que precisa de la participación de un agente causal vivo y exógeno, con una respuesta orgánica y que se pueda transmitir o contagiar. No todas las enfermedades infecciosas son bacterianas. La transmisión puede ocurrir desde un hombre a otro o desde animales
- **Infección nosocomial:** es una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Es una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado.

CADENA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

- **Agente causal:** es un organismo vivo que requiere de unos mecanismos de transmisión y un sujeto o huésped susceptible.
- **Tipos de interacción agente/huésped:**
 - ✓ Simbiosis: asociación con beneficios para agente y huésped
 - ✓ Comensalismo: existe beneficio para el agente o el huésped pero el otro no se perjudica.
 - ✓ Parasitismo: el agente o parásito obtiene beneficio a partir del huésped. El huésped es perjudicado.
- **Características de los agentes etiológicos:** para poder producir enfermedad en el ser humano debe tener los siguientes factores: contagiosidad, infectividad, patogenicidad, virulencia y antigenicidad o inmunogenicidad.

- **La cadena epidemiológica:** es el conjunto de elementos necesarios para que se desencadene una enfermedad transmisible. Esos elementos son:
 - ✓ Agente causal.
 - ✓ Reservorio: es todo ser u objeto en los que el agente etiológico se reproduce y se perpetua en el ambiente natural del que depende para su supervivencia. Los reservorios mas comunes son; el humano enfermo, el humano portador, el reservorio animal y el telúrico (suelo, agua y fómites)
 - ✓ Fuente: suele ser la misma que el reservorio.
 - ✓ Mecanismo de transmisión.
 - ✓ Huésped susceptible.

PRINCIPALES TIPOS DE INFECCION HOSPITALARIA

- **Infecciones de heridas quirúrgicas:** ocupan el primer lugar en las infecciones nosocomiales. Según su grado de contaminación, las heridas quirúrgicas se clasifican en:
 - ✓ Herida limpia; cuando no se penetra en vía respiratoria, tubo digestivo, tracto genitourinario o cavidad orofaríngea, ni se accede a tejidos infectados. Son las heridas que cicatrizan por primera intención. El riesgo de contaminación es exógeno.
 - ✓ Herida limpia-contaminada: cuando se penetra en cavidades comunicadas con el exterior.

- ✓ Herida contaminada: son las heridas abiertas recientes (menos de 4 horas), operaciones con alteraciones de la técnica estéril.
- ✓ Herida sucia o infectada: cuando se trata de heridas traumáticas no recientes (más de 8 horas) con tejido desvitalizado.

Existen cuatro factores de riesgo que son los de mayor influencia:

- Intervención abdominal.
- Duración de la intervención.
- Cirugía contaminada o infectada.
- Existencia de tres o más enfermedades subyacentes.

- **Enfermedades respiratorias:** ocupan el segundo lugar de las infecciones hospitalarias. Son neumonías, infección de las vías respiratorias bajas, tuberculosis, etc. El mayor mecanismo patogénico constituye la aspiración de secreciones gástricas y orofaríngeas en pacientes con alteración de su sistema defensivo. Los factores que predisponen a la infección respiratoria son la traqueotomía, los equipos de respiración asistida, los equipos de anestesia, los tubos endotraqueales, etc.
- **Infecciones urinarias:** ocupan el tercer lugar de las infecciones nosocomiales. El 90% está asociada a manipulaciones instrumentales de las vías urinarias (sondaje vesical). El microorganismo más veces aislado es E. Coli. En muchos casos pasan inadvertidas. Uno de los factores de riesgo más importante es el tiempo de cateterización (más de 48h). Otros son la edad y el sexo.

- **Bacteriemias:** la mayoría son secundarias a un foco infeccioso de otra localización, principalmente del tracto urinario, neumonía o herida quirúrgica. Las bacterias primarias están en relación con el instrumental intravascular y, aunque no se han descrito brotes debidos a la contaminación de líquidos de perfusión, son los catéteres intravenosos la principal fuente de patógenos.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

Los elementos esenciales para un programa de control efectivo son:

- Un sistema de vigilancia activa de la infección, con información periódica de los resultados al personal hospitalario.
- Medidas de control rigurosas destinadas a eliminar los factores de riesgo.
- Una enfermera para control de la infección nosocomial.
- Epidemiólogos con conocimientos sobre la infección nosocomial que tengan parte activa en los programas de control.

La prevención de las infecciones nosocomiales exige un programa integrado, que incluya los siguientes elementos:

- Limitar la transmisión de microorganismos entre pacientes que reciben atención directa por medio de practicas apropiadas de lavado de manos, uso de guantes y asepsia, estrategias de aislamiento, esterilización, desinfección y lavado de la ropa.
- Controlar los riesgos ambientales de infección.
- Proteger a los pacientes con un uso controlado de antimicrobianos profilácticos, nutrición y vacunación.
- Limitar el riesgo de infecciones endógenas con reducción al mínimo de los procedimientos invasivos y el uso optimo de antimicrobianos.
- Vigilar las infecciones e identificar y controlar los brotes.

- Prevenir la infección de los miembros del personal.
- Mejorar las practicas de atención de pacientes seguidas por el personal y continuar la educación de éste.

Alguna medidas utilizadas para disminuir la interferencia del ambiente en las infecciones relacionadas a la asistencia en salud se encuentran:

- No utilizar barrido seco en áreas internas de los servicios de salud.
- Evitar actividades que favorezcan el levantamiento de partículas en suspensión, como el uso de aspiradoras.
- Las superficies deben estar siempre limpias y secas.
- Remover rápidamente la materia orgánica de las superficies.

NORMAS GENERALES EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES

- **Normas de higiene** para el personal sanitario que son básicas y obligatorias para todos. La principal medida preventiva para evitar las infecciones cruzadas es el lavado de manos. La técnica depende del tipo de maniobra que se vaya a realizar.
- **Normas de instrumentación:** las maniobras con capacidad contaminante deben restringirse al máximo. Cuando se tengan que realizar deben realizarse en condiciones de asepsia durante el menor tiempo posible.
- **Medidas de aislamiento:** se debe prevenir que los pacientes infectados transmitan la infección a los demás y proteger a los pacientes con riesgo elevado.

- **Política de antibióticos:** debe de haber un conjunto de normas, estrategias y actividades para organizar el tratamiento antimicrobiano y hacer un uso apropiado de los antibióticos. Los principios básicos que deben regir la política de antibióticos son la evidencia científica, la epidemiología local y el conocimiento de la prescripción de los facultativos.

También se deben llevar a cabo medidas específicas en la prevención de las infecciones urinarias, de las infecciones quirúrgicas, de las infecciones respiratorias y en las bacteriemias.

GRADOS DE EFICACIA DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES

- **Grado I**, eficacia probada:
 - Esterilización.
 - Lavado de manos.
 - Drenaje urinario cerrado.
 - Vigilancia de catéteres intravenosos.
 - No tocar las heridas.
 - Quimioprofilaxis en cirugía contaminada.
 - Vigilancia de los respiradores.
 - Empleo de guantes.
 - Vacunación del personal sanitario.

- **Grado II**, eficacia lógica:
 - Procedimientos de aislamiento.
 - Educación e información.
 - Sistemas de vigilancia epidemiológica.
- **Grado III**, eficacia dudosa o desconocida:
 - Desinfección de suelo, paredes y pilas.
 - Luz ultravioleta.
 - Nebulizadores.
 - Flujo laminar.
 - Quimioprofilaxis en cirugía limpia.
 - Medios barrera (calzas, bata, mascarilla)
 - Control rutinario bacteriológico.
 - Filtros intravenosos terminales.

BIBLIOGRAFIA

- <https://www.tuasaude.com/es/infecciones-nosocomiales/>
- http://www.bvsde.paho.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/urbina.pdf
- <http://enfermeriablog.com/infeccion-nosocomial/>
- https://www.ecured.cu/Infecci%C3%B3n_nosocomial

TEMA 42. LA ENFERMERA EN LA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA.

**CRISTINA DÍAZ PÉREZ
SHAMARA CASTILLO NOGRARO
M. BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ
LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ**

ÍNDICE

- **MARCO CONCEPTUAL**
- **OBJETIVOS**
- **MATERIAL Y MÉTODOS**
- **RESULTADOS**
- **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**
- **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

MARCO CONCEPTUAL

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema mundial de salud pública, debido a su elevada incidencia y prevalencia además de la importante morbi-mortalidad que conlleva.

La Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) incluye los estadios 4 y 5 de la clasificación de la ERC, afectando sobre todo a la población de edad más avanzada.

Los pacientes con ERCA necesitan conservar el mayor tiempo posible su función renal, retrasando al máximo el progreso de la enfermedad y optimizar su calidad de vida en el periodo previo al tratamiento renal sustitutivo (TRS).

MARCO CONCEPTUAL

Para ello es fundamental potenciar su autocuidado y su autonomía, además de recibir una adecuada educación sobre su enfermedad y los distintos tratamientos posibles.

La enfermera es una figura clave en la ERCA en cuanto a su papel en el proceso de educación e información.

Un mal control de la enfermedad tiene como consecuencia una progresión más rápida de ésta, una mayor mortalidad y comorbilidad, un incremento en las tasas de hospitalización y una menor educación; lo cual supone una reducción de la posibilidad de selección de la modalidad de TRS, lo que a su vez conlleva un mayor coste económico.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar el papel de la enfermera en las consultas de ERCA.

Objetivos específicos:

- Describir las principales actuaciones de enfermería en las consultas de ERCA.
- Identificar la importancia de la educación sanitaria en enfermos renales crónicos desde las consultas de ERCA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en diferentes fuentes de información;

- Fuentes primarias: revistas científicas Nefrología y Enfermería Nefrológica.
- Fuentes secundarias: bases de datos online PubMed, Lilacs, Cuiden, la Biblioteca Cochrane Plus, Teseo y el repositorio Dialnet.

Los criterios de inclusión generales: información que se centrare directa o indirectamente en los objetivos establecidos, con fecha de publicación posterior al 2013 y en los idiomas inglés y español. Los criterios de exclusión: documentación anterior a los últimos cinco años, escrita en otros idiomas que no fueran inglés o castellano.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **DeCS:** Atención de Enfermería, Diálisis, Educación en Enfermería, Educación en Salud e Insuficiencia Renal Crónica.
- **MeSH:** Chronic Kidney Failure, Chronic Renal Insufficiency, Dialysis, Epidemiology, Health Education, Nurses, Nursing Care, Nursing Education, Spain.
- **Lenguaje libre:** Consulta Enfermería, Consulta Prediálisis, Enfermedad Renal Crónica y Prediálisis.

Además, el único booleano utilizado para realizar las búsquedas ha sido “and”, con la finalidad de combinar los distintos descriptores.

RESULTADOS

Según las *Guías SEN para el manejo de la enfermedad renal crónica avanzada y pre-diálisis* dentro de las actividades asistenciales, la enfermera debe llevar a cabo una serie de valoraciones: funcional, cognitiva, social y del estado nutricional y una serie de controles en cada visita: correcta vacunación (necesarias la gripe y la hepatitis B), la presión arterial (objetivo PA <130/80mmHg) y el peso (prevenir obesidad, detectar pérdida brusca de peso o relacionar su aumento con aparición de edemas).

La enfermera también debe ofrecer apoyo psicológico, sabiendo escuchar y ayudar tanto al paciente como a su familia y/o cuidador.

RESULTADOS

Además de informar al paciente sobre las distintas modalidades de TRS, la enfermera también debe educarlo sobre distintos aspectos de la enfermedad:

- funciones del riñón, la ERCA y su clínica
- factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, obesidad, dislipemia, sedentarismo, tabaco...)
- medidas higiénico-dietéticas: grupos de alimentos, control de la sal, manejo del potasio, control del fósforo, ajuste de proteínas, control del colesterol
- actividad física adaptada al paciente
- fármacos y su adecuado uso, uso de AINES y contrastes yodados, la ferroterapia con hierro oral o intravenoso, qué es la eritropoyetina y cómo auto-administrarla.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- Numerosos documentos muestran la necesidad de la presencia de la enfermera en las consultas de ERCA, puesto que además de ayudar a retrasar la necesidad de TRS, contribuye a la sostenibilidad del sistema y a la mejora de la calidad de vida del paciente.
- El personal de enfermería es una figura clave en el cuidado de la ERCA debido a la importancia de su papel en el proceso de información sobre las posibles opciones de TRS; siendo aún más importante su papel educador, ayudando a los pacientes a conocer mejor la ERCA, para poder adaptarse a ella, consiguiendo un aumento en sus autocuidados y su autonomía.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- Pese a que en la bibliografía recogida se muestra la importancia del papel de enfermería en la educación del paciente con ERCA, son escasas las publicaciones en las que se utiliza la educación en grupo. Esto sería un posible punto de partida para investigaciones futuras, ya que esta estrategia además de permitir una mayor información recibida por cada paciente, ayuda a una mejor adopción de comportamientos y estilos de vida más saludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Otero González A, de Francisco ALM, Gayoso P, García López F. Obesidad y función renal datos del estudio epidemiológico: Prevalencia de la enfermedad renal crónica en España. Estudio EPIRCE. Nefrología [Internet]. 2018; 38(1): 107-108.
2. Gutiérrez Sánchez D, Leiva Santos JP, Sánchez Hernández R, Gómez García R. Prevalencia y evaluación de síntomas en enfermedad renal crónica avanzada. Enferm Nefrol [Internet]. 2015; 18(3): 228-236.
3. Forero Villalobos J, Barrios Araya S. Rol de enfermería en la consulta de prediálisis en el paciente con enfermedad renal crónica avanzada. Enferm Nefrol [Internet]. 2016; 19(1): 77-86.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

4. Rebollo Rubio A, Morales Asencio JM, Pons Raventos ME, Mansilla Francisco JJ. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. Nefrología [Internet]. 2015; 35(1): 92-109.
5. Caro Domínguez C, Garrido Pérez L, Sanz Turrado M. Influencia de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada en la elección de modalidad de terapia renal sustitutiva. Enferm Nefrol [Internet]. 2016; 19(4): 318-329.
6. Torres Torradeflot MC, Gutiérrez Vilaplana JM, Craver Hospital L, Baigol Guilanyà M. Resultado de la intervención Enseñanza: Dieta prescrita en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada. Enferm Nefrol. 2016; 19 (1): 12-19.

TEMA 43. UTILIZACIÓN DE PRODUCTOS ANTISÉPTICOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

M^a BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ

PAULA GUTIERREZ DÍAZ

SONIA BAYÓN FLECHA

CRISTINA DÍAZ PÉREZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS DEL TRABAJO**
- **METODOLOGÍA UTILIZADA**
- **DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE ANTISÉPTICOS**
- **CARACTERÍSTICAS Y UTILIDADES**
- **NORMAS GENERALES PARA SU UTILIZACIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La utilización de antisépticos en el hospital es una medida de gran eficacia para la prevención de la infección.

Salvo ciertas excepciones, como la indicación del uso de clorhexidina en la inserción de catéteres vasculares, no existe un consenso científico en la forma en la que se han de utilizar. Al evaluar la documentación relacionada con el tema queda evidenciado que las recomendaciones descritas sobre el uso de antisépticos se basan en la práctica clínica y en la opinión de los expertos.

Por ello, se realiza esta revisión bibliográfica cuyo objetivo es el de ofrecer a los profesionales sanitarios un documento que defina las actuaciones a seguir para la correcta utilización de los antisépticos así como las características de los mismos.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Definir las normas a seguir para llevar a cabo un uso racional de los antisépticos en el ámbito hospitalario.

Objetivos específicos

Definir las características generales de los principales antisépticos.

Definir las utilidades de los principales antisépticos.

Establecer los conocimientos específicos en el manejo de antisépticos.

METODOLOGÍA

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 antisépticos, ámbito hospitalario, utilización.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Los antisépticos son sustancias químicas que se aplican en tejidos vivos como piel, mucosas o tracto genital de forma no selectiva con la finalidad de eliminar los microorganismos patógenos o inhibir su crecimiento.

Los antisépticos se suelen clasificar por su grupo químico que está en relación con el mecanismo de acción. A continuación se recoge la clasificación de los mismos:

ÁCIDOS: Ácido bórico y ácido acético

ALCOHOLES: Alcohol etílico y alcohol Isopropílico

ANILIDAS: Triclocarbán

BIGUANIDAS: Clorhexidina y polihexametilen biguanida

COLORANTES: Violeta de genciana y eosina

DIAMIDINAS: Propamida y dibromopropamida

FENOLES: Triclosán, hexaclorofeno y cloroxilenol

HALOGENADOS: Cloramina y povidona yodada.

METALES PESADOS: Sulfato de Cu, oxido de Zn, nitrato de Ag, merbromina-mercurocromo y sulfadiazina argéntica

OXIDANTES: Permanganato de K y peróxido de H.

TENSIOACTIVOS: Cloruro de benzalconio, de benzetonio, de cetilpiridinio, cetrimida y undecilenamidopropil betaína.

CARACTERISTICAS Y UTILIDADES DE LOS PRINCIPALES ANTISÉPTICOS

ÁCIDO ACÉTICO

Categoría

Ácidos

Presentaciones

Ácido acético en solución al 2 %

Ácido acético en solución al 5 %

Mecanismo de acción

El ácido acético acidifica el medio donde es aplicado por lo que tiene propiedades antibacterianas y antifúngicas.

Es un antiséptico de nivel intermedio y su actividad depende de la concentración a la que se utilice (5 % bactericida, < 5 % bacteriostático).

Espectro de actividad

Activo frente a bacterias Gram positivas y negativas.

No activo frente a virus ni micobacterias.

Aplicaciones

Las soluciones diluidas al 2 ó 5% se emplean para preparaciones tópicas para uñas y piel (heridas, quemaduras y úlceras de decúbito).

Interacciones e interferencias

Desconocidas.

Estabilidad y condiciones de uso

Proteger de la luz en recipientes cerrados para que los gases no se evaporen.

Efectos adversos

Por vía tópica puede provocar hipersensibilidad, escozor y picor de duración breve. La inhalación de los vapores ácidos puede producir neumonía.

ALCOHOL ETÍLICO

Categoría

Alcoholes

Presentaciones

Sin adición de otros antisépticos: Etanol 70°

Con adición: Etanol 70° con cloruro de cetilpiridinio

Mecanismo de acción

Es un antiséptico bactericida, es decir, desnaturaliza las proteínas de las bacterias. Presenta un inicio de acción rápido de 15 segundos pero poco efecto residual. La actividad depende de la concentración obteniendo el nivel máximo de eficacia con alcoholes de entre 60 y 80 grados; por debajo de esa concentración la acción bactericida es pequeña y por encima la evaporación es muy rápida y pierde eficacia. Se aplica por fricción y se deja actuar hasta su secado por evaporación.

Una de sus características, además de las antimicrobianas, es ser buen solvente de otros productos, entre ellos muchos antisépticos y desinfectantes, potenciándolos en su actividad. Disponemos de soluciones alcohólicas de yodo y de clorhexidina.

Espectro de actividad

Activo frente a bacterias Gram positivas y Gram negativas, incluyendo patógenos multirresistentes (Staphylococcus aureus resistente a meticilina, Enterococcus resistente a vancomicina), micobacterias, hongos y virus (incluyendo a HIV, virus de la hepatitis B, virus influenza, virus herpes simple, citomegalovirus y virus respiratorio sincitial).

No tiene actividad esporicida.

Aplicaciones

Su principal utilidad es como antiséptico cutáneo sobre piel integra, previo a las inyecciones o extracciones sanguíneas.

No debe utilizarse en las heridas por su efecto irritativo y porque puede formar un coágulo protector de bacterias supervivientes.

Además el alcohol de 70° se utiliza como antiséptico en las curas del cordón umbilical de recién nacidos.

Interacciones e interferencias

Se inactiva en presencia de materia orgánica. Las proteínas coagulan y precipitan, dificultando su penetración y que pueda actuar.

Estabilidad y condiciones de uso

Los alcoholes son líquidos estables pero inflamables por lo que se mantendrán en recipientes cerrados y protegidos del calor y del sol.

Efectos adversos

Su uso prolongado produce irritación, sequedad de la piel y mucosas.

CLORHEXIDINA

Categoría

Biguanidas

Presentaciones

Clorhexidina en solución jabonosa al 4 %

Clorhexidina en solución acuosa

Clorhexidina en solución alcohólica

Clorhexidina en colutorio

Mecanismo de acción

A bajas concentraciones tiene acción bacteriostática ya que produce alteración de la permeabilidad osmótica de la membrana e inhibición de enzimas del espacio periplásmico.

A concentraciones medias tiene acción bactericida ya que origina la precipitación de proteínas y ácidos nucleicos.

A concentraciones altas produce daños en tejidos por lo que, en este caso, su uso se limita a la limpieza de material.

Presenta un inicio de acción rápido de unos 15 a 30 segundos y un efecto residual prolongado de 6 horas.

Espectro de actividad

Activo frente a bacterias Grampositivas y Gram negativas, siendo las primeras más sensibles que las segundas. También es activo frente a los virus con cubiertas lipídicas como el VIH o el Herpesvirus.

No tiene actividad esporicida aunque inhibe el crecimiento de las esporas. Tampoco es activo frente a los virus sin cubierta como el Poliovirus o el Rotavirus.

Aplicaciones

Se utiliza para el lavado corporal prequirúrgico del paciente y lavado de manos. También se utiliza en el lavado de la piel previo a la inserción de catéteres venosos centrales y otros procedimientos. Es el recomendado para la descolonización cutánea de los pacientes colonizados por gérmenes multiresistentes tipo MRSA.

La solución acuosa se utiliza como antiséptico de la piel en heridas, rozaduras, quemaduras y en la limpieza obstétrica. Se aplica por fición con gasa, no con algodón y se deja actuar 3-4 minutos antes del secado.

La solución alcohólica es útil en la preparación del campo quirúrgico y el colutorio se utiliza en UCI en pacientes con ventilación mecánica para higiene bucal como adyuvante en el tratamiento y prevención de aftas y gingivitis.

Interacciones e interferencias

Su actividad se ve poco interferida por la presencia de materia orgánica incluida la sangre.

Estabilidad y condiciones de uso

Las soluciones se han de conservar protegidas de la luz en recipientes cerrados.

Efectos adversos

Es un antiséptico muy seguro. Puede producir ototoxicidad y daño corneal.

POVIDONA YODADA

Categoría

Halogenados

Presentaciones

Povidona yodada en solución al 10 %.

Povidona yodada en solución jabonosa al 7,5 %.

Povidona yodada en gel al 10 %.

Mecanismo de acción

El compuesto es inactivo pero lentamente va liberando yodo orgánico, que es el que posee la actividad bactericida.

Su acción biocida se debe a la penetración del yodo a través de la pared celular y la oxidación de carbohidratos, lípidos, aminoácidos y proteínas, destruyendo así al microorganismo.

El inicio de acción de actividad es a los 2 o 3 minutos con un efecto residual de 3 horas.

Espectro de actividad

Activo frente a bacterias Gram positivas, Gram negativas, hongos, virus con y sin cubierta lipídica, protozoos y quistes.

Poco activo frente a esporas.

Actividad frente a micobacterias variable.

Aplicaciones

En forma de jabón antiséptico se utiliza para el lavado corporal prequirúrgico del paciente y lavado de manos quirúrgico, frotando unos 3-5 minutos hasta obtener espuma y aclarando con abundante agua. Tiene efecto remanente de unas 3 horas. También se utiliza en el lavado y desinfección de genitales en cateterismos urinarios

En forma de solución se utiliza preferentemente para antisepsia de piel, preparación del campo quirúrgico, heridas, prevención de la gangrena e incluso peritonitis y pericarditis. Se aplica directamente sobre el área afectada, la acción antiséptica se obtiene generalmente en 1 -2 minutos.

En forma de gel se utiliza después de lavar y secar la herida, aplicando directamente el gel sobre la superficie afectada, entre 1 y 3 veces al día. Después de la aplicación del gel, es aconsejable cubrir la zona tratada con gasas.

Interacciones e interferencias

Las soluciones de povidona yodada se inactivan fácilmente por contacto con materia orgánica y a pH básicos.

Si se combina con soluciones mercuriales se producen precipitados de gran toxicidad.

La povidona yodada es explosiva con soluciones de peróxido de hidrógeno y es corrosiva para todos los metales. Se inactiva por tiosulfito sódico por lo que éste podría utilizarse como antídoto en casos de intoxicación.

Las pruebas de la función tiroidea pueden verse alteradas por la fracción de yodo absorbida. También puede provocar falsos positivos en las pruebas de sangre oculta en heces u orina.

Estabilidad y condiciones de uso

Las soluciones se han de conservar en recipientes cerrados protegidos de la luz y del calor y que éste último puede provocar la evaporación del disolvente haciendo variar la concentración del preparado.

Efectos adversos

Los efectos adversos más frecuentes son de carácter leve como irritación, picor, escozor y quemazón local.

No se debe utilizar en caso de alergia al yodo ni está indicada en neonatos, mujeres embarazadas o lactantes por la posible inducción al hipotiroidismo. Tampoco se debe utilizar de forma regular en personas con desórdenes tiroideos.

SULFATO DE COBRE

Categoría

Metales pesados

Presentaciones

Sulfato de cobre en solución acuosa

Mecanismo de acción

El sulfato de cobre realiza una inactivación enzimática y/o desnaturalización proteica de los microorganismos

Espectro de actividad

Activo frente a bacterias Gram positivas y negativas, hongos y levaduras y algunos virus.

Aplicaciones

El sulfato de cobre tiene uso cutáneo en el tratamiento de erupciones cutáneas, eczemas (dermatitis exudativas y/o costrosas), impétigo, dermatomycosis y herpes simple.

Se debe aplicar con una gasa estéril o verter directamente sobre la zona a tratar 3 o 4 veces al día. Limpiar y secar la herida antes de aplicar el producto.

Estabilidad y condiciones de uso

Las soluciones se han de conservar protegidas de la luz en recipientes cerrados.

Precauciones de uso

La irritación es el principal efecto adverso tras su uso cutáneo. No aplicar la solución en heridas extensas o profundas, ni en grandes superficies por riesgo de efectos sistémicos (hepatotoxicidad, complicaciones renales y hemólisis).

NITRATO DE PLATA

Categoría

Metales pesados

Presentaciones

Nitrato de plata en varillas de 50 mg

Mecanismo de acción

El nitrato de plata provoca una inactivación enzimática y/o desnaturalización proteica de los microorganismos

Espectro de actividad

Activo frente a bacterias Gram positivas y negativas, hongos y levaduras y algunos virus.

Aplicaciones

Tratamiento cáustico de verrugas y granulomas, aftas bucales, epistaxis anterior.

Precauciones de uso

Es una sustancia corrosiva por lo que debe aplicarse únicamente en la zona a tratar.

SULFADIAZINA ARGÉNTICA

Categoría

Metales pesados

Presentaciones

Sulfadiazina argéntica en crema 1%

Mecanismo de acción

Provoca una inactivación enzimática y/o desnaturalización proteica de los microorganismos

Espectro de actividad

Activo frente a bacterias Gram positivas y negativas, hongos y levaduras y algunos virus.

Aplicaciones

Se utiliza en el tratamiento y prevención de infecciones en quemaduras, úlceras varicosas y úlceras de decúbito. Se debe aplicar de forma tópica 1 o 2 veces al día. En caso de heridas muy contaminadas se aplicará una vez cada 6 horas.

Precauciones de uso

No debe utilizarse al final del embarazo ni en niños menores de 2 meses, ya que puede favorecer problemas de ictericia.

Puede causar hemólisis en pacientes con déficit de glucosa 6-fosfato deshidrogenada.

PERÓXIDO DE HIDRÓGENO

Categoría

Oxidantes

Presentaciones

Preóxido de hidrógeno en solución al 3 %

Mecanismo de acción

El peróxido de hidrógeno tiene efectos oxidantes por producir iones hidroxilo y radicales libres, los cuales atacan a los componentes esenciales de los microorganismos. Se inactiva en presencia de materia orgánica y se degrada en los tejidos produciendo oxígeno en las heridas que dificulta la germinación de las esporas de anaerobios. Presenta un inicio de acción inmediato pero nulo efecto residual.

Espectro de actividad

Activo frente a bacterias Gram positivas y Gram negativas, presentando más poder bactericida frente a estas últimas.

También es activo frente a hongos, esporas y algunos virus.

Aplicaciones

Su utilidad principal es el lavado de las heridas superficiales de piel con restos orgánicos, sobre todo sangre, y en la separación de apósitos o vendajes adheridos a las heridas.

Cuando se utiliza para limpieza y desbridamiento de heridas se aclara tras su uso con suero fisiológico antes de aplicar otro antiséptico para evitar incompatibilidades.

No se recomienda en el tratamiento continuado de heridas abiertas porque retrasa la cicatrización.

Estabilidad y condiciones de uso

La descomposición gradual aumenta por acción de la luz, de la agitación y del calor.

Efectos adversos

No debe administrarse en cavidades cerradas por el riesgo de embolia gaseosa, ni en ojos. Provoca irritación de piel y mucosas.

PERMANGANATO POTÁSICO

Categoría

Oxidantes

Presentaciones

Permanganato potásico 1/10.000

Mecanismo de acción

Por su acción oxidante tiene propiedades astringentes.

Espectro de actividad

Actividad fungicida. Agente bacteriostático de baja potencia.

No activo frente a micobacterias, virus ni esporas.

Aplicaciones

Las soluciones están indicadas en la limpieza de úlceras y heridas y como antifúngico en el pie de atleta. Se utiliza en forma de fomentos o baños para eccemas o dermatosis exudativas infectadas y como antiséptico en gargarismos, lavados de boca, duchas vaginales o irrigación uretral.

Estabilidad y condiciones de uso

Se descompone en contacto con sustancias orgánicas. Debe protegerse de la luz para evitar su descomposición. Si adquiere color marrón no es apta para su uso.

Efectos adversos

Su uso por vía tópica puede producir irritación de piel y mucosas, así como dermatitis de contacto. Producen manchas marrones en la piel.

Debe utilizarse con precaución en pacientes con lesiones de piel que sean grandes y ulceradas, especialmente si padecen de insuficiencia renal, debido al riesgo de absorción y posterior toxicidad por hipercalcemia.

Es incompatible con yoduros, sustancias reductoras y con la mayoría de sustancias orgánicas. Mezclado con sustancias muy oxidantes porque puede ser explosivo. Los cristales y soluciones concentradas de permanganato son caústicas.

EOSINA

Categoría

Colorantes

Presentaciones

Eosina en solución acuosa al 2 %

Mecanismo de acción

La eosina es un colorante derivado de la fluoresceína que tiene un grupo cromatóforo fotoactivo, al cual debe sus propiedades bacteriostáticas, por medio de la desnaturalización proteica.

La eosina es un antiséptico con acción secante y curtiembre.

Espectro de actividad

Activo frente a Gram negativos y Gram positivos.

Activo en menor medida frente a hongos y virus.

Aplicaciones

Se utiliza en la desinfección de la piel en infecciones leves cutáneas, pequeñas heridas superficiales y quemaduras leves.

Se ha de limpiar y secar la herida antes de aplicar el preparado de eosina al 2%. Se aplica localmente de una a dos veces al día con ayuda de una gasa estéril o directamente sobre la zona a tratar. Es de uso cutáneo exclusivamente.

Efectos adversos

Su uso puede provocar erupciones cutáneas, hipersensibilidad y fotosensibilidad.

No se debe utilizar en ojos, oídos, interior de la boca u otras mucosas. No debe utilizarse para la asepsia de zonas de punción o de inyección, ni en caso de heridas profundas y extensas.

NORMAS GENERALES DE UTILIZACIÓN DE LOS ANTISÉPTICOS

Los envases deber estar etiquetados con el nombre y la concentración. En la etiqueta debe figurar la fecha de caducidad que ha de ser respetada. Las diluciones preparadas deberán llevar en la etiqueta la fecha de preparación y fecha de caducidad, que ha de ser respetada. Figurarán también en la etiqueta las condiciones de conservación.

Los frascos deben estar cerrados cuando no son utilizados para evitar la contaminación y la evaporación. No trasvasar el antiséptico de su envase original. No se rellenarán los envases. Una vez consumidos se desecharán.

El envase del antiséptico no debe contactar con el paciente ni con gasas u otros utensilios.

La mayor parte de los antisépticos se inactivan por materia orgánica por lo que es necesario que la superficie corporal a tratar esté limpia. Para que un antiséptico sea eficaz, deberá utilizarse sobre piel o heridas limpias, respetándose las condiciones óptimas de aplicabilidad

Se elegirá el antiséptico adecuado, a la concentración recomendada, dejándolo actuar el tiempo necesario. Antes de utilizar un antiséptico, averiguar posibles alergias del paciente, y en su caso utilizar el antiséptico alternativo.

En caso de pacientes con heridas crónicas, los antisépticos deberán ser utilizados durante periodos de tiempo limitados y su uso deberá ser revisado a intervalos de tiempos regulares.

En el caso de los pacientes operados con heridas cerradas y con riesgo de infección, se aconseja su utilización en cada cura, aunque no haya signos clínicos de infección, hasta el momento del alta. Esta medida incluye el lavado de la herida quirúrgica con suero fisiológico o agua y jabón y la aplicación de un antiséptico local cada vez que se cambie el apósito.

CONCLUSIONES

Tras esta revisión se llega a dos conclusiones claras. La primera es la necesidad de establecer un protocolo general y universal para la correcta utilización de los antisépticos con el fin de que todos los profesionales que trabajan en el hospital los utilicen del mismo modo. La segunda es que uno de los requisitos indispensables para el buen manejo de los antisépticos es que el profesional que los va a manejar los conozca, sabiendo sus características y sus utilidades y escogiendo el más adecuado en cada momento.

BIBLIOGRAFÍA

Arévalo JM, Arribas JL, Hernández MJ, Lizán M, Herrruzo R. Guía de utilización de antisépticos. Medicina Preventiva vol. VII nº 1, 2001

Casamada N, Ibáñez N, Rueda J, Torra JE. Guía práctica de la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas, ¿dónde?, ¿cuándo? y ¿por qué?. Barcelona: Lab SALVAT, 2002.

Font E. Antisépticos y desinfectantes. Offarm 2001 feb: 55-63.

Guía de prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravasculares. Versión española adaptada de Guidelines for Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2002. Center for Disease Control and Prevention. Madrid. España, 2006.

Salles M, Codina C. Higiene y antisepsia del paciente: limpieza, desinfección y esterilización en el ámbito hospitalario. Barcelona: SEFH, SCFC, ACICI; 2005.

Sánchez-Saldaña L, Sáenz Anduaga E. Antisépticos y desinfectantes. Dermatología Peruana 2005; 15: 82-103.

Saavedra Lozano J, Terrón Cuadrado M. Antisépticos. Guía ABE de antisépticos. 2007.

Vives EA, Posse V, Oyarvide ML, Pérez Marc G, Medvedovsky D, Rothlin R. Antisépticos y desinfectantes 2004; 1-11.

TEMA 44. MANEJO DEL NÓDULO PULMONAR SOLITARIO.

ESTELA GARCÍA COYA

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **ETIOLOGÍA**
- **DIAGNÓSTICO**
- **ACTITUD**

INTRODUCCIÓN

“Opacidad radiológica única, esférica, circunscrita, de diámetro menor de 3 cm, rodeada en su mayor parte por pulmón aireado y no asociado a atelectasia, agrandamiento hilar o derrame pleural”

La frecuencia de nódulos es 1 ó 2 por cada 1000 radiografías.

Hasta en un 20% de los casos el nódulo neoplásico no es el de mayor tamaño

.

OBJETIVOS

Conocer las herramientas útiles en el diagnóstico diferencial del NPS

Describir las características en la imagen que sugieran benignidad o malignidad de un nódulo.

Establecer un protocolo de actuación en base a los hallazgos en las pruebas de imagen

ETIOLOGÍA

Tabla 1
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NÓDULO PULMONAR SOLITARIO

<i>Benignas</i>	<i>Malignas</i>
Infecciosas	Cáncer Pulmonar
A. Granuloma infeccioso	a. Carcinomas de células no pequeñas
i. Fúngico	i. Adenocarcinoma
a. Histoplasmosis	ii. Carcinoma células escamosas (epidermoide)
b. Coccidioidomicosis	iii. Carcinoma células grandes
ii. Tuberculosis	iv. Carcinoma adenoescamoso
iii. Micobacterias atípicas	v. Carcinoma
iv. Criptococosis	vi. Otros carcinomas
v. Blastomicosis	b. Carcinoma células pequeñas
vi. Otros	
B. Otras infecciosas	Lesiones metastásicas
i. Abscesos bacterianos, amebianos, fúngicos.	a. Mama
ii. Hidatidosis pulmonar	b. Colon
iii. Ascariasis	c. Cabeza y Cuello
iv. Pneumocistis carinii	d. Melanoma
v. Aspergiloma	e. Riñón
vi. Dirofilaria immitis	f. Sarcoma
	g. Tumores células germinales
Neoplasias benignas	h. Otros
a. Hamartoma	
b. Lipoma	
c. Fibroma	
Vascular	
a. Malformación vascular	
b. Varix pulmonar	
Quistes broncogénicos	
Inflamatorias	
a. Granulomatosis de Wegener	
b. Nódulo reumatoideo	
Otras	
a. Amiloidoma	
b. Infarto Pulmonar	
c. Atelectasias	
d. Linfonodo intrapulmonar	
e. Hematoma	
f. Cuerpo Extraño	
g. Otras	

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

La evaluación comienza con una historia clínica bien detallada.

Edad

Tabaquismo

Antecedentes infecciosos: TBC

Exposiciones ambientales

Antecedente laboral

Antecedente de cáncer de pulmón

EDAD

La incidencia de cáncer de pulmón se incrementa progresivamente a partir de los 40 y hasta los 80 años.

< 45 años: baja incidencia

45-60 años: incidencia intermedia

>60 años: **incidencia alta**

.

TABAQUISMO

El riesgo de cáncer de pulmón :

Aumenta en pacientes con historia de tabaquismo.

Directamente proporcional al número de paquetes-año.

Dejar de fumar reduce el riesgo pero no se equipara a individuos que nunca han fumado.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Radiografía simple

TC.

PET-TC

PAAF

Fibrobroncoscopia

Videotoracoscopia y toracotomía

RADIOLOGÍA SIMPLE

Se detecta el NPS en 1 de cada 2000 Rx. De tórax

Visibles a partir de 9 mm

Posibilidad de falsos positivos.

El 90% de los nódulos ya eran visibles en radiografías previas.

TC

Muy superior a la radiografía en la valoración del NPS
Detecta si la lesión es única, si se acompaña de adenomegalias, derrame pleural o nódulos satélites.
Observar características de la imagen para orientar su naturaleza benigna o maligna.

TC-PET

La sensibilidad, especificidad y la precisión de la PET en el diagnóstico de los nódulos benignos es del 90% o mayor.

Falsos negativos: neoplasias malignas de bajo crecimiento como el carcinoma bronquioloalveolar o el carcinoide.

Falsos positivos: procesos infeccioso o inflamatorios como TBC o histoplasmosis.

Poca precisión para lesiones menores a 10 mm de diámetro.

BRONCOSCOPIA

Fibrobroncoscopia: más rentable en nódulos de localización central, de mayor tamaño y con broncograma aéreo. Permite una revisión endobronquial antes de planificar la cirugía de CP
Videotoracoscopia y toracotomía: permite la resección del NPS.

La combinación de técnicas puede mejorar el rendimiento.
Ninguna técnica destaca sobre las demás en rentabilidad.

CARACTERÍSTICAS

Criterios que definen un nódulo benigno

- Calcificación densa difusa.
- Vasos que convergen hacia el nódulo
- Criterios diagnósticos de hamartoma
- Calcificación típicamente benigna

Criterios que definen un nódulo como altamente sospechoso de malignidad

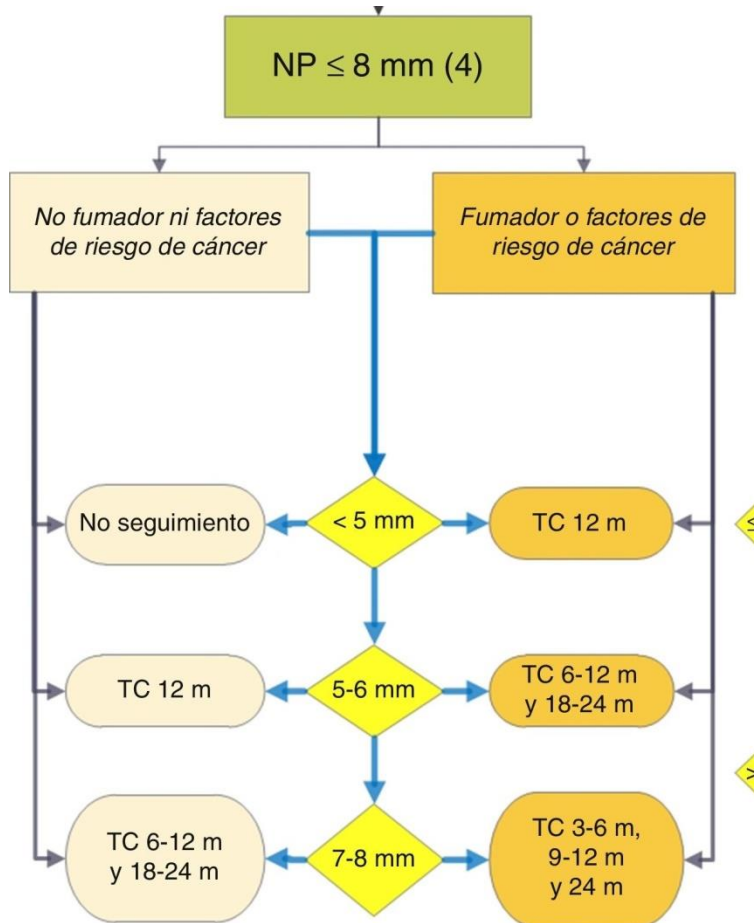
- Densidad en vidrio deslustrado >10 mm de diámetro
- Nódulos semisólidos
- Nódulo sólido > 20 mm de diámetro
- Nódulo sólido con bordes espiculados
- Nódulo sólido con broncograma aéreo o pseudocavitación
- Nódulo sólido con calcificaciones excéntricas

SITUACIONES ESPECIALES

- Pacientes con neoplasia previa o sincrónica:
 - Nódulos < 1cm: hasta un tercio son benignos
- Pacientes inmunodeprimidos
- Pacientes inoperables

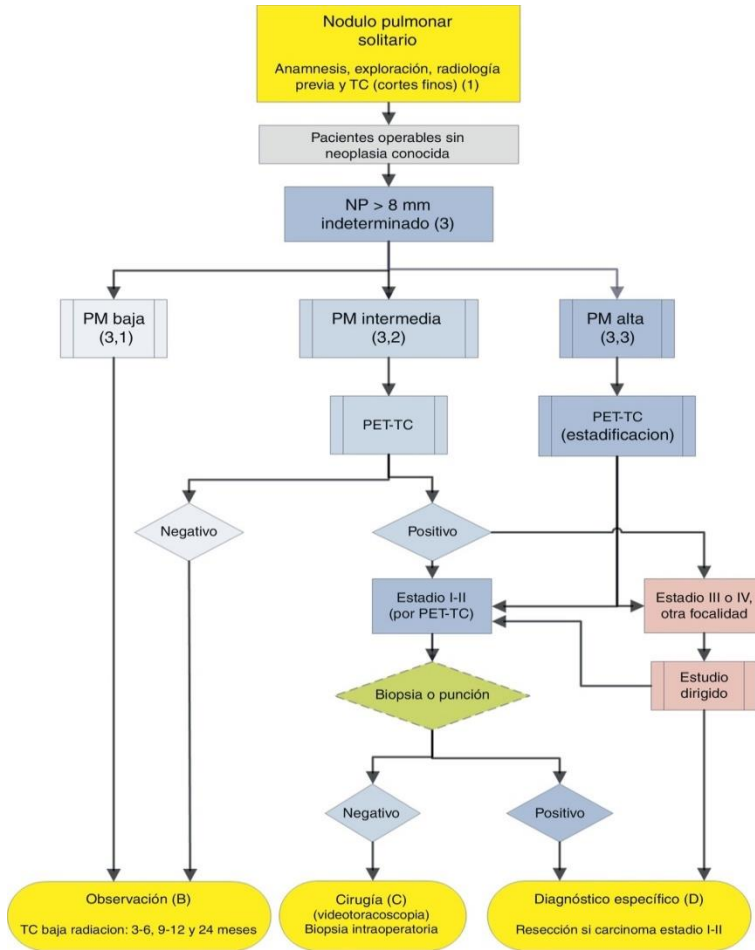


NPS < DE 8MM



- Alta prevalencia en TC
- Baja probabilidad de malignidad
- Difícilmente accesibles a biopsia

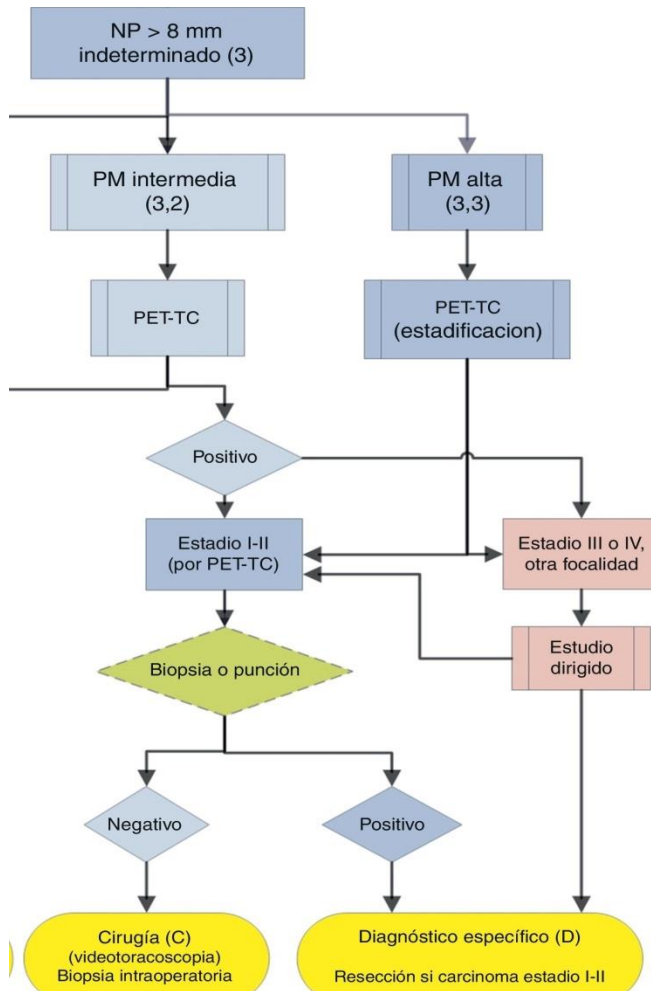
NPS >8 mm(I)



Probabilidad de malignidad baja:

- Nódulos pequeños
- Bordes netos
- Pacientes jóvenes
- Baja carga tabáquica
- Sin malignidad extrapulmonar
- PET-TC negativa
- PAAF negativa

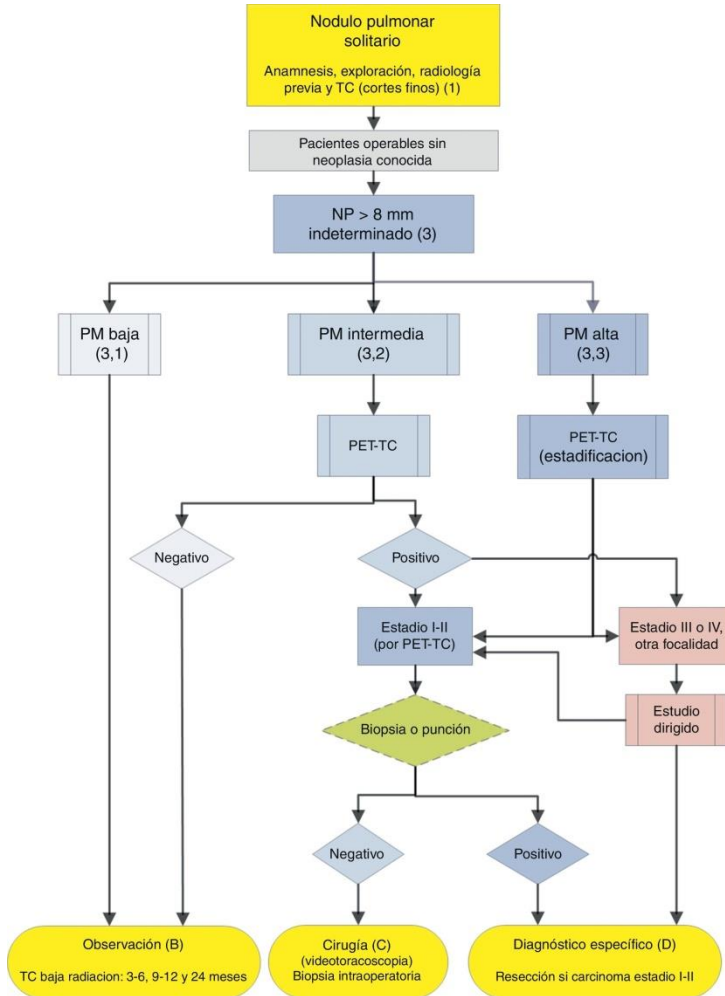
NPS > 8 mm (II)



Probabilidad de malignidad alta:

- Mayores de 50 años
- Antecedente de tabaquismo
- Nódulos grandes
- Bordes** espiculados
- Densidad heterogénea
- Captación en PET-TC

NPS >8 mm (III)



Probabilidad de malignidad intermedia:

Se aconseja TC-PET:
Si negativo: observación
Si positivo: alta
probabilidad de malignidad
¿PAAF guiada por
TC?
¿Broncoscopia?

NP SEMISÓLIDO

				Grado recomendación ^a
<i>NPS en vidrio deslustrado</i>				
≤ 5 mm	No seguimiento			1C
> 5 mm	TC 3 meses	Persiste	TC anual Seguimiento > 3 años	1B
<i>NPS parcialmente sólido (parte sólida)</i>				
< 5 mm	TC 3 meses	Persiste	TC anual Seguimiento > 3 años	2C
≥ 5 mm	TC 3 meses	Persiste	Biopsia, resección, PET-TC si parte sólida > 10 mm	1B
<i>NP en vidrio deslustrado múltiples</i>				
≤ 5 mm	Considerar causas no neoplásicas		TC a los 2 y 4 años	1C
> 5 mm	TC 3 meses	Persiste	TC anual Seguimiento > 3 años	1B
<i>NP múltiples con componente sólido</i>				
	TC 3 meses	Persiste	Biopsia, resección, especialmente si parte sólida > 5 mm	1C

NP: nódulo pulmonar; NPS: nódulo pulmonar solitario; PET: tomografía de emisión de positrones; TC: tomografía computarizada.

El nivel de recomendación es el propuesto por la Sociedad Fleischner⁵ basado en el sistema GRADE. Las recomendaciones de la *American College of Chest Physicians*² rebajan en un grado la fuerza de la recomendación. La TC de evaluación debe ser de corte fino y el seguimiento con TC de baja radiación.

^a Grado de la recomendación en función de la fuerza (fuerte 1 o débil 2) y de la calidad de la evidencia científica como alta (A), moderada (B), baja (C) o muy baja (D).

- Poco accesibles para punción o biopsia
- Alta probabilidad de malignidad
- Difícil seguimiento
- Observación mínimo durante 3 años

TRAS LA VALORACIÓN

1. Diagnóstico de benignidad
2. Observación radiológica
3. Cirugía diagnóstico-terapéutica
4. Diagnóstico específico

**TEMA 45. PAU
PRUEBA DE ALIENTO CON UREA.**

**SHAMARA CASTILLO NOGRARO
LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ
PAULA GUTIÉRREZ DÍAZ
MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ**

ÍNDICE

- H.PYLORI
- PAU ¿PARA QUÉ SIRVE?
- COMO PREPARARSE
- TECNICA
- RIESGOS
- TRATAMIENTO

H.PYLORI

El *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es un tipo de bacteria que puede estar presente en el estómago de algunas personas. Se cree que el *H. pylori* causa varios tipos de cáncer, incluido el cáncer de estómago, el cáncer pancreático y el cáncer de garganta. Además, el *H. pylori* está vinculado a otras enfermedades como la úlcera gástrica, la pirosis y la sensación de hinchazón. Si se halla el *H. pylori* en un individuo, puede comenzarse el tratamiento apropiado.

PAU ¿Para qué sirve?

La prueba de aliento con urea comprueba si tiene la bacteria *H. pylori* en el estómago. Esta prueba puede indicar si tiene una infección por *H. pylori*. También se puede utilizar para ver si el tratamiento ha funcionado para eliminar la *H. pylori*.

Cómo prepararse

Se le pedirá que no coma ni beba nada por un período de 8h antes de hacerse la prueba. Debe permanecer sentado 10 minutos antes de la realización de la prueba.

Muchos medicamentos podrían cambiar los resultados de esta prueba. Asegúrese de informar a su médico acerca de todos los medicamentos recetados y sin receta que toma.

- No tome antibióticos ni medicamentos que contengan bismuto (como Pepto-Bismol) durante 1 mes antes de la prueba.
- No tome inhibidores de la bomba de protones durante 2 semanas antes de la prueba.
- No tome bloqueadores H₂, como Pepcid, Zantac, Axid o Tagamet, durante 24 horas antes de la prueba.

Técnica

Pasos previos:

- Rellenar datos del paciente en el sobre Basal y en el de la muestra
- Preparar un vaso con agua

El profesional de la salud que le tome una muestra de su aliento:

- Le pedirá que respire de forma normal varias veces. Después de mantener la respiración 10 segundos, recogerá una muestra de su aliento soplando en un sobre hermético.

Técnica

- Le dará un comprimido y un poco de agua para tragar la pastilla que contiene el material marcado o radiactivo. No masticar, ni disolver el comprimido.
- Usted permanecerá sentado o recostado sobre el lado izquierdo.
- Recogerá otra muestra de su aliento unos 30 minutos después, de la misma manera que antes.
- Las muestras de aliento se probarán para ver si contienen material que se forma cuando la bacteria *H. pylori* entra en contacto con el material marcado o radiactivo.

Riesgos:

No hay riesgos o complicaciones conocidos relacionados con una prueba del aliento con urea. Si se utiliza carbono radioactivo, la cantidad de exposición a la radiactividad es muy pequeña, menos de la que normalmente se recibe estando al aire libre durante el día.

Tratamiento:

Los resultados serán remitidos unos 7 días después al facultativo que los haya solicitado. Si la prueba es positiva se dará el tratamiento antibiótico correspondiente.

BIBLIOGRAFÍA

- MEDLINE. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007501.htm>
- Cochrane. Disponible en:
<https://www.cochrane.org/es/CD012080/pruebas-diagnosticas-no-invasivas-para-la-infeccion-por-helicobacter-pylori>
- Northshore University Healthsystem. Disponible en:
<https://www.northshore.org/healthresources/encyclopedia/encyclopedia.aspx?DocumentHwid=hw1531&Lang=es-us>

TEMA 46. GLIOMA NASAL RECIDIVANTE.

**LOREA ARBIZU RUIZ
FERMINA BERAMENDI GARCIANDIA
M^a VICTORIA AZNAR MORENO
IRANZU ORZAIZ IBARRA**

ÍNDICE

- 1. Introducción**
- 2. Material y Métodos**
- 3. Resultados**
- 4. Conclusiones**

1. INTRODUCCIÓN

El glioma nasal es una tumoración poco frecuente congénita y benigna. El 60% de los gliomas tienen una presentación extranasal, el 30% intranasal y el 10% mixta.

No suelen presentar comunicación con el SNC.

Clínicamente suelen presentar obstrucción nasal

A la exploración se suele observar una masa intranasal polipoidea localizada en la zona superior de la cavidad nasal.

Los gliomas nasales suelen aparecer en los recién nacidos.

Es importante hacer un diagnóstico diferencial con otras masa congénitas de la línea media.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 8 años de origen colombiano que acude a ORL infantil diagnosticado de glioma nasal de la fosa nasal izquierda (FNI).

Se realiza TAC evidenciándose una masa de densidad media homogénea que ocupa toda la zona superior y media nasal, desplazando el tabique nasal hacia la fosa contralateral. No se evidencia contacto de la masa con la cavidad craneal, ni defecto óseo de la base del cráneo

Se realiza exéresis quirúrgica de la lesión con resultado anatomopatológico de glioma nasal.

El paciente vuelve a la consulta a los 10 años de la cirugía por presentar nuevamente obstrucción nasal bilateral

En la exploración física se evidencia una desviación septal obstructiva hacia la fosa nasal derecha. Fosa nasal izquierda con lesión polipoidea en el techo de la fosa.

3.RESULTADOS

Ante la sospecha de recidiva del glioma nasal se pide TAC y RMN.

TAC: lesión ovalada hipodensa en el techo de la FNI. No se observa defecto óseo de la base del cráneo. No se observan focos de realce patológico en las estructuras encefálicas.

RMN: lesión en el techo de la FNI, sin comunicación con el SNC. No se observa conexión de la lesión con el contenido intracraneal

Ante los resultados del TAC y RMN que concluyen que no hay continuidad con el SNC, se realizó una cirugía endoscópica nasosinusal, con exéresis de toda la lesión, con márgenes amplios, con resultado anatomopatológico final de glioma nasal.

4. CONCLUSIONES

Los gliomas nasales son una patología infrecuente, histológicamente son benignos pero potencialmente pueden producir grandes deformidades faciales y complicaciones

Los gliomas nasales no poseen carácter hereditario o familiar. Son más frecuentes en el sexo masculino 3:1

Las tasas de recidiva tras la exéresis quirúrgica suelen ser de un 10% y deben entenderse como el resultado de una resección incompleta.

La realización de pruebas de imagen como la RMN y la TAC son fundamentales para descartar cualquier defecto de cierre neural y realizar un planteamiento quirúrgico adecuado para evitar complicaciones locales y sobre todo neurológicas.

BIBLIOGRAFÍA

- B. Schick. Traducción: Priv. Doz. M, Bernal Sprekelsen. Malformaciones de la base del cráneo. En. M Tomás Barberán, M Bernal Sprekelsen. Tratado de Otorrinolaringología Pediátrica. 1era ed. Girona. Almirall Prodesfarma; 2000. 589-593p.
- Simón Medel B, Francisca Fernández A, Eduardo Sáez E, Cristian Bachelet R. Glioma nasal gigante, reporte de un caso. Rev. Otorrinolaringol. Cir: Cabeza Cuello [Internet]. 2015 [consultado dic 2015];75(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162015000300010>
- F. Aguilar Mandret, M.T.Oliva Izquierdo, J.Vallès Fontanet. Glioma Nasal: A propósito de un caso. Acta Otorrinolaringol Esp. 2004; 55: 346-350
- E. Casas Terrón, C. Benlloch Sánchez, M. Cerdá Nicolás. A propósito de un caso de glioma nasal en un recién nacido. An Esp Pediatr 1998; 49: 624-626

TEMA 47. NEUMONÍA EOSINOFÍLICA POR ENALAPRIL.

**MARIA ROSARIO IZCO SALINAS
CARMEN CARLOTA MARTINEZ ESQUIROZ**

ÍNDICE

- 1. RESUMEN**
- 2. ABSTRACT**
- 3. CASO CLÍNICO**
- 4. DISCUSIÓN**
- 5. BIBLIOGRAFÍA**

1.RESUMEN

La neumonía eosinofílica se clasifica por su presentación en aguda o crónica; las características distintivas se basan en la presencia de tos, disnea, fiebre e infiltrados pulmonares con acumulación de células inflamatorias, sobre todo eosinófilos. Es una entidad poco conocida por lo que llegar al diagnóstico desde Atención Primaria es difícil.

Palabras clave: Neumonía eosinofílica, síndrome hipereosinofílico, eosinofilia.

2. ABSTRACT

Eosinophilic pneumonia is classified by its acute or chronic presentation, the distinguishing characteristics of which are based on the presence of cough, dyspnea, fever and pulmonary infiltrates with accumulation of inflammatory cells, predominantly eosinophils. It is an unknown entity so reaching the diagnosis from primary care is complicated.

Key words: Eosinophilic pneumonia, eosinophilic syndrome, eosinophilia.

3. CASO CLINICO

Mujer de 35 años que acude a nuestra consulta del centro de salud por tos seca, malestar general, astenia, febrícula, odinofagia y mucosidad nasal desde hace 5 días. Como único antecedente de interés, la paciente toma enalapril 5 mg. por hipertensión, diagnosticada durante su último embarazo hace 9 meses. No refiere disnea ni dolor torácico. No refiere contacto con animales, comidas exóticas, viajes, productos de herboristería, ni visualización de parásitos en heces.

La exploración física es normal y se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg. (1 comprimido cada 8 horas). Acude de nuevo a consulta tras terminar dicho tratamiento antibiótico por persistencia de astenia y febrícula (37,5°).

La auscultación pulmonar sigue siendo normal pero ante la persistencia de la febrícula, tos seca y la evolución tórpida que está siguiendo el cuadro, se solicita radiografía de tórax y se inicia tratamiento con levofloxacin 500 mg. (1 comprimido cada 24 horas).

El resultado de la radiografía es: Condensaciones alveolares en ambos lóbulos superiores extensas, valorar proceso bronconeumónico. No signos de patología pleural. Mediastino normal.

Acude a la consulta de nuevo a los 4 días de haber iniciado el segundo antibiótico, y refiere mejoría del estado general pero continúa con febrícula todas las noches. En la auscultación pulmonar, se escuchan crepitantes en ambos lóbulos superiores. Se decide derivar a la paciente al servicio de urgencias hospitalarias por no obtener buena respuesta al tratamiento antibiótico y por posible complicación de su proceso neumónico, quedando ingresada en el servicio de Neumología.

Durante el ingreso en Neumología se solicita otra radiografía de tórax y el resultado es: opacidades bilaterales de predominio izquierdo y de campos superiores. La paciente recibe tratamiento inicial con piperacilina-tazobactam con escasa respuesta clínico-radiológica.

Se amplia el estudio realizándole las siguientes pruebas complementarias:

- Hemocultivos: negativos.
- Coprocultivo y parásitos en heces: negativos.
- Broncoaspirado: baciloscopia negativa.
- Lavado broncoalveolar: baciloscopia negativa. Citología de lavado broncoalveolar: presencia de eosinófilos mayores del 60 %

- TAC toraco-abdominal:

Condensaciones parenquimatosas alveolares de predominio en segmento posterior de lóbulo superior izquierdo, también presentes en segmento apical de lóbulo inferior izquierdo y con densidad en vidrio deslustrado y algún tracto de distorsión parenquimatosa en lóbulo superior derecho y lóbulo inferior derecho. No imágenes de cavitación. Mínima cantidad de derrame pleural y pericárdico. El derrame pleural se localiza apical adyacente a la condensación más significativa y mínimo en región declive. Condensaciones pulmonares compatibles con patología inflamatoria - Infecciosa, a descartar proceso infeccioso y con los datos aportados valorar neumonía eosinofílica (aparente comportamiento migratorio de las condensaciones en las radiografías).

Tras el resultado de intensa eosinofilia en el lavado broncoalveolar, se comienza con corticoides sistémicos por sospecha de neumonía eosinófila crónica versus eosinofilia pulmonar simple versus eosinofilia pulmonar aguda secundaria a Enalapril.

El enalapril se le fue retirado por cifras aceptables de tensión arterial durante el ingreso y pensando que probablemente había sido el origen del cuadro.

Al alta, se instaura tratamiento con Prednisona 30 mg. en pauta descendente: Un comprimido al día durante 15 días, después medio comprimido al día durante 15 días y finalmente descender a 5 mg cada día durante un mes hasta suspender.

Tras el tratamiento, se obtuvo curación del proceso y la paciente permanece asintomática meses después.

4. DISCUSION

Las enfermedades eosinofílicas pulmonares constituyen un grupo heterogéneo de patologías que tienen en común el aumento de eosinófilos en el tejido pulmonar, asociado en la mayoría de los casos a eosinofilia en sangre periférica

.

La neumonía eosinofílica aguda puede presentarse en cualquier rango de edad, pero se ha demostrado mayor incidencia entre 20 y 40 años, con una proporción de varones y mujeres de 2:1. La causa de esta entidad es desconocida; pudiendo estar mediada por una reacción de hipersensibilidad aguda contra un determinado antígeno inhalado. Estos pacientes no suelen estar afectados de asma ni de atopia.

Los **síntomas** más habituales de la neumonía eosinofílica aguda consisten en un proceso febril de corta duración, generalmente menor a una semana. Se acompaña de tos seca, malestar general, dolores musculares y dolor torácico pleural. Los **signos** que podemos hallar con mayor frecuencia son fiebre o febrícula y taquipnea. En la auscultación, suelen encontrarse crepitantes inspiratorios en ambas bases pulmonares.

El **diagnóstico** se sospecha en pacientes con síntomas de neumonía aguda que no mejoran a pesar del tratamiento antibiótico; en nuestro caso, la paciente refería persistencia de febrícula por las noches tras la toma correcta del antibiótico aunque el estado general había mejorado mucho.

El diagnóstico de neumonía eosinofílica es difícil de obtener desde Atención Primaria porque es un diagnóstico de exclusión que precisa pruebas complementarias que deben realizarse desde Atención Especializada.

En la **radiografía de tórax** es característico tener infiltrados alveolares extensos o alvéolo-intersticiales cuando la enfermedad ya está evolucionada, pero la presencia, a menudo, de líneas B de Kerley en la fase inicial es una importante clave para el diagnóstico precoz. También puede mostrar inicialmente solo opacidades reticulares o en vidrio esmerilado. A diferencia de la neumonía eosinofílica crónica, en la forma aguda, las opacidades reticulares no suelen encontrarse en la periferia del pulmón.

La **tomografía axial computarizada** suele mostrar habitualmente un patrón pulmonar alterado con opacidades reticulares o de vidrio esmerilado bilateral. En ocasiones, suele acompañarse también de un pequeño derrame pleural.

El **lavado broncoalveolar** es el método diagnóstico de elección que permite identificar la eosinofilia pulmonar y excluir otras patologías. En nuestra paciente, mostraba la presencia de eosinófilos mayores del 60 %. Por la tanto, tras excluir otras patologías con las pruebas complementarias pertinentes y apoyándose en la tomografía axial computarizada y el lavado broncoalveolar, se llegó al diagnóstico de neumonía eosinofílica aguda (producida probablemente en este caso por la toma de enalapril)

Una de las principales características de esta patología es que puede progresar rápidamente a un distress respiratorio agudo, por lo que el diagnóstico y tratamiento precoz es clave para la resolución del cuadro.

Se ha comprobado que algunos pacientes mejoran espontáneamente sin necesidad de tratamiento pero, dado que la evolución a insuficiencia respiratoria puede ser muy rápida y fulminante, se prefiere iniciar tratamiento con prednisona de forma precoz; habitualmente se emplean dosis de 40 a 60 mg. por vía oral cada 24 horas. Si ya se ha detectado una insuficiencia respiratoria suele preferirse el empleo de metilprednisolona; a dosis de 60 a 125 mg. endovenoso cada 6 horas. El pronóstico de la enfermedad tras iniciar tratamiento es bueno y generalmente la respuesta es completa, permaneciendo asintomáticos posteriormente, sin recaídas.

5. BIBLIOGRAFIA

- Antoñana Larrieta JM, Chic Palacin S, Cancelo Díaz L. Revisiones y actualizaciones: Enfermedades respiratorias. Eosinofiliyas pulmonares. Medicine 2002; 8: 4230-6.
- Philit F, Cordier JF. Idiopathic acute eosinophilic pneumonia. Orphanet encyclopedia; 2002.
- Riestra A, Fernández-Miera MF, Zurbano F, Hazas J, Sanroma P. Neumonía eosinófila aguda: presentación de un caso y revisión de la literatura. An Med Interna (Madrid) 1995; 12: 495-7.

- Goetzl E, Luce J. Eosinophilic lung diseases. En: Murray J, Nadel J. Textbook of Respiratory Medicine. Filadelfia: Saunders 2000: 1757-73.
- Contreras A, Rossi C, Schwartz A. Acute eosinophilic pneumonia. Pathology Case Review 2007; 12(3): 100-104. 6.
- E. Marchand, B. Etienne- Mastroniani, P. Chanez, D. Lauque, P. Leclerc, Cordier JF: Groupe d'Études et de Recherche sur Maladies Orphelines Pulmonaires Idiopathic chronic eosinophilic pneumonia and asthma: How do they influence each other? Eur Respir J., 22 (2003), pp. 8-13

**TEMA 48. INFECCION
NOSOCOMIAL.HIGIENE Y
ESTERILIZACION EN EL MEDIO
HOSPITALARIO.**

**JULIA MENENDEZ FERNANDEZ
ROSA MARIA GARCIA PEREZ**

ÍNDICE

- 1- INFECCION:CONCEPTO
- 2- CADENA EPIDEMIOLOGICA
- 3-ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y BARRERAS PARA SU PROTECCION
- 4- TIPOS DE AISLAMIENTO
- 5- HIGIENE HOSPITALARIA Y ESTERILIZACION
- 6- GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS
- 7- BIBLIOGRAFIA

1-INSPECCION:CONCEPTO

Podemos definir infección como la colonización de un ser vivo llamado huésped por especies externas al organismo. La O.M.S la define como cualquier enfermedad microbiana, que afecta a los pacientes como consecuencia de su ingreso en el hospital o atendidos para tratamiento, así como al personal sanitario como consecuencia de su trabajo.

Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifestadas después del alta hospitalaria.

2. CADENA EPIDEMIOLÓGICA

Según el origen de los microorganismos pueden ser:

- Endógenas(producidos por microorganismos de la flora del propio paciente)
- Exógenas(producidas por microorganismos provenientes de una fuente de infección externa al paciente, como otros pacientes, fómites, etc..)

Esta cadena de transmisión cuenta con seis eslabones reconocidos:

- Reservorio y fuente de infección: las fuentes de infección mas importantes son el ser humano(disminución de defensas, fármacos, aparatos, utensilios de aseo, comida, ropa de cama, etc..)
- Mecanismos de transmisión. Pueden ser directos e indirectos.

- Huésped susceptible= puede ser cualquier ser cualquier paciente que por sus características inmunológicas reúna las condiciones idóneas para ser afectada por el agente infeccioso(edad, estado nutricional, estrés, enfermedad crónica, etc..)

3. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y BARRERAS PARA SU PROTECCIÓN

Las precauciones estándar son la mejor estrategia para controlar las infecciones nosocomiales y deberán aplicarse a todos los pacientes hospitalarios, independientemente de su diagnóstico.

- El lavado de manos es la medida mas importante para reducir los riesgos de transmisión, eliminar la suciedad y reducir microbios existentes en la piel.

- Utilizar los elementos de barrera(mascarilla, guantes, bata, gorro, calzas,etc) de forma rutinaria, cuando se vaya a tener contacto con sangre o fluidos corporales.

- Eliminación de objetos cortantes y punzantes.

- Esterilización y desinfectación del material.

El objeto principal de la vigilancia de las infecciones nosocomiales es la prevención y control de dichas infecciones en los pacientes, en el personal sanitario y no sanitario,

además de toda persona que pueda verse involucrada en el cuidado del paciente.

Las infecciones más frecuentes son:

-Infecciones del aparato respiratorio: las neumonías son las más graves y que producen más tasa de mortalidad. Otras infecciones pueden ser la bronquiolitis, la bronquitis, etc.

Las manifestaciones físicas pueden ser: tos persistente y esputo con pus. Aparece un infiltrado en la RX del tórax compatible con infección. Se debe utilizar asistencia respiratoria no invasiva siempre que sea posible y se recomiendan estrategias posicionales, como elevar el cabecero de la cama unos 45 grados.

Es preferible la nutrición entérica a la parenteral, para evitar riesgos de infección asociados al uso de catéteres intravenosos.

-Infecciones del aparato urinario: la mas frecuente viene asociada a sondas y representa un 30% de las adquiridas en el hospital. Puede ser por el arrastre mecánico en la inserción de la sonda, la unión de la sonda con el tubo de drenaje o la contaminación de la bolsa recolectora.

Se recomienda lavado de manos antes y después de la colocación del catéter vesical, utilizar siempre material estéril y llevando acabo la limpieza y desinfección de toda la zona perineal (povidona yodada) antes del sondaje.

Informar al paciente en los autocuidados de higiene.

-Infecciones de la herida quirúrgica: son las infecciones que aparecen con mayor frecuencia en las unidades quirúrgicas. El principal factor de riesgo ante una infección es el grado de contaminación durante el proceso de la intervención quirúrgica

4- TIPOS DE AISLAMIENTO

Los aislamientos son medidas de protección para las infecciones. Existen muchos tipos:

-Aislamiento estricto: prevenir enfermedades que puedan contagiarse por contacto directo o por vía aérea(difteria, neumonía, peste, rabia, viruela y varicela).

-Aislamiento protector o inverso: para proteger a los inmunodeprimidos, quemados y trasplantados.

-Aislamiento de contacto: contacto con heridas y lesiones cutáneas y contacto con secreciones orales(gangrena gaseosa, heridas abiertas, quemaduras de menos del 25%).

-Aislamiento respiratorio: se evitan enfermedades transmisibles por vía aérea.

-Aislamiento parental: previene las enfermedades transmisibles por la sangre o líquidos orgánicos así como objetos contaminados por la misma, como la hepatitis B y C, el sida...

-Aislamiento entérico: para prevenir enfermedades de contacto directo o indirecto con heces infectados. Puede ser en cólera, fiebre tifoidea, hepatitis vírica tipo A.

5-HIGIENE HOSPITALARIA Y ESTERILIZACIÓN

El medio hospitalario debe de permanecer lo más aséptico posible para luchar contra las infecciones que lo rodean.

Existen unos procedimientos generales que llevados a la práctica en su totalidad nos pueden asegurar un alto nivel de desinfección que nos permita eliminar nuevos contagios de enfermedades infectocontagiosas.

Vamos a ir detallando medidas preventivas, empezando por suelos y superficies:

-La limpieza empieza con las zonas más limpias y acaba siempre en las más sucias, no barrer, usar paños húmedos.

-La solución que mas se utiliza es el hipoclorito sódico en 1/10, usándose también detergente amónico de uso general, siendo las soluciones de preparación reciente.

-Tener cuidado de que la limpieza y recogida de residuos no coincida con el horario de comidas y siempre usar las precauciones universales(lavado de manos, uso de guantes,etc..)

Respecto a la limpieza y desinfección del material clínico se ha de tener una adecuada formación para conocer los productos y los procesos.

Algunas generalidades pueden ser: lavar el material lo antes posible con agua caliente, cepillándolo y usando un detergente enzimático.

Después de lavarlo sumergirlo en una solución preparada para una buena desinfección, dejándolo entre 10-30 minutos, dependiendo del tipo de material que sea. Aclarar, secar y preparar para esterilización.

Los desinfectantes de uso mas común son: lejía, fenol, formol. Un desinfectante para considerarse bueno tiene que tener un amplio espectro, no tóxico, biodegradable,

no corrosivo, que no sea caro y pueda ser diluido en agua o alcohol.

Esterilización: es la destrucción de todos los gérmenes, patógenos y no patógenos por distintos métodos(calor, radiaciones, sustancias químicas o filtraciones).

Los métodos de esterilización más utilizados son:

-Físicos por calor húmedo: autoclave es el método mas utilizado por vapor de agua, se considera el método más económico, sencillo y seguro de los existentes.

-Físicos por calor seco: horno poupinel o Pasteur.

-Químico por óxido de etileno

-Físico por radiaciones ionizantes (rayos gamma)

6-GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS

En los centros sanitarios se generan multitud de residuos y cada uno de ellos ha de llevar un tratamiento diferente(residuos urbanos, biosanitarios, citostáticos químicos y radiactivos entre otros)

Todos estos residuos los dividimos en 4 grupos:

- Tipo 1: Residuos sanitarios asimilables a urbanos.
- Tipo 2: Residuos sanitarios no específicos.
- Tipo 3: Residuos sanitarios específicos de riesgo.
- Tipo 4: Residuos tipificados en normativas especiales

BIBLIOGRAFÍA

- Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica 2ª Edición. Organización Mundial de la Salud 2003
who/cds/csr/eph/2002.12
- Cruz Guerrero, Antonio H, Laboratorio Clínico: toma y transporte de muestras, Cordoba 2012
- www.higiene.edu.uy/cefa/2008/infecciones_hospitalarias.pdf(consultado octubre 2014)
- www.slideshare.net/kgonzalez3/41_flora_normalmecanismo_hu_espedparsi(consultado octubre 2014)
- Fundamentos prácticos en la práctica enfermería. Serie enfermería actual E.Fuden, Madrid 2001
- Ayuso Murillo D. Gestión de enfermería y los servicios generales de organizaciones sanitarias. Ed. Díaz de Santos.2012

**TEMA 49. PERCEPCIÓN DE LA
INTIMIDAD DEL PACIENTE
HOSPITALIZADO EN UNIDADES DE
PACIENTES CRÍTICOS.**

**MARIO PARREÑO JAREÑO
MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA
JULIÁN PÉREZ GARCÍA
M^a DOLORES PARDO IBÁÑEZ**

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. OBJETIVOS**
- 3. METODOLOGÍA**
- 4. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA**
- 5. BIBLIOGRAFÍA**

1.INTRODUCCIÓN

La intimidad es uno de los aspectos más necesarios y menos cuidados en la asistencia sanitaria. La Real Academia de la Lengua Española define intimidad como “zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia”. El diccionario M. Moliner lo define como el “conjunto de sentimientos y pensamientos que cada persona guarda en su interior”. Representa el núcleo de la persona y debe ser protegida, pues es el mundo interior, un lugar donde sólo entra la propia persona, donde residen sus vivencias personales. Engloba tres aspectos diferenciados: intimidad física o visual, intimidad de la información e intimidad en las decisiones.

Lo íntimo es tan central al hombre que hay un sentimiento natural que lo protege: la vergüenza o pudor, reflejado al ocultar o cubrir espontáneamente lo íntimo frente a las miradas extrañas, una manifestación de defensa para evitar su manipulación. Por ello, la enfermera necesita conocer ese modo natural de ser, para tratarle adecuadamente y ser capaz de detectar y calificar todas las acciones profesionales que incidan sobre él, con el fin de saber si lo potencian o lo dañan.

Blanca J. y colaboradores , explican que el mantenimiento de la intimidad dentro del hospital es a veces olvidado a favor de aspectos más técnicos, debido a que los profesionales no siempre contemplan los mismos conceptos, significados y prioridades de la intimidad como dimensión, olvidando que el ejercicio de cuidar requiere tanto la atención del bienestar físico como el bienestar interior de la persona.

El Código Deontológico de la Enfermería Española, plasmado a partir de la Resolución nº32/89 del Consejo General de Enfermería, aprueba una serie de normas deontológicas entre las que se encuentran, en su Capítulo III, el artículo 19, según el cual “la enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo”.

La Ley General de Sanidad, 14/1986, de 25 de abril , en su artículo 10, reconoce el derecho de los pacientes al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical. De igual manera, a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.

La propia Constitución Española garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (artículo 18).

El artículo 7 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, aborda lo referente al derecho a la intimidad, afirmando que “toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie puede acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley. El artículo 19 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud recoge entre las obligaciones del personal la de “mantener la debida reserva y confidencialidad de la información y documentación relativa a los centros sanitarios y a los usuarios obtenida, o a la que tenga acceso, en el ejercicio de sus funciones”.

El artículo 72.2 califica como falta disciplinaria muy grave “el quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos al centro o institución o a la intimidad personal de los usuarios y a la información relacionada con su proceso y estancia en estos centros”.

Según Watson, conocer en profundidad las vivencias de las personas es fundamental para su desarrollo profesional, e identificar así los cuidados más adecuados en situaciones de fragilidad. Además, saber cómo la persona percibe su intimidad resulta útil para la enfermera, quien planifica sus cuidados con el objetivo de ayudar al paciente a obtener el grado máximo de autonomía posible. En definitiva, la intimidad debe ser cuidada, custodiada y protegida de manera holística por todos profesionales del campo sanitario, en especial la enfermera, por la inmediatez del cuidado durante las 24 horas del día, ejerciendo un rol de acompañamiento durante el proceso hospitalario.

Por tanto, este trabajo pretende reflejar cual es la percepción de la intimidad del paciente hospitalizado en las unidades de pacientes críticos del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) con el fin de conocer si cumplimos éticamente con nuestros objetivos profesionales pero sobre todo salvaguardar y garantizar la intimidad de todas las personas que confían en nuestra labor y comparten con nosotros momentos vitales personales que merecen admiración, respeto y comprensión. El tiempo estimado para la realización del estudio es de 12 meses.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de la intimidad de pacientes hospitalizados en las unidades de críticos del complejo hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar qué acciones son las más significativas de pérdida de la intimidad visual y auditiva en pacientes hospitalizados en las unidades de críticos en el CHUA.
- Definir qué acciones son las menos significativas de pérdida de la intimidad visual y auditiva en pacientes hospitalizados en las unidades de críticos en el CHUA.

2. OBJETIVOS

- Establecer qué acciones son necesarias reforzar en pacientes hospitalizados en las unidades de críticos del CHUA con respecto a salvaguardar su intimidad.
- Conocer qué acciones son menos perceptibles para los pacientes para valorar su intimidad en las unidades de críticos del CHUA.
- Estimar si la Privacidad global es adecuada o inadecuada en pacientes hospitalizados en las unidades de críticos en el CHUA

3. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Estudio descriptivo y transversal en el que se empleará un cuestionario de preguntas cerradas (CRD). El cuestionario ha sido traducido del utilizado por Barlas et al.

ÁMBITO: Unidades de críticos (UCI Polivalente, UCI Coronaria y UCI Reanimación) del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

POBLACIÓN Y MUESTRA: La población serán todos los pacientes ingresados en las unidades de críticos (UCI Polivalente, UCI Coronaria y UCI Reanimación) del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. La muestra será aquel subconjunto de pacientes de estas unidades que cumpla con los criterios de inclusión del estudio, mediante un muestreo intencional o de conveniencia. La muestra total ascenderá a 150 participantes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Pacientes ingresados con un periodo de hospitalización igual o superior a 48 horas en las unidades de críticos (UCI Polivalente, UCI Coronaria y UCI Reanimación) del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Es necesario, en primer lugar, que deseen formar parte del estudio manifestando su consentimiento una vez se explica el objetivo del mismo y su metodología. También es necesario que tengan un buen estado neurológico, estando conscientes y orientados, y que comprendan el castellano, tanto de manera hablada como escrita.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Pacientes de Pacientes ingresados en las unidades de críticos (UCI Polivalente, UCI Coronaria y UCI Reanimación) del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete con deterioro cognitivo o mental, alteraciones de la consciencia, gravedad extrema o que no deseen formar parte del estudio. Tampoco formarán parte del mismo los menores de edad.

INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

En el cuestionario se han incluido variables sociodemográficas (edad, sexo, tiempo de estancia hospitalaria y zona de hospitalización) y 11 ítems tipo Likert, que se conjuntan según la valoración de la intimidad auditiva (4 ítems), visual (4 ítems) y global (3 ítems) con cinco variables de respuesta. Éste ha sido traducido del utilizado por Barlas et al⁷. Para poder llevar a cabo un análisis cuantitativo, se considerarán las respuestas a las 11 preguntas de cada cuestionario como variables cuantitativas discretas, entendiendo el 1 como la valoración más negativa, pues es cuando los pacientes pueden asegurar haber sentido que la intimidad del paciente no se respeta, y 5 como la valoración más positiva considerando lo contrario.

Las preguntas se van a analizar agrupadas según se vaya a explorar la valoración de la intimidad auditiva (preguntas 1 a 4), la visual (preguntas 5 a 8) o la privacidad global (preguntas 9 a 11) mediante la media de los valores obtenidos en dichas preguntas. De esta manera se obtendrán tres variables respuesta, variables cuantitativas continuas con rango 1-5.

Por tanto, para el análisis de los ítems 1 al 8 , serán consideradas acciones más significativas de pérdida de la intimidad visual y auditiva aquellas calificadas como 1 y 2 (“Seguro que Si” y “Probable que Si”) y por el contrario acciones menos significativas de pérdida de la intimidad visual y auditiva aquellas otorgadas como 4 y 5 (“Seguro que No” y “Probable que No”) con respecto al total, siendo determinantes estas últimas para establecer qué acciones son necesarias reforzar en pacientes hospitalizados en las unidades de críticos.

Las acciones menos perceptibles para los pacientes para valorar su intimidad serán aquellas consideradas y calificadas con un 3 (“No estoy seguro”) respecto al total de las puntuaciones otorgadas. Por otro lado, será considerada como privacidad global adecuada cuando la calificación en los ítems del 9 a 11 sea de 4 y 5 (“bastante” o “mucho”) e inadecuada cuando dicha puntuación sea 1-3 (“nada”, “algo” o “poco”) con respecto al total otorgado.

VARIABLE	TIPO	UNIDAD	FUENTE DE INFORMACIÓN	DEPENDIENTE/ INDEPENDIENTE
SEXO	Cualitativa	Hombre/mujer	Cuestionario-CRD	Independiente
EDAD	Cuantitativa	Años cumplidos	Cuestionario-CRD	Independiente
SERVICIO	Cualitativa	REA/UCI POLIVALENTE /UCI CORONARIA	Cuestionario-CRD	Independiente
DIAS DE HOSPITALIZACION	Cuantitativa	Días	Cuestionario-CRD	Independiente
PERCEPCION DE LA INTIMIDAD VISUAL Y AUDITIVA Ítem 1-8	Cualitativa	(1) Seguro que Si-(5) Seguro que No	Cuestionario-CRD	Dependientes
PRIVACIDAD GLOBAL Ítem 9-11	Cualitativa	(1) Nada-(5) mucho	Cuestionario-CRD	Dependientes

Tabla 1. Operacionalización de las variables del cuestionario-CRD

FASE PRIMARIA.- Tendrá su inicio en Enero de 2019 y finalizara en el último día del mes de Abril, se llevará a cabo la presentación del proyecto a las supervisoras de las diferentes unidades propuestas. También se realizará una división de las tareas a realizar por el equipo investigador y por aquellas personas que colaboren de una manera directa. Está incluida en esta fase primaria la impresión de los cuestionarios, así como la preparación de cualquier material fungible o no fungible que sea necesario.

FASE SECUNDARIA.- Periodo que comprende desde el 1 de Mayo de 2019 hasta el 31 de agosto de 2020. Supone el final de la hospitalización del paciente, en ella se administrara el cuaderno de recogida de datos (solventado las posibles cuestiones para su correcta realización).

Anexa a la misma, se incluirá una carta en la que se explica el objetivo del estudio, que la colaboración es voluntaria, anónima y desinteresada, y se pide de manera implícita su consentimiento informado.

FASE TERCIARIA.- corresponde a los últimos cuatro meses, siendo su inicio el 1 de Septiembre de 2020 y su finalización el 31 de Diciembre de 2020. En ella se procederá a recoger todos los cuestionarios y a revisarlos, siendo solamente válidos aquellos que estén cumplimentados en su totalidad de una manera correcta. A continuación se procesarán estadísticamente los datos y se sacarán los resultados más significativos, pudiendo ya ofrecer un primer informe con las conclusiones más relevantes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO I

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

ANÁLISIS ESTADÍSTICO II

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

4. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLINICA

Siguiendo las directrices del Plan Dignifica del SESCAM, cuyo objetivo principal es dotar de una mayor humanización a los centros sanitarios públicos de C-LM, aseguraremos una asistencia sanitaria digna con respeto, calidez e intimidad para el paciente, eje primordial del sistema sanitario. Inicialmente nace para dar respuesta a los colapsos de las urgencias hospitalarias.

El plan se va a desarrollar en tres puntos:

- Evaluación continua a través de indicadores de Calidad, Actividad y Procesos de una situación asistencial correcta.
- La actuación de respuesta.

- Toma de decisiones de gestión orientadas en cinco líneas estratégicas: mejorar la información y comunicación con el paciente, ofrecer una atención integral e integrada, profesionales como elementos activos, humanización de espacios y confort, e implicación y participación ciudadana

Uno de los logros que se han conseguido con este plan ha sido el de mejorar la intimidad en el trato con el paciente. Por eso con este estudio se pretende seguir avanzando y profundizando en todo lo relacionado con la percepción de la intimidad desde el punto de vista del eje principal, el paciente, y que las actuaciones en el campo de la enfermería vayan siempre ligadas con la garantía y mejora de este bien tan preciado.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Prieto L., Vélez E., Melero P., López Y., Martínez P., Moñino M. Conceptualización del derecho a la intimidad del paciente hospitalizado. Rev. Nure Investigación [revista en la Internet] Junio 2013 [acceso 12 de Septiembre de 2014]; 16: 1-8.
2. Ferrer C, Fernández M, Romero MS, Arana JL, Vielva J, Toro R, et al. La intimidad del cuidado y el cuidado de lo íntimo. Reflexiones éticas desde la enfermería. Asociación de bioética fundamental y clínica. Madrid, 2005.
3. Yepes R. Fundamentos de Antropología. 6a ed. Pamplona: Eunsa; 1996.

4. Marcuello A. y otros. I Symposium Internacional de Ética en Enfermería. Pamplona: Servicio de Publicaciones, Universidad de Navarra; 1989.

5. Marti M. La intimidad: Conocer y amar la propia riqueza interior. 6a ed. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2005.

6. Blanca J., Muñoz R., Caraballo M., Expósito M., Sáez R, Fernández M. La intimidad en el Hospital: La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. Rev. Índex Enferm [revista en la Internet]. 2008 Jun [acceso 25 de octubre de 2017]; 17(2): 106-110. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200006&lng=es

7. Mozota J., Moliner J., García A., Moreno J., Fernández R., Rabanaqué Percepción de intimidación de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios de Aragón. Rev. Emergencias [revista en la Internet] 2013 [acceso 25 de octubre de 2017]; 25: 445-450.

8. Código Deontológico de la Enfermería Española. Resolución nº 32/89 del Consejo General de Enfermería (14 de julio de 1989).

9. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado núm. 102, de 29 de abril de 1986.

10. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado núm. 311, de 29/12/1978.

11. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado núm. 274, de 15/11/2002.

12. Ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 55/2003, de 16 de diciembre. Boletín Oficial del Estado núm. 301, de 17/12/2003.

13. Watson J. Watson's Philosophy and the Theory of human caring in nursing. University of Colorado. Health Sciences Center. Denver, Colorado: Medical/Nursing; 1989.

14. Alberdi Castell R, Arriaga Piñeiro E, Zabala Blanco J. La ética del cuidado. Rev Rol Enf. 2006;29(3):191-8.

15. Paredes M, Ramos R. Percepción de las enfermeras y las pacientes sobre el respeto a la intimidad durante el proceso hospitalario [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2016.

TEMA 50. USO DEL TEST DEL ESTREPTOCOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

PAULA GUTIÉRREZ DÍAZ

CRISTINA DÍAZ PÉREZ

SHAMARA CASTILLO NOGRARO

LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- **¿PARA QUE SE USA EL TEST DEL ESTREPTOCO?**
- **MATERIALES QUE NECESITO.**
- **COMO SE REALIZA.**
- **PARA QUE SE HACE**
- **VENTAJAS E INCONVENIENTES.**
- **RESULTADOS**
- **BIBLIOGRAFÍA**

¿PARA QUE SE USA EL TEST DEL ESTREPTOCO?

El test del estreptococo es una prueba rápida realizada frecuentemente, en atención primaria para detectar estreptococos del grupo A..

Consiste en realizar un frotis rápido de la garganta, y pasados unos pocos minutos puede indicarnos la presencia de bacterias estreptocócicas del grupo A, que pueden provocar faringitis estreptocócicas y otras infecciones (incluyendo la escarlatina, los abscesos y la pulmonía).

MATERIALES QUE NECESITO

Para realizar la prueba necesitamos el kit de strep A, del cual existen diferentes marcas comerciales. Pero todas tienen en común:

- Cubiletes flexibles.
- Reactivos.
- Controles.
- Tiras reactivas.
- Hisopos estériles.
- Cassette (según marca comercial).

COMO SE REALIZA

- Para realizar el test, se pedirá al paciente que incline la cabeza hacia atrás y abra la boca lo máximo posible; nos ayudaremos de un depresor para evitar que la lengua nos impida la visualización. Con el hisopo de algodón se hará un frotis con la zona posterior de la garganta, alrededor de las amígdalas o cualquier zona susceptible de estar inflamada o roja.
- No se debe tocar con el hisopo la lengua, las encías, los dientes, ni las mejillas.

PARA QUE SE HACE

Se realiza para saber con rapidez si el dolor de garganta que presenta el paciente, está causado por estreptococos u por otro tipo de gérmenes (normalmente virus), los cuales no necesitan tratamiento antibiótico.

VENTAJAS E INCONVENIENTES

- VENTAJAS:
 - Es rápido
 - Puede dar arcadas, pero no existe ningún riesgo asociado a esta prueba.
- INCONVENIENTES:
 - Arcadas al realizar la prueba,
 - No usar enjugues bucales antes de la prueba, puede afectar al resultado.
 - Molestias al frotar el hisopo.
 - Pueden dar falsos negativos, por mala recogida de la muestra.

RESULTADOS DEL TEST

- Resultado negativo: Una línea roja de control del procedimiento, sin una línea de color azul.
- Resultado positivo: Cualquier línea de color azul, junto con una línea de control de color rojo.
- Resultado no válido: Si no aparece una línea roja de control o si el color de fondo imposibilita la lectura de la línea de control.

BIBLIOGRAFÍA

- Llor C, Hernández S, Gómez FF, Santamaría JM, Calviño O, Fernández Y. Validación de una técnica antigénica rápida en el diagnóstico de la faringitis por estreptococo â-hemolítico del grupo A. Aten Primaria. 2008;40: 489-96.
- Kids Health. Nemours. Marzo2015. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/test-rapid-strep-esp.html>

TEMA 51. DOLOR CENTROTORACICO QUE EMPEORA CON EL DECÚBITO.

MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVO**
- **MÉTODO**
- **RESULTADO**
- **CONCLUSIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 22 años sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias por dolor centrotorácico y fiebre de 24 horas evolución. En la anamnesis nos cuenta que el dolor empeora con el decúbito y con la inspiración forzada y mejora si se incorpora hacia delante. Con la anamnesis dirigida le preguntamos que si ha estado enfermo semanas antes y nos comenta que ha presentado una faringoamigdalitis días antes. En la exploración general presenta T^a 37,6°C. TA 121/55 mmHg. Fc 88 p.m. SatO₂ 98%. Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Coloración mucocutánea normal. Eupneico.

Mala tolerancia al decúbito por acentuación del dolor. Ligera hiperemia faringoamigadalar sin exudado purulento. Dolor en oído derecho con tímpano deslustrado sin otros signos de infección local. No rigidez de nuca ni signos meníngeos. No ingurgitación yugular. AC: rítmica sin soplos ni roces. AP: normal. Abdomen y EE: normales

OBJETIVO

Realizar un diagnóstico diferencial del dolor centrotorácico, ver la posibilidad de las complicaciones de la pericarditis siendo la principal el derrame pericárdico y mejorar la sintomatología del paciente

MÉTODO

Se solicita analítica, Rx tórax y ECG. Con los siguientes resultados: Rx de Tórax: sin infiltrados costofrénicos ni infiltrados. Analítica: normal. Troponina-uT: 3,5. CK 36/ Leucocitos 10.000 (70,4N%, 16,8L%, 11,3M%, 0,1E%, 0,5B%). ECG: elevación del segmento ST con concavidad superior de forma difusa y descenso del segmento PR en casi todas las derivaciones. Al paciente se le recomienda reposo en casa durante el brote inflamatorio, hasta que ceda el dolor y la febrícula. Para tratamiento de la pericarditis le pautaríamos Ibuprofeno 600 cada 8 horas.

RESULTADO

El paciente fue dado de alta y presentó mejoría con control por su médico de atención primaria sin necesidad de otro tratamiento.

CONCLUSIÓN

La sintomatología de la pericarditis es variada y va a depender por una parte del agente etiológico y de la cuantía del derrame, y lo más importante, de la duración de la instalación de este. En derrames pericárdicos importantes vamos a tener insuficiencia cardíaca derecha. Encontraremos frotis pericárdicos si este derrame es escaso, importantes disminución de los tonos cardíacos, distensión de las venas del cuello, disminución de la presión arterial (PA), diferencial y pulso paradójico, que consiste en disminución del pulso mayor de lo encontrado normalmente en la inspiración, lo contradictorio es que a la inversa del paciente normal hay distensión de las venas del cuello en vez de colapso.

Precordalgia opresiva que aumenta en decúbito, síntoma que uno debe tener muy en cuenta si hay patología infecciosa posible de riesgo de pericarditis. También tenemos hepatomegalia dolorosa. Todas estas sintomatologías pueden darse en forma muy variada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sagrista Sauleda J; Pericarditis aguda; Medicina Clínica; 123:505-8, 2004 2.
2. Lango RA, Hillis LD; Clinical Practice. Acute pericarditis; N Engl J Med 351:2195-202, 2004 3.
3. Spodick DH; Acute pericarditis: current concepts and practice; JAMA 289:1150-3, 2003 4.
4. Mans I; Electrocardiographic diagnosis on pericarditis; JAMA 289:2492, 2003
5. Troughton RW, Asher CR, Klein AL; Pericarditis; Lancet 363:717-27, 2004

TEMA 52. ANALGESIA EPIDURAL CONTINUA POSTOPERATORIA.

**ANA MARÍA PARRA CRUZ
BÁRBARA ROJAS SALINERO
TAMARA GIL BLANCO**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. INDICACIONES ANALGESIA EPIDURAL CONTINUA
3. EFICACIA ANALGESIA EPIDURAL
4. CUIDADOS CATÉTER EPIDURAL
5. EDUCACIÓN AL PACIENTE PORTADOR DE CATÉTER EPIDURAL
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

¿EN QUÉ CONSISTE LA ANALGESIA EPIDURAL?

Es una técnica de anestesia y analgesia loco-regional, muy utilizada en la práctica clínica. Consiste en inyectar anestésico local en el espacio epidural, que se encuentra entre el ligamento amarillo y la duramadre, de manera que se distribuye en sentido ascendente y descendente bloqueando los nervios espinales en su trayecto desde la médula espinal hasta los orificios intervertebrales correspondientes.

El bloqueo epidural afecta a todas las modalidades de la función nerviosa, es decir, motora, sensitiva y autonómica. Sin embargo, se puede obtener un bloqueo “diferencial” regulando la concentración del anestésico local. (1)

1. INTRODUCCIÓN

Cabe destacar la importancia de conocer las principales utilidades del bloqueo epidural como técnica anestésica para el control del dolor, ya que ofrece unas ventajas durante el acto quirúrgico, y además, en el postoperatorio de determinadas intervenciones para el control del dolor agudo.(1)

La utilización de la analgesia epidural continua con anestésicos locales asociados a concentraciones bajas de opiáceos ha aumentado de manera considerable en los últimos años ya que ha demostrado su alta efectividad en el alivio del dolor producido por la actividad o movimientos, y a los efectos fisiológicos positivos en el periodo perioperatorio. (2)

1. INTRODUCCIÓN

Se ha visto como el cirugía abdominal, sobre todo, ha supuesto ventajas en cuanto al bloqueo segmentario intenso limitado y centrado a los segmentos afectados, permitiendo así, una mejor calidad de analgesia y la disminución de efectos adversos, conservando la actividad motora de extremidades inferiores, permitiendo la deambulación temprana del paciente en el postoperatorio inmediato, y la limitación del bloqueo simpático a la región torácica conservando la actividad del simpático lumbar y evitando las alteraciones hemodinámicas consecuentes.(2)

2.INDICACIÓN DE ANALGESIA EPIDURAL CONTINUA

El catéter epidural con la infusión continua de analgesia epidural deberá instaurarse antes de iniciar la cirugía, asegurando así una analgesia intra- y postoperatoria. Cuando se utiliza de manera correcta, el paciente debe llegar a la unidad de Reanimación sin dolor.

Las cirugías más indicadas para colocar este tipo de analgesia son:

- Toracotomía
- Cirugía abdominal alta.
- Cirugía reconstructiva de MMII (Prótesis de rodilla).

También se han observado beneficios en otro tipo de cirugías como: genitourinarias, ginecológicas, otras cirugías ortopédicas... O cualquier otro tipo de cirugía que requiera un ingreso hospitalario en el que el paciente pueda ser portador del catéter epidural y así controlar el dolor postoperatorio. (3)

2.INDICACIÓN DE ANALGESIA EPIDURAL CONTINUA

Las ventajas que ha demostrado este tipo de analgesia, son entre otras:

- Disminución de la morbi-mortalidad perioperatoria.
- Menor incidencia de complicaciones, en general.
- Menor tasa de infecciones pulmonares.
- Menor tiempo necesario de intubación.
- Disminución de costes hospitalarios en pacientes de alto riesgo.
- Mejor analgesia.
- Menor sedación.
- Movilización precoz del paciente.(3)

3.EFICACIA DE LA ANALGESIA EPIDURAL

Los puntos clave que comprenden la eficacia de la analgesia epidural son:

- Individualización del tratamiento en base a las características del paciente: comorbilidad, riesgo y tipo de abordaje de la intervención quirúrgica, y en el contexto de las pautas de recuperación postoperatoria.
- Preparación estandarizada en Farmacia de la solución epidural, compuesta por bajas dosis de anestésicos locales y bajas dosis de opioides.
- Pauta estandarizada PCA, a un ritmo de 3-5ml/h, bolos a demanda por el paciente de 3-5 ml. Con un tiempo de bloqueo entre ellos de unos 10-15 min.
- Además de la solución epidural, control del dolor con pauta de analgesia multimodal y opioides de rescate.(4)

4. CUIDADOS DEL CATÉTER EPIDURAL

- Revisar el apósito, una vez por turno, al menos, por si estuviera manchado, deteriorado o levantado. El cambio de apósito se realizará cada 72 horas, o antes en caso de estar manchado o deteriorado.
- Vigilar la aparición de efectos secundarios como: cefalea, parestesias, retención urinaria. En caso afirmativo, avisar a facultativo.
- Valoración del estado neurológico durante las ocho horas posteriores cuando se haya retirado el catéter: movilidad, sensibilidad, dolor de espalda...Se avisará al facultativo en caso de aparición de alteraciones.
- Comprobar las que las etiquetas de identificación de la vía y el sistema de infusión están siempre colocadas.
- Mantener vía venosa al menos, 24 horas tras la retirada del catéter. (5)

5. EDUCACIÓN AL PACIENTE PORTADOR DE CATÉTER EPIDURAL

Se recomendará al paciente portador de catéter epidural o al cuidador:

- Movimientos adecuados para evitar los desplazamientos del catéter.
- Deberá comunicar si observa el apósito manchado o la línea de infusión desconectada y la aparición de variación en la sensibilidad, cefaleas, dolor de espalda...
- Es normal que el paciente note cierto grado de parestesia, como hormigueo o acorchamiento.
- Es conveniente que camine, siempre acompañado, en el caso de no estar contraindicado.(5)

6. BIBLIOGRAFÍA

1. J.L. Aguilar. M.A. Mendiola. X.S. Blanch. Bloqueo y Anestesia Epidural. Disponible en: http://www.grupoaran.com/sedar2005/cursos_talleres/taller3/Capitulo4/BLOQUEO_Y_ANESTESIA_EPIDURAL.pdf
2. J. Onasis F-L., L. Cantillo H., J.A Robinson J., D. González R., Alina Videaux R., M. Correoso B., Y. Romero N. Hospital general docente “Dr. Agosthino Neto” Guantanamo. Analgesia epidural continua para controlar dolor posoperatorio de cirugía abdominal mayor.
3. J.M. Muñoz. Bloqueos regionales centrales. Analgesia Epidural. Disponible en: <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/11/bloqueos-regionales-2.pdf>

6. BIBLIOGRAFÍA

4. N. Esteve Pérez. C. Mora Fernández. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. Rev. Soc. Esp. Dolor 2018; 25(1): 1-3. Analgesia epidural postoperatoria: ¿Cuál es su papel en la práctica anestésica actual?.
5. Cuidados del catéter Epidural y Paravertebral. Código PD-GEN-88. Versión 4. Entrada en vigor: 07/10/2013. Pág. 1-9. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Comunidad de Madrid. Documentación de Enfermería. Disponible en: <https://studylib.es/doc/6775191/definici%C3%B3n-cuidados-del-cat%C3%A9ter-epidural-y-paravertebral>

**TEMA 53. BRONQUIOLITIS AGUDA
VÍRICA
EN EL LACTANTE.**

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: La bronquiolitis aguda es la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en los lactantes, entre los que tiene una incidencia anual del 10% y una tasa de ingreso de entre el 2 y el 5%, con un incremento importante en los últimos años.(1)

Objetivos: conocer que es, como funciona, y las medidas de control de la bronquiolitis.

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 la bronquiolitis, así como de sus causas y medidas higiénicas para prevenirla.

Conclusiones: existen suficientes evidencias acerca de la eficacia que las medidas higiénicas tienen para prevenir la bronquiolitis.

Palabras clave: bronquiolitis, pediatría, higiene.

Introducción y justificación

Una de las principales causas de morbi mortalidad en los niños de nuestro entorno son las infecciones respiratorias. La bronquiolitis es uno de los cuadros respiratorios más importantes que padecen los niños menores de dos años, sobre todo durante los seis primeros meses de vida, y representa uno de los principales motivos de consulta a las unidades de urgencias pediátricas. Se trata de una infección aguda de las vías respiratorias bajas que se caracteriza por la inflamación de la parte más distal: los bronquiolos. El principal agente etiológico es el Virus Respiratorio Sincitial (VRS), ya que está presente entre el 50% y el 90% de los casos de bronquiolitis.(4)

Objetivos

- Conocer las causas de la bronquiolitis
- Desarrollar métodos de prevención

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: bronquiolitis, pediatría, higiene. 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 bronquiolitis. 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 12 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 la bronquiolitis.

Desarrollo

La bronquiolitis es la infección respiratoria aguda de vías respiratorias inferiores más frecuente en niños menores de un año y supone el 18% de todas las hospitalizaciones pediátricas. En 1993, McConnochie estableció unos criterios clínicos para definir la bronquiolitis:

- Primer episodio agudo de sibilancias en un niño menor de 24 meses.
- Disnea espiratoria.
- Existencia de pródromos catarrales. Habitualmente está causada por virus y se caracteriza por inflamación aguda, edema y necrosis de las células epiteliales de los bronquios más pequeños, junto con hipersecreción de moco.(3)

El virus respiratorio sincitial (VRS) es el virus detectado con más frecuencia en los niños con bronquiolitis causando aproximadamente el 70-80% de las bronquiolitis, su circulación es típicamente estacional, con un pico de máxima incidencia entre los meses de noviembre y febrero.

El VRS es un virus muy infeccioso que se transmite mediante secreciones y fómites (como la ropa o las manos), donde puede permanecer viable hasta 12 h. Tras un estornudo o la tos se encuentran partículas con virus hasta a 2 m del paciente. El virus penetra en el huésped a través de la mucosas ocular, nasal o bucal.(2)

Medidas higiénicas en la comunidad:

- Educar a los padres y/o cuidadores sobre el correcto lavado de manos, con jabón o solución hidroalcohólica
- Limitar el número de visitas, sobre todo en el caso de prematuros o niños muy pequeños
- Evitar contacto con personas afectas de infecciones respiratorias
- Evitar la exposición al humo del tabaco y ambientes cargados
- Educar a los padres y/o cuidadores sobre los signos y síntomas de la bronquiolitis
- Evitar, si es posible, la guardería y escolarización temprana de los prematuros y niños con factores de riesgo.
- Promover la lactancia materna(3)

Medidas higiénicas en el centro sanitario

- Informar al personal sanitario y a los padres/cuidadores sobre las vías de transmisión y las medidas a tomar
- El personal de enfermería que atiende a niños de riesgo no debería atender a los afectos de bronquiolitis
- Lavado de manos (la medida más importante), antes y después del contacto directo con el paciente y del contacto con objetos del entorno, tras quitarse los guantes. Se recomienda el uso de gel alcohólico
- Medidas de barrera como el uso de batas y guantes desechables. Uso de mascarilla si contacto directo con el paciente (menos de un metro de distancia) y si se manejan muestras respiratorias(3)

- Desinfectar las superficies de contacto y el material médico
- Desinfectar fonendoscopios con gel alcohólico durante el pase de visita entre paciente y paciente y al finalizar la misma
- Aislar a los pacientes con bronquiolitis
- Restringir las visitas de personas afectas de infección respiratoria(3)

Discusión y conclusiones

Como hemos visto a lo largo de esta revisión, la bronquiolitis causada por VSR está ligada a los meses de invierno, con lo que una buena prevención realizando las medidas higiénicas citadas podemos evitar en gran medida su contagio.

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Pediatrics. 2006;118:1774-93.
2. Claret G, Simó M, Luaces C. Bronquiolitis aguda en la urgencia pediátrica. Anales de pediatría. 2010; 8(6): p. 271-333.
3. García García ML, Korta Murua J, Callejón Callejón A. Bronquitis aguda viral. NeumoPed. 2017;(1): p. 85-102.
4. León Carrillo B, Baldris Catafau J, Jiménez Martínez S. Factores de riesgo más prevalentes en las bronquiolitis por virus respiratorio sincitial en lactantes de 0 a 24 meses. Ciber revista. 2015;(43).

TEMA 54. EL FINAL DE LA VIDA.

PATRICIA CARRERA MARTÍN

MARIA RAMAJO HOLGADO

MIRIAM CIGANDA CENOZ

LAURA ARMENDÁRIZ GONZÁLEZ

ÍNDICE

- 1. QUÉ SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS**
- 2. PRINCIPIOS GENERALES DE LOS C.P**
- 3. PACIENTE TERMINAL SEGÚN SECPAL**
- 4. FILOSOFÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS**
- 5. FORMAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN**
- 6. HIPODERMOCLISIS**
- 7. ZONAS PUNCIÓN VÍA SUBCUTÁNEA**
- 8. FÁRMACOS MÁS USADOS**

1. SEGÚN LA OMS LOS CUIDADOS PALIATIVOS:

- Proporcionan un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Alivian el dolor y otros síntomas angustiantes.
- Afirman la vida y normalizan la muerte.
- Respetan el ritmo de cada persona para morir.
Integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.

1. SEGÚN LA OMS LOS CUIDADOS PALIATIVOS:

- Cuentan con un enfoque multidisciplinar.
- Ayuda en el duelo a familia y paciente.
- Mejoran la calidad de vida, y proporcionan una influencia positiva en el proceso de enfermedad.
- No son exclusivos de la etapa final, sino se pueden dar desde el inicio conjunto con distintos tratamientos(cirugía, QT, RT).

2. PRINCIPIOS GENERALES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

1. Evaluar bien la situación antes de tratar.
2. Explicar al paciente y familia el porqué de esos cuidados.
3. Trazar en conjunto una estrategia terapéutica.
4. Monitorización continua del proceso.
5. Prestar especial atención a los detalles.
6. Importante: Tratar siempre a paciente y familia.

3. PACIENTE TERMINAL SEGÚN SECPAL

- Presencia de una enfermedad incurable y progresiva en estado avanzado.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia, relacionado con la presencia, de la muerte, explícita o no.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

4. FILOSOFÍA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- Ofrecer apoyo a la familia para afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el duelo.
- Considerar la muerte como un proceso natural.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- No acelerar ni prolongar la muerte, sino respetar su ritmo.
- Aliviar al paciente el dolor y los síntomas.
- Integrar aspectos psicológicos, espirituales y sociales en la atención del paciente.

5. FORMAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

- En Bolus: más riesgo de picos. Difícil control. Más complicado de manejar por la familia.
- Infusión continua (infusor): mejora el control de síntomas , más cómodo para familia y profesionales. Permite poner dosis extras.
- Hipodermocclisis: administración s/c de fluidoterapia.

6. HIPODERMOCLISIS

Técnica de elección para fluidoterapia parenteral no urgente. Tratamiento de síntomas neuropsicológicos (delirium, mioclonías, hiperalgesia) por toxicidad por opiáceos o por hipercalcemia tumoral.

Desventajas

Limitada por el volumen a infundir y lentitud.

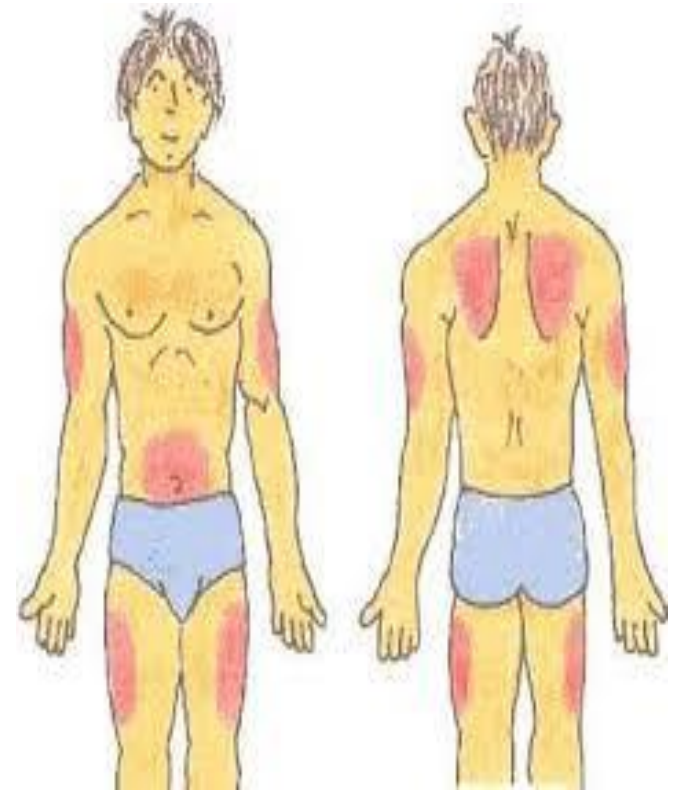
No útil en situaciones de emergencia o deshidratación severa.

Ritmo de infusión

1. Administración en bolus (se pueden repetir)
2. Infusión continua (litro y medio al día por punto de infusión) durante 24 h
3. Infusión continua nocturna (un litro en 6-8 horas)

7. ZONAS PUNCIÓN VÍA SUBCUTÁNEA

- Infraclavicular. No tejido mamario.
- Zona deltoidea. No hipodermocclisis.
- Abdomen. Hipodermocclisis
- Cara anterior de los muslos. Preferiblemente para hipodermocclisis.
- Zona escapular. (pacientes confusos, admite grandes volúmenes)



8. FÁRMACOS MÁS USADOS

Ejemplos de combinaciones:

Morfina + Midazolam

Morfina + Buscapina

Morfina + Haloperidol

Morfina + Haloperidol + Buscapina o Escopolamina

Morfina + Midazolam + Escopolamina o Buscapina

Morfina + Midazolam + Haloperidol + Buscapina o Esc.

Deben administrarse solos:

Metoclopramida

Furosemida

Ketorolaco

Dexametasona

Diclofenaco

Levomepromazina

BIBLIOGRAFÍA

- Risgven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 20 ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
- Manual de Medicina Paliativa. C.Centeno, M. Gómez Sancho, M.Nabal Vicuña, A. Pascual López. 1ªEdición 2009
- La atención en últimos días. Aten Primaria. 2002;30(5):318-322.
- Talleres grupo de trabajo de Cuidados Paliativos Semfyc.
www.semfyc.es/es/grupos_trabajo/paliativos/documentos_grupo
- J.Porta;X.GómezBatiste;A.Tuca. Manual de control de síntomas en paciente con cáncer avanzado y Terminal. 2ª edición. Edit. Aran. 2008
- Guía de sedación paliativa. Disponible en: www.secpal.com
- Consejo general de de colegios oficiales de médicos. Disponible en: www.cgcom.com
- Cancer-Pain.org [actualizado 16 May 2002; citado 20 Feb 2019]. Disponible en: <http://www.cancer-pain.org/>

**TEMA 55. HIPOTERMIA
PERIOPERATORIA IMPREVISTA:
EFECTOS SECUNDARIOS Y
METODOS DE PREVENCIÓN.**

**LUCÍA ARNEDO LADRÓN
NEREA CORNAGO NAVASCUÉS
PATRICIA SANZ MARTINEZ
ERIKA NAVARRO RUIZ**

ÍNDICE

- 1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.**
- 2. INTRODUCCIÓN.**
- 3. HIPOTERMIA PERIOPERATORIA IMPREVISTA.**
 - 3.1. CONCEPTOS IMPORTANTES A DEFINIR.**
 - 3.2. CAUSAS.**
 - 3.3. MECANISMOS DE PÉRDIDA DE CALOR.**
 - 3.4. FASES DE PÉRDIDA DE CALOR.**
 - 3.5. EFECTOS SECUNDARIOS.**
 - 3.6. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.**
- 4. CONCLUSIONES.**
- 5. BIBLIOGRAFÍA.**

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.

La hipotermia es un problema habitual durante un proceso perioperatorio. En algunas ocasiones, no se tiene en cuenta el mantenimiento de la normo-termia por parte del personal de enfermería durante el desarrollo de una intervención quirúrgica y esto puede ocasionar efectos secundarios en el paciente.

En el siguiente trabajo se hablará de la hipotermia, de los posibles efectos secundarios, así como de los métodos de prevención de la hipotermia imprevista perioperatoria.

Palabras clave: hipotermia, medidas de calentamiento, termorregulación.

2. INTRODUCCIÓN.

La hipotermia es el descenso de la temperatura corporal por debajo de los 36°C, momento en el cual los mecanismos compensadores del organismo para mantener la temperatura del cuerpo comienzan a fallar.

La hipotermia perioperatoria es uno de los trastornos más frecuente en pacientes quirúrgicos y por ello, debería ser evitada para disminuir la morbimortalidad en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica.

Toda persona implicada en la asistencia del paciente, y sobre todo el personal enfermero, debe estar mentalizado en el mantenimiento de la temperatura dentro de los límites de la normalidad. Para ello, se usarán distintos dispositivos y métodos para la prevención de la hipotermia perioperatoria.

3. HIPOTERMIA PERIOPERATORIA IMPREVISTA.

La hipotermia perioperatoria imprevista se produce por pérdida de calor corporal superior a la capacidad del organismo para generar calor. Es inherente al ámbito quirúrgico y ocurre durante la administración de la anestesia o se desarrolla la intervención quirúrgica.

Muchos pacientes a los que se les ha realizado un procedimiento quirúrgico explican que han experimentado frío antes, durante y después de la cirugía, lo cual se podría haber evitado. A veces, puede suceder que se cuide la comodidad del médico y personal, pero se olvide la del paciente, por lo que es labor de enfermería poner los medios necesarios para que prevenir dicha situación.

3.1. CONCEPTOS IMPORTANTES A DEFINIR.

Normo-termia: temperatura corporal entre 36° y 38° C. En personas sanas su variación es inferior a 1° C.

Hipotermia: temperatura corporal inferior a 36° C.

- Leve: temperatura corporal entre 33° y 35° C. Va acompañado de temblores, confusión mental y torpeza de movimientos.
- Moderada: temperatura corporal entre 30° y 33° C. Va acompañado de síntomas anteriores junto con desorientación, estado de semiinconsciencia y pérdida de memoria.

- Grave: temperatura corporal inferior a 30° C. Va acompañado de pérdida de consciencia, dilatación pupilar, bajada de tensión y latidos cardiacos muy débiles.

Termorregulación: control o mantenimiento de la temperatura dentro del rango normal (resultado entre la ganancia y perdida de calor).

3.2. CAUSAS.

- Características del paciente: edad extrema (niños, ancianos), estado nutricional o presencia de enfermedades de base como diabetes o enfermedades cardiovasculares.
- Depresión del centro termorregulador por efecto secundario de agentes anestésicos, tanto en anestesia general como regional.
- Efectos ambientales de quirófano: temperatura, duración de la cirugía y uso de fluidos endovenosos fríos.

3.3. MECANISMOS DE PÉRDIDA DE CALOR.

- Radiación: participa el aire. Al exponer al paciente, la piel pierde calor hacia el ambiente.
- Convección: participa la temperatura del aire. Al estar en contacto con la piel causa enfriamiento.
- Evaporación: o pérdida de pequeñas cantidades de calor, debido a los gases respiratorios que se eliminan.
- Conducción: pérdida de temperatura corporal por contacto del cuerpo con superficies o instrumentos fríos.

3.4. FASES DE PÉRDIDA DE CALOR.

- Primera fase:
 - Rápida disminución de la temperatura, que puede ir desde una décima hasta un grado y medio.
 - Caída rápida, entre 45 minutos y una hora.
 - Depende de las características del paciente y del ambiente quirúrgico.
 - El precalentamiento previo a la cirugía puede disminuir e incluso evitar esta fase.

- Segunda fase:
 - La temperatura sigue disminuyendo, pero de manera más lenta.
 - Se produce durante las 2 o 3 horas siguientes.
 - Es necesario calentar al paciente en quirófano.

- Tercera fase:

- La temperatura se mantiene estable cuando alcanza los 34° C, pero el calor corporal puede seguir bajando hasta adquirir temperatura ambiental.

- En casos extremos puede conducir hasta la muerte.

- Es necesario calentar al paciente en quirófano.

3.5. EFECTOS SECUNDARIOS.

- Isquemia miocárdica: la hipotermia es un predictor independiente de enfermedad cardiovascular, por lo que la conservación de la normo-termia durante el peri-operatorio se vincula con la disminución del 55% en el riesgo de padecer sucesos cardiacos adversos.
- Trastornos de la coagulación sanguínea: la hipotermia intraoperatoria incrementa el sangrado quirúrgico un 16% y el riesgo de transfusiones un 22%.

- Infección de la herida quirúrgica: la hipotermia produce vasoconstricción periférica, con la consecuente reducción de la presión parcial de oxígeno tisular y deterioro de la función inmunitaria.
- Alteración en la farmacocinética y farmacodinámica de anestésicos: la hipotermia altera de manera considerable el metabolismo de fármacos anestésicos, debido principalmente, a que las enzimas encargadas de su metabolización son muy sensibles a los cambios de temperatura corporal.
- Temblor y dis-confort postoperatorio: el confort térmico se ve afectado notablemente aun con grados leves de hipotermia. Los pacientes indican, asiduamente, la sensación de frío intenso como el aspecto más desagradable de su estancia hospitalaria, inclusive más que el dolor posoperatorio.

3.6. MÉTODOS DE PREVENCIÓN.

Debido a la dificultad, durante el desarrollo de la intervención quirúrgica, de que el paciente mantenga la temperatura corporal, el personal enfermero tiene como objetivo conservar la normo-termia del paciente y optimizar los métodos de calentamiento peri-operatorios.

Tipos:

1. Precalentamiento:

Es el calentamiento previo a la intervención quirúrgica. Se realiza normalmente con aire circulante calefaccionado, durante una o dos horas previas a la inducción anestésica.

2. Aislamiento pasivo:

- Dicho aislamiento se realiza con cobertores en la zona de cabeza, cuello y extremidades.
- Estos pueden ser variados como vendas de algodón, vendas de crepe, vendas tubulares, sabanas quirúrgicas, mantas de calor, gorros y campos quirúrgicos de papel.
- El aislamiento pasivo reduce la pérdida de calor sin afectar el confort del cirujano.
- Son bastante eficaces para evitar hipotermia, pero no cuando se utilizan de forma aislada.

3. Calentamiento activo:

La magnitud de calor transferida con los sistemas de calentamiento activo es directamente proporcional al área de superficie cubierta.

-Colchón de agua caliente circulante:

- Método clásico de calentamiento intraoperatorio, usado por décadas.
- Eficacia limitada ya que el área dorsal o frontal del paciente (lugar de colocación) es pequeña en relación a la superficie corporal total.
- Riesgo de quemaduras o necrosis de presión y calor, si se utiliza a más de 38°C.

-Aire forzado calefaccionado:

- Sistemas más utilizados actualmente.
- Reduce las pérdidas de calor al sustituir las superficies frías de la sala por una capa de aire caliente.
- Se conecta a una manta de calor, por donde se administrará el aire caliente.
- Efectivo incluso en cirugías mayores.

-Cobertor de agua calefaccionada circulante:

- Sistema de calentamiento de agua que la hace circular a través de un cobertor especial, que envuelve al paciente en su superficie anterior y posterior.
- Utiliza un sistema electrónico de control para ajustar la temperatura del agua, de acuerdo al estado térmico del paciente.
- Eficacia similar o incluso mayor al cobertor de aire forzado, pero es mucho más caro.

-Cobertor eléctrico:

- Sistema que consiste en seis segmentos independientes alimentados por una única corriente eléctrica.
- Cada segmento está formado por un tejido de fibra de carbono.
- Tiene la flexibilidad de cubrir grandes superficies corporales, lo que los hace útiles en cirugías que requieren posiciones donde es difícil aplicar otros dispositivos. Esto les permite cubrir amplias zonas a temperaturas más bajas (más seguro).
- Eficacia similar a dispositivos de aire forzado, aunque más costoso.

-Calentamiento por fuente radiante:

- Sistema que consiste en una lámpara incandescente especial para generar radiación infrarroja.
- No requieren contacto directo con el paciente, por lo que es un sistema de elección en cuidados intensivos neonatales y cirugías pediátricas.
- Poco usados en quirófano.

-Calentamiento de fluidos:

- Sistema que consiste en un calentador enchufado a la corriente eléctrica, por donde se conecta el fluido que se quiere calentar.
- Evitan el enfriamiento durante la infusión de líquidos fríos.
- Es un complemento de otras medidas de calentamiento cutáneo activo.

4. CONCLUSIONES.

- La hipotermia perioperatoria es una complicación habitual y asiduamente infravalorada en el paciente quirúrgico. Normalmente provoca un incremento importante de los efectos adversos como infección de la herida quirúrgica, alteraciones cardiovasculares o trastornos de la coagulación sanguínea en el paciente. Esto ayuda al aumento de la estancia en la URPA (Unidad de Reanimación Posanestésica) y en el hospital, lo que conllevará una elevación de los costes sanitarios.
- El método que indica mayor efectividad para prevenir la hipotermia perioperatoria es el calentamiento activo mediante aire forzado calefaccionado unido a medidas de calentamiento pasivo y calentamiento de fluidos, además de la opción de precalentamiento.

- El personal enfermero es el encargado de que el paciente, durante el peri-operatorio, posea el mayor confort y comodidad posible, por lo que uno de sus cometidos es intentar prevenir la hipotermia perioperatoria, en la medida de lo posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Campos J.M., Zaballos J.M. Hipotermia intraoperatoria no terapéutica: causas, complicaciones, prevención y tratamiento (I parte). Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2003;50:135-144.
- Zaballos J.M., Campos J.M. Hipotermia intraoperatoria no terapéutica: prevención y tratamiento (II parte). Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2003;50:197-208.
- Cobano Escolar,F; Barberá Lorca M. Hipotermia durante el proceso quirúrgico: implicaciones prácticas para la prevención y tratamiento. Evidentia. 2005;2(6):151.

TEMA 56. CUIDADO DE LA FISTULA ARTERIOVENOSA INTERNA.

**MARTA ATIENZA CORREAS
MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ
ESTHER NUÑEZ DE ARENAS ARANDA**

ÍNDICE

- **Introducción 3**
- **Accesos vasculares 4**
- **Cuidados de la FAVI 5**
 - **Pre-operatorio**
 - **Post-operatorio**
 - **Maduración**
 - **Hemodiálisis**
- **Conclusión 12**
- **Bibliografía 13**

INTRODUCCIÓN

En España, la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) se ha incrementado en los últimos años (13%) por encima de la media europea, según The Global Kidney Health Atlas.

Cada año unas 6.400 personas con insuficiencia renal avanzan en el deterioro causado por su enfermedad hasta necesitar Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) ¹.

De todas las técnicas de TRS la primera que se ideó y la que más difusión y aplicación tiene es la Hemodiálisis (el 90% de los pacientes con TRS en España), para llevarla a cabo es necesario la realización de un acceso vascular².

ACCESOS VASCULARES

Dentro de los accesos vasculares encontramos los transitorios (catéter venoso provisional) y los permanentes, el catéter venoso central (CVC) y la fistula arteriovenosa interna (FAVI), nativa o protésica.

La FAVI nativa es considerada el mejor acceso vascular ya que proporciona un flujo de sangre adecuado, es de fácil acceso, resistente a las punciones y tiene una tasa de complicaciones menor que otros tipos de AV³⁻⁶.

La localización de la FAVI nativa debe ser lo más distal posible y en la extremidad no dominante del paciente. Las uniones arteriovenosas más frecuentes son: radio-cefálica (Brescia-Cimino), radio-basílica, humero-cefálica y humero-basílica³.

CUIDADOS DE LA FAVI

La calidad del acceso vascular va a condicionar la eficiencia y la efectividad de la hemodiálisis, por ello en el presente trabajo se expondrán los cuidados que enfermería deberá llevar a cabo para disminuir la aparición de complicaciones. Los cuidados han de comenzar en el periodo pre-operatorio y continuar durante la maduración y el tiempo de utilización.

Pre-operatorio:

- Educación sanitaria al paciente, proporcionando información sobre: tipo de FAV, ubicación, uso y funcionamiento.
- Instruir al paciente para que no permita que se le realicen punciones en el lugar donde se va a realiza la FAV, para mantener la red venosa en óptimas condiciones⁴⁻⁶.

Post-operatorio:

- Monitorizar constantes vitales. Nunca se medirá la tensión en el brazo de la FAV.
- Exploración física de la FAV. Se debe comprobar soplo, thrill y latido para detectar fallos tempranos o trombosis.
- Control del apósito para la detección de signos de hemorragia. No se colocarán apósitos compresivos.
- Mantener elevada la extremidad, para favorecer la circulación de retorno y evitar la aparición de edema.
- Examinar la extremidad de la FAV y el estado circulatorio para descartar signos de isquemia o síndrome de hipoperfusión distal (o de robo). Se deben palpar los pulsos distales y comprobar el relleno capilar.

- Si no ha habido ningún sangrado se realizará la primera cura a las 24h
- Se retirarán los puntos de forma alterna a partir del séptimo día.
- Se educará al paciente para que lleve a cabo el autocuidado de su FAVI:
 - ✓ La autoexploración de la fístula, palpación thrill.
 - ✓ La higiene, debe mantener limpia y seca la FAV mediante lavado diario.
 - ✓ Evite ropa apretada, relojes, pulseras, traumatismos, dormir del lado de la FAVI y levantar peso
 - ✓ Informe de la presencia de cualquier signo de infección (eritema, calor, dolor, edema...) ⁴⁻⁶.

Maduración:

Es el tiempo necesario desde la creación de la FAV hasta el momento de realizar la primera sesión de hemodiálisis. Se recomienda que se inicien las punciones pasadas dos semanas en el caso de las FAV nativas y entre 2 y 4 semanas en las protésicas.

- Observar zonas de posible punción o estenosis
- Explicar al paciente como serán las primeras punciones
- Instruir en el uso de anestésicos locales en caso de aplicación⁴⁻⁶.

Hemodiálisis:

- Antes de la punción se debe realizar la observación, palpación y auscultación del acceso vascular.

- La punción debe de ser aséptica, Se tiene que lavar la zona de punción con agua y jabón, sobre todo cuando se haya utilizado anestésico local. Como desinfectante se puede utilizar alcohol 70 %, povidona yodada o clorhexidina alcohólica. La aguja será de pequeño calibre (17G) aumentando el grosor a medida que se vaya desarrollando el trayecto (15G) .
- La punción se puede realizar mediante diferentes métodos, pero los más aconsejados son:
 - ✓ Técnica de punción escalonada: consiste en distribuir las punciones de manera equitativa a lo largo de toda la longitud de la vena de la fístula. Más dolorosa.

- ✓ Técnica en ojal (buttonhole): punción en un único punto utilizando la misma profundidad y ángulo de punción para la creación de un túnel subcutáneo. Menos dolorosa.
- Evitar puncionar en áreas erosionadas, con costras, hematomas o signos de infección.
- La punción venosa debe realizarse en dirección proximal mientras que la arterial podrá ser distal o proximal, con una distancia entre ambas suficiente para evitar la recirculación. Tras la punción el bisel deberá quedar hacia abajo.
- Intentar no manipular agujas durante la sesión.

- Al finalizar la sesión, retirar la agujas en el mismo ángulo que se colocaron.
- En las primeras sesiones o en caso de incapacidad el personal de enfermería deberá realizar la hemostasia, con presión continua y sin interrupciones, posteriormente se instruirá al paciente para que el mismo la realice. Si fuera necesario se pueden utilizar apósitos de colágeno.
- La hemostasia varía entre 10-15 minutos⁴⁻⁶.

CONCLUSIÓN

La pérdida de la FAV es un grave complicación del paciente de hemodiálisis, ya que implica la implantación de un CVC, que no está exento de complicaciones, y en algunos pacientes, es difícil la realización de nuevos accesos.

Unos cuidados exhaustivos de la FAVI, prolongan la supervivencia del acceso vascular, disminuyendo las complicaciones y mejorando la calidad de vida de estos paciente, por lo que es imprescindible que como enfermeros los conozcamos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Nefrología. *Código Riñón, una iniciativa para la promoción de la salud renal*. S.E.N. <https://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=101> (último acceso 18 de febrero 2019).
2. Lorenzo Tapia Francisco. *Cuidados Enfermeros En La Unidad de Hemodiálisis*. Málaga.Vértice.2008
3. Gómez Coca S., Ortiz Fernández S., Villamayor Ruiz E.M. Técnica de punción idónea de la fistula arteriovenosa según la evidencia científica. *Trances*.2018; 10(2):187-198.
4. Ibeas José, Roca-Tey Ramón, Vallespín Joaquín, Moreno Teresa, Moñux Guillermo, Martí-Monrós Anna et al. Guía clínica española de acceso vascular para hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*.2017;37(1):1-177

5. Fernández Medina María Isabel. Cuidados de la fístula arteriovenosa durante la sesión de hemodiálisis. *ENE Revista de Enfermería*.2013; 7(1).
6. López Fort Estefanía, Pereiro Soriano Javier. Cuidados de enfermería en la fístula arteriovenosa interna nativa para hemodiálisis. *Enfermería Integral*.2016; 112: 22-26.

**TEMA 57. CUIDADOS DEL PIE
DIABÉTICO
EN LA ATENCIÓN
HOSPITALARIA.**

VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS

**NOELIA ISABEL ÁLVAREZ
CASTELLANOS**

ELISA BLANCO GONZÁLEZ

EVA MARÍA GALENDE SANDÍN

ÍNDICE

- **1. INTRODUCCIÓN**
- **2. METODOLOGÍA**
- **3. OBJETIVOS**
- **4. RESULTADOS**
- **5. CONCLUSIÓN**
- **6. BIBLIOGRAFÍA**

1. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más comunes y sus complicaciones vasculares son la principal causa de morbi-mortalidad entre la población diabética. Dan lugar a un importante número de secuelas invalidantes entre la que destaca el pie diabético, que origina frecuentes ingresos hospitalarios y puede terminar con la pérdida de la extremidad.

El pie diabético es una alteración clínica de etiología neuropática que causa una lesión o ulceración del pie. Suele ser ocasionada por hiperglucemia mantenida, isquemia y desencadenada por un traumatismo.

2. METODOLOGÍA

Se utilizaron buscadores de Ciencias de la Salud como: SciELO, PubMed español, Dialnet

Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión de artículos científicos:

- . Temática sobre pie diabético.
- . Texto completo y gratuito en idioma español.
- . Sin restricción en año.

Criterios de exclusión:

- . Texto en idioma distinto del español.
- . Restricción en año.

Palabras clave: diabetes mellitus, pie diabético.

3. OBJETIVOS

.FACTORES DE RIESGO.

.ESTRATEGIAS PREVENTIVAS.

.EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE COMO PARTE DEL TRATAMIENTO.

4. RESULTADOS

.FACTORES DE RIESGO

Padecer pie diabético puede ocasionar la amputación de la extremidad inferior lo cual originaría incapacidades, repercusiones sociales y elevado coste económico, de ahí saber reconocer los factores de riesgo relacionados con la aparición de las lesiones así como a desarrollar estrategias preventivas y tratamiento precoz.

Hoy día se sabe que la **neuropatía**, la disminución del flujo sanguíneo por **enfermedad vascular** y la presencia de **infección severa**, son los factores de riesgo de mayor importancia para el desarrollo de úlceras.

También destacan:

- . Presencia de deformidades óseas.
- . Alteraciones en el apoyo plantar.
- . Historia previa de úlceras.
- . Traumatismos menores.
- . Hiperglucemia.
- . Predisposición a la infección.
- . Microangiopatías.

- . Amputaciones previas de miembros inferiores.
- . Hipertensión arterial.
- . Diabetes descompensada.
- . Hiperlipidemia.
- . Deficiencias en la dieta.
- . Deficiente educación en el cuidado de los pies.
- . Exceso de peso.
- . Higiene inadecuada.

- . Hábito de fumar.
- . Sedentarismo y obesidad.
- . Aislamiento social.
- . Bajo nivel socioeconómico.

Normalmente las lesiones en el pie diabético son una mezcla de patologías y factores de riesgo combinados en un mismo paciente.

El control de los factores de riesgo del pie diabético desempeña un papel fundamental en la reducción de la incidencia de esta afección.

.ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

El pie diabético repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes por lo que es necesario realizar prevención primaria durante el período prepatogénico.

Es importante conocer los pacientes con factores de riesgo que los hacen susceptibles de padecer la enfermedad y el riesgo relativo que tienen de padecerla.

Se puede prevenir con la aplicación de programas de prevención basados en la detección precoz de:

.neuropatía.

.evaluación de factores de riesgo asociados.

.programa estructurado de educación.

.tratamiento de los factores de riesgo.

.manejo óptimo de la lesión aguda.

.cuidados que favorezcan una cicatrización correcta y temprana.

.EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE DIABÉTICO COMO PARTE DEL TRATAMIENTO

El objetivo primordial de la educación en diabetes es que el paciente logre obtener y mantener conductas que lleven a un óptimo manejo de la vida con la enfermedad y evitar desarrollar patologías propias de la enfermedad como es el pie diabético.

Los servicios de salud pública y privada deben entregar programas de educación en diabetes desde que ha sido diagnosticado.

Cualquier escenario puede ser bueno para la educación en diabetes: una hospitalización, la consulta al podólogo... En la hospitalización el personal de enfermería se ocupará de promover y enseñar conductas de **autocuidado**.

Pueden ser las siguientes:

.Mantener correctamente el control de glucemia.

.Dieta alimentaria que facilite los niveles óptimos de glucemia en sangre, evite la obesidad y aporte las suficientes proteínas, vitaminas y minerales al organismo.

.Ejercicio físico que facilite el mantenimiento del peso adecuado, los niveles óptimos de glucosa y correcta circulación sanguínea de los pies.

.Llevar un buen control de tensión arterial y de los niveles de lípidos en sangre.

.No fumar, ni consumir alcohol ni otras drogas.

.Cuidar diariamente los pies, revisándolos, para vigilar si aparecen heridas, rozaduras, ampollas o grietas. Dando atención especial a los espacios interdigitales con la ayuda de un espejo.

.Acudir al médico en caso de aparecer lesiones, cambios de color, dolor o hinchazón.

.Correcta higiene de los pies: lavarse diariamente con agua templada (que no pase de 37°C), comprobando con el codo la temperatura por si hubiera perdida de sensibilidad.

.Secarse bien los pies, sin frotar, con especial cuidado en los espacios interdigitales. Se puede aplicar crema hidratante evitando los espacios interdigitales.

.Mantener los pies secos usando talco antes de calzarse y cada vez que se cambie de calcetín o calzado.

.No usar callicidas, consultar a un podólogo.

.No usar pomadas, alcohol o desinfectantes para las heridas de los pies. Las heridas deben lavarse con agua y jabón.

.Las uñas de los pies mejor limarlas que cortarlas, dejarlas en línea recta.

.Los pies no deben colocarse cerca del fuego, estufas o fuentes de calor.

.Evitar uso de ligas, gomas o calcetines elásticos en el borde para no dificultar la circulación sanguínea.

.Evitar andar descalzo.

.Usar cremas de protección solar en los pies expuestos al sol.

.Buena selección de calzado:

- Siempre con calcetines.

- Evitar uso de zapatos con tacón y en punta.

- Zapato cómodo que no provoque rozaduras.

- Se aconseja de piel, sin costuras internas, flexibles, transpirables y suelo que no resbale.

- Usar el zapato nuevo durante períodos cortos los primeros días.

- Los zapatos ortopédicos bajo prescripción médica.

- Revisar el interior antes de ponérselo.

- Tener más de un zapato para alternarlos.

- Calcetines y medias de tejidos naturales y sin costuras.

.Todos los pacientes deben estar vacunados contra el tétanos.

5. CONCLUSIONES

En resumen, el pie del diabético es un problema sanitario de gran importancia por su elevada prevalencia y por las secuelas que puede originar.

El conocimiento de los factores de riesgo, el diseño de planes de prevención y la creación de equipos multidisciplinares son la mejor opción que tenemos para mejorar las condiciones de vida y las expectativas de los pacientes diabéticos.

Se ha demostrado que una prevención adecuada en el paciente diabético y un correcto tratamiento de las lesiones en el pie diabético pueden reducir la tasa de amputación.

Es fundamental que el paciente diabético participe en programas de educación, integre en su vida conductas de autocuidado y acuda a revisarse los pies por el equipo sanitario periódicamente, cumpliendo sus indicaciones y vigilando heridas y lesiones en los pies.

6. BIBLIOGRAFÍA

.Repáraz Asensio L, Sánchez García-Cervigón P. El pie del diabético. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 417-419.

.Martínez DA, Aguado JL, Morales G, Aguirán LM, Illán F. Impacto de una vía clínica para el pie diabético en un hospital general. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 420-424.

.Martínez D. La diabetes un problema en Salud Pública. Horizonte Sanitario 2007; 6 (2): 14-15.

.Gallardo PV, Zangronis L, Hernández L. Perfil epidemiológico del pie diabético. Angiología 2004; 5 (1): 3.

.Barredo Armada M, Dovale Robles MN, Fernández García MY, Fernández Quelle MC, Fernández Veiga C, López Vilela M, et al. Protocolo de prevención y cuidados del pie diabético. Congreso Nacional de Estudiantes de Enfermería: Asociación de Estudiantes de Enfermería, EUEP; 2001, 25-27 de abril; Ferrol, A Coruña.

.Cabrera Agüera MJ. Plan de actuación en pacientes con pie diabético. Sensus 2003; 4: 11-15.

TEMA 58. PROCEDIMIENTO RADIOLÓGICO INTERVENCIONISTA:

DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA INTRAHEPÁTICA TRANSYUGULAR

JOANA NIETO CARBAJOSA

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. EN QUE CONSISTE EL TIPS**
- 3. PROCEDIMIENTO**
- 4. COMPLICACIONES**
- 5. CONTRAINDICACIONES**
- 6. BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

Los procedimientos intervencionistas actúan en un proceso patológico con un fin terapéutico, además de aportar datos diagnósticos. Debido a que son técnicas mínimamente invasivas y de bajo riesgo en comparación con las técnicas quirúrgicas tradicionales juegan un rol cada vez más importante dentro de las unidades de intervencionismo.

En la patología hepatobiliar permite diagnosticar y tratar patologías complejas, a menudo en pacientes graves, que probablemente no serían buenos candidatos a procedimientos de mayor complejidad.

EN QUE CONSISTE EL TIPS

Una derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) es una técnica vascular intervencionista desarrollada para tratar la hemorragia por varices (secundaria a hipertensión portal), la ascitis refractaria y la cirrosis.

El TIPS es útil en el tratamiento de una amplia variedad de pacientes, desde los que tienen una hepatopatía terminal hasta los que esperan un trasplante hepático. Con este procedimiento se desvía la circulación venosa portal de su ruta habitual a través del hígado.

PROCEDIMIENTO

El acceso al sistema porta se realiza por la vena yugular derecha. Se inserta una vaina intravascular para proteger los vasos de las manipulaciones con la aguja y el catéter.

Bajo control fluoroscópico, se avanza una aguja transyugular siguiendo las estructuras venosas hasta alcanzar una vena suprahepática. La aguja se sitúa entonces en la vena porta a través de una vena intrahepática. Se introduce una guía a través de la aguja, que posteriormente se retira para permitir el avance del catéter con balón. Una vez insuflado, el balón crea un trayecto intrahepático que se mantiene permeable con una endoprótesis metálica.

COMPLICACIONES

Las principales complicaciones de este procedimiento son la hemorragia, la formación de trombos y a largo plazo riesgo de estenosis u ocliteración del TIPS.

También presenta mayor incidencia de encefalopatía hepática, debido a que la mayor parte de la circulación sanguínea no pasa por el hígado y, por tanto, se concentran mayores cantidades de toxinas en sangre que en circunstancias normales. Esto afecta al sistema nervioso central y puede producir confusión, desorientación y, en casos graves coma. En casos extremos se puede plantear la oclusión del TIPS.

Se investiga el desarrollo de métodos complementarios que aumenten la eficacia a largo plazo del TIPS como la anticoagulación y las endoprótesis-injerto.

CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones absolutas para la colocación de un TIPS son: la insuficiencia cardiaca derecha, enfermedad poliquística del hígado e insuficiencia hepática avanzada con encefalopatía crónica.

Las contraindicaciones relativas son: presencia de infección activa, trombosis portal, tumores hepáticos hipervasculares y dilatación de la vía biliar.

BIBLIOGRAFÍA

- Palavecino P, Niedmann JP, Cerda F, Quevedo C, Gutiérrez Ó. Manejo de la patología hepatobiliar por radiología intervencional. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2007; 18,109-20
- Santos E, Echenagusía A, Camuñez F, Pinto I. Derivación Transyugular Intrahepática Portosistémica (TIPS). Revista Electrónica de Medicina Intensiva. 2003, 3 (3)
- Zhuang Z, Teng G, Jeffery R, Gemery J, d'Othee B, Bettmann, M. Long-term results and quality of life in patients treated with transjugular intrahepatic portosystemic shunts. American Journal of Roentgenology. 2002; 179(6), 1597-1603.
- Vázquez F, Jordán J, Casal M. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt in the management of portal hypertension. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul. 2017; 18 (2):218-225

**TEMA 59. DIABETES MELLITUS
GESTACIONAL E IMPORTANCIA DE UN
BUEN CONTROL GLUCÉMICO.**

CARLA FERNANDEZ CASTRO

ÍNDICE

- INTRODUCCION Y JUSTIFICACION
- DESARROLLO Y DISCUSION DEL TEMA
- CONCLUSIONES

INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

- ¿Qué es la Diabetes gestacional?

La diabetes gestacional fue definida en el quinto Workshop-Conference Interanacional como la alteración de la tolerancia a la glucosa de gravedad variable, detectada durante la gestación, independientemente de la necesidad de tratamiento insulínico o de que continúe después del parto. Esta definición se mantiene hasta la actualidad.

El embarazo se ha considerado desde hace largo tiempo como un estado prodiabetogénico, donde se destaca la presencia de resistencia a la insulina y de hiperinsulinemia. Cuando falla este último mecanismo, propio de las células beta del páncreas, se presenta la diabetes mellitus gestacional (DMG).

- Factores de riesgo para la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

Cuando aparece en una mujer embarazada una DMG, generalmente están presentes en ella factores de riesgo que se han asociado con la aparición de esta enfermedad.

Factores de riesgo:

- Familiares de primera línea con DM.
- Edad materna > 35 años.
- Sobrepeso u obesidad inicial; es decir, cuando se realiza la evaluación nutricional en la consulta de captación del embarazo (índice de masa corporal >25,6 kg/m²).
- DMG en embarazo anterior.
- Macrosomía neonatal en hijo nacido anteriormente (peso del neonato >4000 g).
- Muerte fetal inexplicable después de las 34 semanas en embarazo anterior.

- Hiperplasia e hipertrofia de las células β -pancreáticas halladas, por medio de necropsia, en producto muerto de embarazo anterior.
- Excesiva ganancia gestacional de peso.
- Hipertensión gestacional.
- Antecedente personal de enfermedad tiroidea autoinmune.
- Síndrome de ovario poliquístico (SOP).
- Glucemia en ayunas >80 mg/dl y >120 mg/dl.

- Otros factores que se presentan durante el curso del embarazo han sido relacionados con la presencia de la DMG, como:
- Crecimiento fetal disarmónico; es decir, macrosomía fetal o expensas, sobre todo, del aumento de la CAF y de los diámetros biparietal y torácico (relación tórax/cabeza aumentada).
- Polihidramnios.
- Grosor del tabique interventricular fetal > 8 mm.
- Grosor placentario > 50 mm, sin presencia de conflicto Rh.
- Manifestaciones clínicas de DM.

- Prevalencia de la DMG

La prevalencia de DMG en una población es reflejo de la prevalencia de DM2, por lo que poblaciones con una elevada prevalencia de DM2 tienen un mayor riesgo de DMG. A medida que han sido adoptados criterios diagnósticos más estrictos, la prevalencia reportada ha sido mayor, consecuentemente.

La prevalencia de DMG documentada globalmente en la literatura oscila entre un 1% y un 17,8%, con un claro aumento en las dos últimas décadas debido fundamentalmente a la mayor frecuencia de obesidad y, de forma específica en este caso, al aumento de la obesidad en la edad fértil.

En un estudio de 2010 realizado en 16 hospitales generales de España se encontró una prevalencia del 8,6% de DMG con los criterios del National Diabetes Data Group (NDDG) y del 11,6% considerando los criterios de Carpenter y Coustan. La International Diabetes Federation (IDF) aporta unos datos sobre prevalencia de DMG en España del 7-9% en 2013 con los criterios del NDDG.

- Diagnóstico de DMG

El test de screening que se utiliza normalmente para la diabetes gestacional se denomina test de O'Sullivan y consiste en la determinación de la glucemia una hora después de la toma de 50 g de glucosa vía oral. Aquellas con un valor ≥ 140 g/dL son sometidas al test de diagnóstico con una sobrecarga oral de glucemia (SOG) con 100g. Si la paciente presentara un valor de glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dL o bien un valor de glucemia aleatorio ≥ 200 mg/dL no sería necesario realizar posteriormente la SOG, pues se diagnosticaría directamente de DG.

Esta prueba de cribado es la que se sigue haciendo en la actualidad a todas las gestantes entre las semanas 24 y 28 en los hospitales españoles y es el test recomendado por la ACOG y la SEGO. Se realiza entre las semanas 24 y 28 ya que es el periodo en el cual más se manifiestan los efectos diabetógenos de la gestación. Sin embargo, si existen factores de riesgo para diabetes (edad ≥ 30 años, antecedentes familiares repetidos de DM, obesidad importante $IMC > 25$ pregestacional), antecedentes de DG o de recién nacidos macrosomas en gestaciones previas, hidramnios, muerte fetal sin causa o abortos de repetición se recomienda realizar el cribado tan pronto como sea posible.

Motivo de controversia ha sido a qué grupo de gestantes se les debe realizar el test de cribado. En el II International Workshop Conference on Gestational Diabetes, se aceptó realizar un cribado universal, es decir a todas las gestantes entre las semanas 24 y 28. Sin embargo en el IV Workshop se aceptó la realización de un cribado selectivo.

A las mujeres que cumplieran los siguientes factores no sería necesario realizarles dicho test de cribado:

- Menores de 25 años.
- IMC normal. (IMC<27kg)
- Mujeres sin antecedentes familiares de primer grado con diabetes.
- No presencia de disglucosis previa.

- No antecedentes de alteraciones obstétricas.

La realización de un screening universal parece ser el procedimiento más práctico pues sólo alrededor del 10% de las mujeres embarazadas cumplen todos los factores descritos. La ACOG y la SEGO actualmente recomiendan la realización de un cribado universal.

DESARROLLO Y DISCUSION DEL TEMA

- Dieta de la embarazada

La dieta en una mujer embarazada tengan o no DMG debe ser normocalórica, excepto en las embarazadas con obesidad importante (IMC >30 cm/m²), en las que se puede indicar una cierta restricción calórica, evitando la aparición de acetonuria. La idea fundamental no es suprimir alimentos, sino distribuir los nutrientes de forma racional. La cantidad diaria de calorías debe ser suficiente para cubrir las necesidades de la gestante y del feto.

En una mujer con un peso normal debería conseguirse un aumento de 9 a 13 Kg durante la gestación; para ello puede ser adecuada la toma de 30-35 Kcal/Kg de peso al día. La composición ha de ser equilibrada, con una proporción de 15-20% de proteínas, 30% de grasas y 50-55% de carbohidratos. Estos últimos no han de reducirse, pero sí favorecer la toma de los de velocidad de absorción lenta y limitar los de absorción rápida. No son recomendables las sustancias con gran contenido en hidratos de carbono de rápida velocidad de absorción y baja calidad nutritiva (azúcar, bebidas azucaradas o productos de pastelería). Es conveniente controlar la cantidad de colesterol y disminuir las grasas. La mayoría de las grasas de la dieta deben ser monoinsaturadas. Se recomienda también la ingesta de fibra vegetal, porque retrasa el vaciamiento gástrico y la absorción intestinal.

Los objetivos del control metabólico deben ser el mantenimiento de normoglucemia durante el embarazo, intentando la obtención de valores de glucemia capilar semejantes a los de la gestante sin diabetes, evitando la hipoglucemia y manteniendo niveles de glucemia fisiológicos en glucemia basal (< 95 mg/dl, sin hipoglucemias) y posprandial (1 h < 140 mg/dl; 2 h < 120 mg/l). Cuando a pesar del establecimiento de la dieta y el ejercicio no se consiguen los objetivos del control metabólico se necesitará el uso de insulina sintética.

La dieta está constituida por el conjunto de sustancias que ingerimos habitualmente y que nos permiten mantener un adecuado estado de salud y una actividad cotidiana normal.

Una dieta cuantitativamente es correcta cuando aporta la energía adecuada, permite la consecución o el mantenimiento del peso ideal y contiene todas las cantidades de vitaminas y minerales necesarias.

En líneas generales, la alimentación recomendada a la embarazada deberá cumplir las siguientes características:

- Los cereales, frutas, verduras, tubérculos y hortalizas deben estar presentes en la alimentación cotidiana.

- Las carnes, pescados, huevos y legumbres constituyen un importante aporte de proteínas, vitaminas y minerales, pero no deben ser utilizados en la dieta como la base del aporte energético y su consumo no debe ser excesivo.
- La pastelería, embutidos, patés, ahumados, etc., solamente deben consumirse esporádicamente.
- Se debe limitar la utilización de aceites y grasas, sobre todo las de origen animal, con elevada cantidad de grasas saturadas.
- El consumo de leche semidesnatada o desnatada, sobre todo aquellos productos complementados con vitaminas liposolubles, puede ser adecuada, incluso mejor que la completa para un importante porcentaje de sujetos adultos.
- Evitar el consumo de azúcares simples, y preferir carbohidratos de absorción compleja en forma de vegetales, frutas y hortalizas, lácteos bajos en grasa como el requesón.
- Las comidas en raciones pequeñas pero frecuentes, disminuyen el apetito, previenen atracones, reducen y optimizan las dosis de insulina.
- Desayunos con pocas raciones de carbohidratos, ya que en la mañana aumenta la insulano resistencia.

La dieta alta en fibra con bajo índice glucémico mejora el control de la glucemia una hora postprandial.

La dieta de la embarazada debe contener la energía, proteínas, vitaminas y minerales necesarios para asegurar la salud materna y fetal. La alimentación debe integrar el aporte de los elementos nutritivos necesarios para que ocurran los cambios adaptativos a la gestación del organismo de la madre, junto al desarrollo y crecimiento fetal, sin que tales hechos supongan un deterioro de su salud. Desde el punto de vista nutritivo, la dependencia del feto del organismo materno es total, dependiendo el crecimiento del feto de la ingesta dietética de la madre.

En las sociedades desarrolladas la mayor parte de la población no tiene problemas de aporte energético ni de nutrientes, sino que al contrario, con frecuencia es excesivo, especialmente en energía y en grasas. Los problemas que origina son el aumento de la prevalencia de obesidad y el incremento de enfermedades crónicas, tales como la enfermedad cardiovascular, algunos tipos de cáncer, entre otras.

El periodo del embarazo es una oportunidad única de sensibilizar a la mujer para que adquiriera hábitos dietéticos saludables, que mantenga con posterioridad y haga extensivos al resto de su familia. Sin embargo, las dietas hipocalóricas que se suelen recomendar, tienen la limitación de no contener un patrón cultural claro que haga posible una elevada adherencia y mantenimiento a largo plazo.

- Elaboración de una dieta en una embarazada con DMG y aporte calórico diario.

El contenido calórico se calcula por:

Índice de masa corporal (IMC).

La ganancia de peso durante el embarazo, el cual puede ser en mujeres normopeso de 11 a 16 Kg, con bajo peso de 13 a 18 Kg, con sobrepeso de 7 a 11 Kg y con obesidad de 5 a 9 Kg. En el primer trimestre las necesidades energéticas no están aumentadas, en el segundo y tercer trimestre se recomienda aumentar 300 kcal de la ingestión de calorías previas al embarazo.

La elaboración de una dieta para una embarazada con DMG se ajusta a las mismas características que la dieta de la mujer no embarazada diabética, asociándole las necesidades especiales de energía y proteínas del embarazo.

- La distribución porcentual energética recomendada es:

Hidratos de carbono: 55-60 %

Proteínas: 12-20 %

Grasas: 20-30 %

CONCLUSIONES

- En conclusión, la dieta materna tiene una gran influencia en la aparición y el posterior tratamiento y control de la Diabetes Mellitus Gestacional. Es de gran importancia seguir una dieta sana en el embarazo para el correcto desarrollo de feto.
- Se ha de acudir a profesionales sanitarios para seguir una dieta sana y segura durante en el embarazo, hemos de ser muy cautos a la hora de eliminar alimentos de nuestra dieta porque puede repercutir en la salud del feto. Debemos de incidir más en nuestras consultas acerca de una buena dieta, como ejemplo, la dieta mediterránea, eliminando los alimentos procesados con alto contenido calórico.

BIBLIOGRAFÍA

- Metzger BE, Buchanan A, Coustan DR, De Leiva A, Dunbger DB, Hadden DR et al. Summary and recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2013;30(Suppl 2):S251-60.
- Ryan EA, O Sullivan MJ, Skyler JS. Insulin action during pregnancy: Studies with the euglycemic clamp technique. *Diabetes* 2014;34:380-389.
- Hoseini SSH, Hantoushzadeh S, Shoar S. Evaluating the extent of pregravid risk factor of gestational diabetes mellitus in women in Tehran. *Iran Red Crescent Med J.* 2011;13(6):407-14.
- Rahman MT, Tahmin T, Ferdousi S, Bela SN. Gestational diabetes mellitus (GDM): Current concept and a short review. *Bangladesh J Pathol.* 2009;24(1):16-20.

TEMA 60. ECOGRAFÍA EN ACCESOS VASCULARES PERIFÉRICOS.

MIRIAM ASENJO GARCÍA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- JUSTIFICACIÓN
- OBJETIVO
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La inserción de un catéter venoso periférico es la técnica de enfermería más usada para la administración de medicamentos tanto en unidades de hospitalización, como cuidados críticos o urgencias.

Son de fácil acceso y presentan pocas complicaciones.

La ecografía es una técnica que emplea el ultrasonido para la exploración de órganos internos del cuerpo.

JUSTIFICACIÓN

Ciertas condiciones del paciente hacen que el acceso venoso tenga mayor o menor grado de complicación.

La inserción de catéteres eco-guiados reduce los riesgos e incrementa el éxito de canalización.

OBJETIVO

Revisar las recomendaciones basadas en evidencia sobre el uso de ecografía para la inserción de catéteres venosos periféricos.

RESULTADOS

La ecografía es una técnica diagnóstica que muestra una respuesta digitalizada a la interacción del sonido con las diferentes estructuras por las que avanza.

La sonda emite ultrasonidos que atraviesan a diferente velocidad los tejidos, estos pulsos vibratorios en forma de onda se recogen por el transductor que convierte las señales en una imagen en diferentes tonos de grises.

La frecuencia marca la “velocidad de vibración”. La impedancia es la resistencia que ofrece un medio al paso del sonido.

Así, si queremos estudiar tejidos más superficiales, usaremos frecuencias más altas, y para órganos mas profundos frecuencias más bajas.

Hay diferentes tipos de sondas o transductores.

Los lineales se usan para el estudio de estructuras más superficiales como los músculos, tendones, vasos superficiales, etc. Las frecuencias de trabajo suelen ser de 7,5 y 13 MHz, aunque los hay de hasta 20 MHz.

Características ecográficas:

VENA	ARTERIA
Forma ovalada Compresible No pulsátil (modo doppler)	Forma circular No compresible Pulsátil

La permeabilidad se visualiza mediante Doppler-color.

En la práctica habitual enfermera hay ocasiones en que los vasos no son visibles o palpables, dificultando la inserción de catéteres para tratamiento endovenoso. Pacientes en tratamiento citostático, obesidad, pediatría, edemas, anticoagulación, shock.

El uso del ecógrafo optimiza la probabilidad de inserción, disminuye el número de pasos de la aguja por la piel y el tiempo del procedimiento, minimiza riesgo de infección, formación de hematomas y trombosis. Reduce el número de repeticiones y los costes.

Requiere gran habilidad por parte del profesional, ya que con una mano debe manejar la sonda y con la otra el catéter.

TECNICA DE PUNCIÓN

- Paciente tumbado en decúbito supino, preferencia zona de punción antebrazo o flexura del codo.
- Apoyando el transductor para evitar vibraciones, se localiza el vaso y se identifica si es vena o arteria según sus características ecográficas. Diferenciar de los nervios (no visible en Doppler-color)
- Una vez localizado se utiliza el corte transversal, este permite visualizar las estructuras de alrededor y corregir la trayectoria.

- Se centra el vaso en la pantalla y se coloca la aguja en el centro del transductor, introducir la aguja con el bisel hacia arriba y una angulación de 45°, respetando la distancia aguja- transductor.

CONCLUSIONES

Existe una creciente influencia del desarrollo tecnológico en nuestro ámbito.

La mayoría de los estudios se centran en la cateterización venosa central o arterial.

La inserción de catéter eco-guiado es un procedimiento más seguro para el paciente, aunque requiere entrenamiento adicional y experiencia.

No se recomienda su uso de forma rutinaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Lamperti, M. Bodenham, A.R. Pittiruti, M. Augoustides, M.B.J.G. dElbarbary, M. Pirotte, T. Karakitsos, D. LeDonne, J. Doniger, S. Scoppettuolo, G. Feller-Kopman, D. Schummer, W. Biffi, R. Desruennes, E. Melniker, L.A. Verghese, S.T. Recomendaciones internacionales basadas en la evidencia en procesos de accesos vasculares guiados por ecografía (abril 2012)
- N. Díaz-Rodríguez, RP. Garrido-Chamorro, J. Castellano-Alarcón. Grupo de Ecografía de Semergen. Metodología y técnicas. Ecografía: principios físicos, ecógrafos y lenguaje ecográfico. Elsevier. Agosto 2007. Vol.33 N°7 (339-394) DOI: 10.1016/S1138-3593(07)73916-3
- Rodríguez herrera, A. El uso del ultrasonido en abordajes vasculares periféricos y otras técnicas de enfermería en urgencias. TFM 583. CEU Valencia. Julio 2013

TEMA 61. ENDOSCOPIAS. COLONOSCOPIA.

**ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA
MARTA ATIENZA CORREAS
MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ**

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN
2. INDICACIONES
3. CONTRAINDICACIONES
4. PREPARACIÓN
5. ANESTESIA
6. PROCEDIMIENTO
7. COMPLICACIONES
8. BIBLIOGRAFÍA

1. DEFINICIÓN

La colonoscopia consiste en la exploración del interior del recto, del colon e incluso de los últimos centímetros del intestino delgado, introduciendo a través del ano el colonoscopio, que es el instrumento explorador y que consiste básicamente en un tubo flexible dotado de un sistema de iluminación y de visión. A través de él se pueden introducir pinzas y otros accesorios que se emplearán en diferentes procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos. Según si se trata de una colonoscopia diagnóstica o terapéutica y de si precisa o no administrar anestesia, la duración de la prueba varía. En general, una colonoscopia tiene una duración aproximada de 30-45 minutos.¹

2. INDICACIONES

- Como prueba de cribado de cáncer de colon.
- Especialmente en aquellas personas con antecedentes familiares de un cáncer de colon o en mayores de 50 años.
- Como estudio de episodios de sangrados por el recto (rectorragias) o tras la aparición de sangre en las heces.
- Para estudiar una diarrea crónica.
- En casos de anemia ferropénica (por falta de hierro) cuando se sospecha que se debe a un sangrado crónico por el colon.
- En casos de pérdida de peso inexplicada y brusca que pueda hacer sospechar un cáncer de colon.²

- Para estudiar con más detalle alguna alteración que haya aparecido en otra prueba que examina el colon llamada enema opaco.
- Para diagnosticar y controlar una enfermedad inflamatoria intestinal como la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa.
- En el estudio del dolor abdominal crónico.²

3. CONTRAINDICACIONES

La principal contraindicación para evitar realizar una colonoscopia es:

- Riesgo de perforación intestinal

Por otro lado, son contraindicaciones relativas o subsidiarias de tener una precaución especial:

- Insuficiencia respiratoria grave.
- Insuficiencia cardíaca descompensada.
- Infarto agudo de miocardio reciente.
- Alteraciones graves de la coagulación no controladas.
- Diverticulitis o peritonitis reciente.
- Megacolon tóxico o colitis fulminante aguda.³

- Cirugía colónica o abdominal reciente.
- Aneurisma aórtico de gran tamaño.
- Segundo o tercer mes de embarazo.³

4. PREPARACIÓN

Para realizar la colonoscopia es imprescindible llegar al día del examen con el colon limpio, siguiendo escrupulosamente las indicaciones de la preparación para la colonoscopia.

En los tres días previos a la exploración se debe seguir una dieta baja en residuos excluyendo fruta, verdura, legumbres, productos integrales, salsas, estofados, embutidos, bollería, chocolate y frutos secos. A partir de la tarde del día anterior a la prueba se hará dieta exclusivamente líquida (agua, caldos filtrados, zumos colados, infusiones, té, café, y bebidas sin gas). La dieta sola no es suficiente para eliminar todos los restos fecales, por lo que se deberá completar la limpieza con la toma de una solución evacuante y abundantes líquidos en los horarios indicados según la hora de realización de la prueba.⁴

La preparación es efectiva si se eliminan heces líquidas, de color amarillo y de aspecto transparente. Es importante tomar toda la preparación y la cantidad de líquido indicada para conseguir una limpieza satisfactoria.

Los pacientes en tratamiento con antiagregantes o anticoagulantes orales deben informar al propio médico para valorar la suspensión de los fármacos y/o el paso a heparina o a ácido acetil salicílico a dosis cardioprotectoras, para limitar el riesgo de sangrado relacionado con la prueba. Por otra parte, algunos medicamentos como Hierro oral y/o fibra pueden dificultar la limpieza del colon y se deberán suspender al menos 7 días antes de la colonoscopia.⁴

5. ANESTESIA

La colonoscopia puede realizarse sin sedación, con sedación leve o con sedación más profunda.

El grado de sedación es decidido de acuerdo al nivel de ansiedad del paciente, de su capacidad de colaborar durante el examen y de las condiciones de su estado clínico. Los pacientes obesos, con enfermedades cardíacas o pulmonares, por ejemplo, toleran mal las sedaciones más agresivas. Lo ideal es siempre realizar el examen con el mínimo de sedación necesaria para que el paciente se sienta bien y permita la realización adecuada de la colonoscopia. En general, los pacientes quedan somnolientos, pero se mantienen despiertos. El principal fármaco utilizado actualmente para la sedación es el propofol.⁵

6. PROCEDIMIENTO

1. Situar al paciente en posición correcta:
 - Decúbito lateral izquierdo, aunque en caso de que no se emplee el método es posible la colocación en supino.
 - Cabeza en posición neutra con ayuda de almohada.
 - Si precisa acceso venoso, usar preferentemente brazo derecho.
2. Comprobar correcto funcionamiento del endoscopio:
 - Visión adecuada y de calidad.
 - Angulación del extremo.
 - Aire y agua.
 - Succión.⁶

3. Lubricar endoscopio.
4. Insertar endoscopio:
 - Tacto rectal con lubricación generosa.
 - Atravesar esfínter anal. Tres alternativas:
 - Presionar oblicuamente con el índice hasta que se relaja el esfínter.
 - Introducir la punta del pulgar para sustituirla por el tubo.
 - Inserción directa.
5. Avanzar hacia fondo cecal:
 - Maniobrar en todo el trayecto de forma adecuada.
 - Atravesar el recto empujando el endoscopio.
 - Atravesar colon sigmoides empujando el tubo en sentido antihorario, habitualmente formando un bucle alfa.⁶

- Deshacer el bucle en colon descendente, retirando el colonoscopio y aplicando torque en sentido horario.
 - Progresar empujando el tubo hasta colon transverso.
 - Superar la angulación de la porción media del colon transverso retirando el endoscopio con torque horario, al tiempo que se aspira suavemente.
 - Para superar el ángulo hepático, aplicar aspiración y suave torque. Puede ser necesario aplicar compresión en epigastrio para prevenir bucles en colon transverso.
 - Empujar y aspirar en colon ascendente hasta llegar a fondo cecal.
6. Valorar entrada en íleon.
 7. Retirar el tubo lentamente realizando una exploración exhaustiva y actuando ante los posibles hallazgos.⁶

7. COMPLICACIONES

Las tres complicaciones principales son:

1. Perforación (de 0 a 2 por cada 1000 procedimientos): el manejo de una perforación depende de su tamaño. Las perforaciones grandes requieren cirugía. Las perforaciones pequeñas descubiertas días después se tratan con fluidoterapia, antibioterapia, una minuciosa observación y, si lo requiere, cirugía.
2. Sangrado (de 0 a 4 por cada 1000 procedimientos): el riesgo de sangrado es mayor en la extirpación de pólipos grandes. Los trazos leves de sangre son habituales y poco preocupantes. Sin embargo, si el sangrado es abundante requiere atención inmediata.
3. Problemas cardio-respiratorios: suelen derivar de la anestesia.⁷

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Moreira VF, López San Román A. Colonoscopia. Rev Esp Enferm Dig (Madrid) [Revista online] 2008 [citado 9 Ene 2019]; 100(6):372. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008000600013
2. Webconsultas-healthcare.com [actualizado 16 May 2018; citado 10 Ene 2019]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/colonoscopia-8111>
3. Slideshare.net [actualizado 8 Mar 2015; citado 11 Ene 2019]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/aduyan/2015310-indicaciones-de-colonosopia-en-ap-doc>

4. Gastrodex.com [actualizado 19 Feb 2016; citado 11 Ene 2019].
Disponible en: <http://gastrodex.com/colonoscopia-preguntas-frecuentes/>
5. Mdsaude.com [actualizado 12 Ago 2018; citado 11 Ene 2019].
Disponible en: <https://www.mdsaude.com/es/2015/10/colonoscopia.html>
6. Sánchez del Río A, Pérez Romero S, López-Picazo J, Alberca de las Parras F, Júdez J et al. Indicadores de calidad en colonoscopia. Procedimiento de la colonoscopia. Rev Esp Enferm Dig (Madrid) [Revista online] 2018 [citado 12 Ene 2019]; 110(5): 316-326. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-01082018000500008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Facs.org [actualizado Mar 2009; citado 13 Ene 2019]. Disponible en: <https://www.facs.org/~media/files/education/patient%20ed/colonoscopia.ashx>

**TEMA 62. IMPACTO
PSICOSOCIAL DEL PACIENTE
OSTOMIZADO.**

**BÁRBARA ROJAS SALINERO
TAMARA GIL BLANCO
ANA MARÍA PARRA CRUZ**

Índice

- Introducción
- Objetivos
- Material y Método
- Discusión

- ✓ Principales preocupaciones del paciente ostomizado al recibir el alta hospitalaria

- Conclusiones
- Bibliografía

Introducción

Palabras clave: ostomía, paciente ostomizado, impacto social, calidad de vida

Se entiende por ostomía una *“abertura artificial creada quirúrgicamente que permita la evacuación de heces u orina o la permeabilidad de la vía aérea y que puede ser permanente o temporal”*. (1)

En el cáncer colorrectal se produce un crecimiento descontrolado de células tumorales en esta parte del intestino. Los tumores de colon y recto normalmente se analizan en conjunto por los errores a la hora de clasificar que ocurren con frecuencia de la parte recto-sigmoide.

Según el INE (Instituto Nacional de Estadística), en España, el número de casos de cáncer colorrectal cada año se coloca alrededor de los 21.000 casos en ambos sexos.

Este tipo de cáncer es multifactorial, las causas etiológicas son la propensión genética y la alimentación, ingerir gran cantidad de grasas, proteínas e hidratos de carbono refinados y poca fibra.

A día de hoy, el único tratamiento que cura este tumor es la cirugía, mediante la resección del tumor. Y en la mayor parte de los casos requiere la realización de una ostomía. Se llama colostomía si la parte de intestino que se aboca es el colon e ileostomía si es el íleon (2)

Una ostomía supone un gran impacto en la vida del paciente, debido a que modifica la imagen personal, y además sufre cambios importantes como la pérdida del control de esfínteres, ruidos intestinales, incomodidad debida al olor, estar en alerta por el llenado de la bolsa, irritación de la piel, sentimiento de dependencia, etcétera (3).

Y también sufren un gran impacto psicológico. Un gran número de estos pacientes abandonan sus prácticas de recreación y deportivas, sufren ansiedad y depresión, su vida sexual se ve afectada, disminuye su autoestima y cambian sus relaciones familiares y laborales, etc. (3,4,5).

Objetivo

Conocer el impacto físico y psicológico que genera una ostomía en la vida de pacientes operados de cáncer colorrectal

Material y método

Se ha llevado a cabo una selección bibliográfica en castellano y en inglés, de artículos que no superan los diez años de antigüedad y que contienen información relevante del tema de estudio.

Las bases de datos donde se ha obtenido la información han sido PubMed, Scielo, Medline Plus, Dialnet y Google Académico.

Discusión

En estos pacientes, a parte del ámbito biológico es muy importante abarcar el ámbito biopsicosocial, y ahí la enfermería juega un papel fundamental.

El reto de los profesionales de enfermería, es que el paciente acepte su estoma, vuelva a participar en su vida social y reinicie sus actividades cotidianas (3, 6).

Es primordial comprender las rutinas del paciente, su percepción de la nueva situación a la que se enfrenta, y actitud en su relación con el entorno, también sus sentimientos y emociones hasta en las situaciones más desagradables (5,6).

Principales preocupaciones del paciente ostomizado al recibir el alta hospitalaria

Tras numerosos estudios, se ha demostrado que durante su ingreso hospitalario, estos pacientes se encuentran más seguros con el equipo de profesionales y no terminan de ser conscientes del cambio de vida. Una vez que son dados de alta y tras llevar unos días en su casa comienzan a asimilar su situación, y se encuentran muy inseguros y con miedo. Por ello, es necesaria una atención continuada de calidad antes y después del alta hospitalaria (1)

Existen tres dimensiones que abarcan la calidad de vida:

Dimensión física: el paciente sufre un cambio en su salud integral, y sus funciones fisiológicas. Una parte de su intestino ahora aboca al abdomen, debe aprender habilidades de autocuidado, que a veces se complican, debe cambiar la dieta, cambiarse la bolsa, y estar en alerta por los ruidos intestinales, los gases, la irritación de la piel... (2,4)

Dimensión psicológica: alteración de la imagen corporal y de su autoestima, el rechazo de la ostomía, la alteración de su vida sexual, ansiedad, depresión. Estas son posibles causas de alteración emocional pudiendo desembocar a alteraciones somáticas. (2,5)

Dimensión social: el paciente también sufre un cambio en sus relaciones interpersonales y tiene mayor necesidad de apoyo familiar y social. Su vida laboral también se ve alterada, en ocasiones tienen que dejar su trabajo, en otras sólo modificar algunas competencias...también cambian la vestimenta, sobre todo al principio se ponen ropa muy ancha etc. (2,6)

Además de estas dimensiones, la familia también se ve afectada de manera directa:

Problemas de relación familiar: la familia tiene una labor esencial en la vida de estos pacientes. La ostomía no sólo afecta a la vida del paciente, también a su cuidador principal, puesto que altera de manera directa en su calidad de vida, sobre todo en su tiempo libre.

La familia ante estas situaciones actúa o con rechazo o sobreprotegiendo al paciente. La alteración de la vida sexual también influye en la convivencia familiar.

Éstas son algunas razones que hacen ver la importancia de la educación sanitaria, no sólo hacia el paciente, sino también dirigida a la familia. Los familiares generalmente se interesan mucho en obtener información sobre la situación de la persona ostomizada (1,2,5).

Conclusiones

El cáncer colorrectal, aunque es agresivo, cada vez tiene mejor pronóstico. Una vez que se realiza la resección, se lleva a cabo una ostomía. La ostomía supone un gran impacto en la vida de estos pacientes. Se ven afectadas su vida personal, su vida familiar, su vida laboral... Debido a que tiene que modificar su vida diaria por completo.

Por ello, la enfermería juega un papel fundamental, tanto en la vida del paciente como en la de su familia. Desde la cura de la ostomía, hasta reconducir su vida de nuevo, ayudarle a aceptar su ostomía y enseñarle numerosas opciones de cambio que le llevarán a tener una vida lo más parecida posible a la que llevaba antes de la ostomía. Es un gran impacto, pero con profesionalidad y actitud, se puede encauzar de la mejor manera posible.

Bibliografía

1. Bodega Urruticoechea, C et al. Cuidados Holísticos y Atención domiciliaria al paciente ostomizado. ENE. Revista de Enfermería. Ago. 2013; 7(3)
2. Hernández F. Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Master. 3 (2): 504-533, 2011
3. Charúa L, Benavides CJ, Villanueva JA, Jiménez, Abdo JM, Hernández E. Calidad de vida del paciente ostomizado. Cirugía y Cirujanos. 2011;79:149-155

4. Jiménez K, Tolorza G, Siqués P, Rojas F, Barrios L. Impacto de la ostomía en el paciente y su entorno. Rev. Chilena de cirugía. Vol 56 – N°1, Febrero 2004; págs. 31-34

5. Gómez del Río, N., Mesa Castro, N., Caraballo Castro, C., Fariña Rodríguez, A., Huertas Clemente, M., & Gutiérrez Fernández, Y. (2013). Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. ENE, Revista de Enfermería, 7(3).

6. Hernández A. Living with an ostomy: perceptions and expectations from a social phenomenological perspective. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 687-94.

TEMA 63. DERECHOS DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

MIGUEL ÁNGEL MORENO BAÑOS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.....3
- OBJETIVOS.....7
- METODOLOGÍA.....8
- RESULTADOS.....9
- CONCLUSIÓN11
- BIBLIOGRAFÍA.....12

INTRODUCCIÓN

Los derechos de las víctimas de Violencia de Género quedan recogidas en la Ley de medidas de protección integral (LOMPICVG) en su Título II, en la que especifica el derecho a la información, a la asistencia social integral y a la asistencia y representación jurídica, los derechos dentro del ámbito laboral y el acceso de prestaciones de la Seguridad Social, y también, los derechos económicos.

Esta ley garantiza los derechos a las mujeres que son víctimas de violencia de género, sin discriminar su origen, religión o característica personal o social.

INTRODUCCIÓN

En el capítulo II de la LOMPICVG, indica el derecho a la información, la asistencia social integral y la asistencia jurídica gratuita

Dicha Ley contribuye a la formalización de que se ejecuten sus derechos constitucionales, tanto en su integridad física y moral, a su libertad, su seguridad, la igualdad y la no discriminación por razón de su sexo.

INTRODUCCIÓN

En el derecho a la asistencia social integral, tienen derecho a servicios sociales de atención, de emergencia, de apoyo y acogida y de recuperación integral, por parte de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones locales, en atención permanente.

Estos servicios se coordinarán con los Cuerpos de Seguridad, los jueces de Violencia sobre la Mujer, los servicios sanitarios y las instituciones.

Los menores que se encuentren bajo la patria potestad o custodia de la persona agredida, tienen derecho a la asistencia social integral.

INTRODUCCIÓN

El derecho a la asistencia jurídica gratuita comprende recibir asesoramiento jurídico gratuito en el momento inmediatamente previo a la interposición de la denuncia, y a la defensa y representación por un abogado y procurador en todo el proceso administrativo implicados en la violencia de género.

Se establecen los derechos laborales y prestaciones de la Seguridad Social, los derechos de los funcionarios públicos y los derechos económicos, donde se incluyen las ayudas sociales y el acceso a la vivienda y residencias públicas para mayores.

OBJETIVOS

- Visualizar e informar sobre los derechos de las víctimas de Violencia de Género.
- Facilitar el acceso integral a la información sobre los derechos a víctimas de Violencia de Género.
- Apoyar en las medidas que contempla la LOMPICVG en el derecho a la asistencia social integral

METODOLOGÍA

- Se contemplaron diferentes referencias bibliográficas, en distintas bases de datos como Pubmed, Medlineplus, Cinhal y Cochrane.
- Se contemplaron libros legales y de poder judicial, relacionados con la Violencia de Género.
- Se realizó una búsqueda de artículos de revistas respecto a la violencia de género y en bibliotecas científicas online como Scielo.
- El periodo donde se realizó la búsqueda fue entre 2013-2018.
- Entre las 20 referencias encontradas tras la búsqueda, se seleccionaron 8 para un análisis más detenido.

Descriptores: DERECHOS, VIOLENCIA, GÉNERO,
VÍCTIMAS

RESULTADOS

- Las víctimas de V.G. disponen de derechos laborales y prestaciones de la Seguridad Social, en los términos previstos en el Estatuto de los Trabajadores.
- Dicha ley contempla los derechos de los funcionarios públicos víctimas de V.G. donde se considera la reducción, organización de su trabajo, la movilidad geográfica, entre otros.
- Respecto a los derechos económicos, disfrutan de ayudas sociales y del acceso a la vivienda y residencias públicas para mayores.
- Los menores que se encuentran bajo la tutela de la víctima de violencia de género, de derechos y ayudas.

RESULTADOS

- Respecto al derecho a la información:
 - tienen derecho a recibir una información y asesoramiento adecuado a su situación personal, a través de los servicios que dispongan las Administraciones Públicas.
 - Las mujeres con discapacidad tienen acceso integral a la información, en formato accesible y comprensible.

CONCLUSIÓN

Día tras día, y tras un cambio en la mentalidad conformista, en la que la mujer maltratada consentía dicha situación de violencia como algo normalizado culturalmente por una sociedad patriarcal, va abriéndose un camino de esperanza a la igualdad de género. Se van denunciando los maltratos tanto físicos como psicológicos, y pudiendo disfrutar del apoyo y las ayudas que les brinda la Ley de protección a la mujer maltratada, y las corporaciones estatales, autonómicas y locales.

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
- “Menores, víctimas directas de la violencia de género”. M^aJosé Galvis, Vicente Garrido. Boletín criminológico Instituto andaluz interuniversitario de Criminología. Artículo 5/2016, Julio-agosto (n^a165).

BIBLIOGRAFÍA

- Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. Águila Gutiérrez y otros. (Revista médica Electrón. Vol. 38, nº 5. Matanzas sep.oct.2016) Scielo. Sld.cu. 2016.
- “Diez años de la Ley Orgánica 1 /2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en los Órganos Judiciales”. Boletín de Información Estadística, nº 43, nov 2015.
- www.poderjudicial.es/datospenales,civilesylaborales
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (LOMPICVG), artículo 2.

**TEMA 64. ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN DE PREVENCIÓN DE
RIESGOS LABORALES EN
PROYECTOS DE INVESTIGACION
HOSPITALARIOS.**

FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **INVESTIGACIÓN**
- **PLAN DE TRABAJO**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la promoción de la investigación y desarrollo hace que sea necesario prestar atención a los proyectos de investigación realizados por profesionales que habitualmente realizan sus labores en otras áreas. Se suele dar la circunstancia que la premura por realizar el trabajo y los proyectos específicos, hacen que no tengan una evaluación de riesgos y que se expongan a accidentes laborales..

OBJETIVOS

Establecer los riesgos laborales a los que se enfrentan los investigadores de centros hospitalarios y proponer medidas preventivas.

INVESTIGACIÓN

Se realiza una evaluación de riesgos con un estudio de los riesgos propios en el sitio de la investigación. Se necesita una fase inicial de planificación de un mes para establecer los métodos a seguir y reuniones para fijar los preparativos.

PLAN DE TRABAJO

Se someterá a los integrantes a un cuestionario para saber los productos químicos y biológicos que van a manejar.

Se estudiará el local donde van a realizar las tareas para asegurar las medidas de seguridad y salud necesarias, así como la ventilación y los equipos de protección individual a utilizar.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- BELMONTE NIETO, Manuel: Enseñar a investigar. Orientaciones prácticas. Ed. Mensajero, Bilbao, 2002.
- WALKER, Melissa: Cómo escribir trabajos de investigación. Ed. Gedisa, Barcelona, 2000.

TEMA 65. ACTUALIZACIÓN DE UNA ACTUACIÓN EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DE CALIDAD.

**MARIA DE LAS NIEVES CABALLERO ANTIÑOLO
JOSE ANTONIO RODRIGUEZ CARRILLO**

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **DEFINICIÓN DE LA REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR.**
- **ACTUALIZACIÓN DE LA DURACIÓN DE UNA
REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DE CALIDAD.**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

INTRODUCCIÓN

Cada vez está más instaurado la educación para la salud en relación con la Reanimación Cardiopulmonar (RCP), ya sea en el ámbito comunitario a nivel escolar o deportivos.

Hay mayor presencia de equipos DEA o DESA (Desfibrilador auto o semiautomático), por lo que es de vital importancia como iniciar una rápida Reanimación y que ésta sea de calidad, así de saber las nociones básicas del manejo de un DEA o DESA. La instauración de éstos en lugares públicos es ya una obligación, por lo que la población debe tener acceso a una correcta formación para su correcto uso.

DEFINICIÓN

La Reanimación Cardiopulmonar la podemos definir como aquel procedimiento o conjunto de técnicas temporales que suponen un estado de emergencia y que se utiliza cuando la persona ha dejado de respirar o el corazón ha cesado de palpar. El objetivo es la de asegurar la oxigenación a órganos vitales cuando la circulación de sangre del paciente se detiene súbitamente, independientemente de la causa, y cuya finalidad es la de salvar vidas.

Los sucesos más comunes que pueden derivar a éstas situaciones son: descarga eléctrica, ataque cardiaco y ahogamiento o atragantamiento. En el caso de éste último, está protocolizado iniciar la RCP mediante la maniobra de Heimlich, así desobstruyendo la vía aérea que impide el paso de aire hacia los pulmones.

DURACIÓN DE UNA RCP DE CALIDAD

Existen numerosos estudios, de diferentes países asados en ensayos clínicos aleatorios sobre las recomendaciones de la duración de RCP.

Como antecientes, las recomendaciones éticas de 2015, establecen como tiempo máximo de 20 min de RCP en caso de ritmos no desfibrilables y no haberse conseguido en ningún momento recuperación de la circulación espontánea, pero también la necesidad de identificar casos de PCR refractaria que podrían beneficiarse de intervenciones más prolongadas. Los avances en la resucitación han alterado los límites establecidos en 2015 de duración de la RCP, modificando todo lo expuesto hasta ahora.

DURACIÓN DE UNA RCP DE CALIDAD

Estudios reflejan que el 90% de casos recuperados con buen estado neurológico, habrían llegado a una recuperación de la circulación espontánea en un máximo de 16 min, situándose como la duración óptima de la RCP para incrementar la supervivencia no ha sido establecida

Sin embargo, estudios recientes de 2018 en pacientes con Parada Cardiorespiratoria Extrahospitalaria, ha reflejado que existe supervivencia y sin en ésta existir daños cerebrales, con un mantenimiento de su actividad alta, con el tiempo desde el inicio de RCP hasta Restauración de la circulación espontánea, reflejan que los esfuerzos se deberían mantener hasta 45 min, tanto se hayan realizado o no RCP por testigos, y el ritmo sea o no desfibrilable.

DURACIÓN DE UNA RCP DE CALIDAD

Existen nuevos estudios recientes que, una PCR con una mayor

duración de la RCP se asoció a porcentajes más altos de Recuperación de la circulación espontánea y supervivencia alta, sugiriendo que una RCP más prolongada podía mejorar la supervivencia, recomendando al menos 30 min de RCP en cualquier tipo de ritmo.

Otro estudio reflejó que en PCR extrahospitalaria mostró una asociación independiente entre un tiempo más corto de RCP hasta la recuperación de la circulación espontánea y la supervivencia, siendo menor al 1% cuando la RCP se prolonga hasta 48 min en ritmos desfibrilables y 15 min en ritmos no desfibrilables.

DURACIÓN DE UNA RCP DE CALIDAD

Además, ha quedado demostrado el beneficio de trasladar a los pacientes al hospital con RCP en curso, y poder iniciar técnicas más avanzadas y finalmente recomiendan mantener la RCP hasta 48 min en pacientes jóvenes, con ritmo desfibrilable y PCR presenciada, y en al menos 30 min en ritmo no desfibrilable.

Con todo esto, y a pesar de la calidad de los diferentes estudios, queda establecido que se debe iniciar una RCP de calidad en todos los casos hasta los 45 min, aún no habiendo presenciado la PCR, e independientemente de si el ritmo es desfibrilable o no.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. López-Messa JB. ¿Cuál debe ser la duración apropiada de los intentos de resucitación cardiopulmonar? Med Intensiva [Internet]. 2016;41(3):188–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.08.004>
- 2. Ortegón Cetina CJ, de los Santos Rodríguez MN, Sierra Basto G. Calidad de reanimación cardiopulmonar avanzada efectuada por residentes de primer año en un hospital de segundo nivel. Investig en Educ Médica. 2016;6(21):47–51.
- 3. Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L, et al. Ética De Las Decisiones En Resucitación Cardiopulmonar. Med Intensiva. 2010;34(8):534–49.
- 4. García Herrero MÁ, González Cortés R, López González J, Aracil Santos FJ. La reanimación cardiopulmonar y la atención inicial a las urgencias y emergencias pediátricas. Pediatr Aten Primaria. 2011;13(SUPPL.20):197–210.

TEMA 66. SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE UCI.

**MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ
ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA
MARTA ATIENZA CORREAS**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- DEFINICIÓN
- SINTOMATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE BURNOUT
- DISTINTAS MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT
- CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT
- FACTORES DE RIESGO
- PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

INTRODUCCIÓN

El estrés se ha convertido, hoy en día, en un término de uso frecuente durante nuestra vida diaria, lo cual también incluye la vida laboral. La expresión desgaste profesional (Burnout) se utiliza para hacer referencia a un tipo de estrés laboral institucional generado específicamente en profesiones que mantienen una relación constante y directa con personas, especialmente si esta relación es de ayuda, como profesores, policías, personal de salud, entre otras. Este concepto fue utilizado en psicología por primera vez por el psicoanalista Freudenberger en la década de 1970, para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios. A lo largo de estos años, el síndrome de Burnout (SB) ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico que ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales entidades, entre las cuales se encuentra el personal de enfermería¹.

INTRODUCCIÓN

El concepto de SB ha sido ampliamente utilizado en la literatura científica sobre estrés laboral; Maslach y Jackson, especialistas norteamericanas en psicología de la salud, lo han descrito como un proceso que se inicia con una carga emocional y su correspondiente tensión, que conduce al agotamiento del sujeto, el cual comienza a exhibir conductas de distanciamiento y actitudes cínicas respecto a las personas que atiende, lo que crea dudas en relación con la competencia y realización profesional. Se trata de un concepto multidimensional, acompañado de síntomas físicos cuyos componentes fueron identificados por Maslach y Jackson como: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal. Su modelo teórico ha conducido a la elaboración del Maslach Burnout Inventory (MBI)¹.

INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva psicosocial el SB es un síndrome cuyos síntomas son: bajos niveles de realización personal y altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización. La falta de realización personal en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente; esa evaluación negativa afecta de forma especial a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atiende. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. Por agotamiento emocional se entiende la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía, una sensación de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo¹.

INTRODUCCIÓN

La despersonalización puede ser definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo; así, son trabajadores deshumanizados debido al endurecimiento afectivo¹.

Los profesionales de la salud han sido identificados en diversos estudios como uno de los grupos con medidas altas en los diferentes componentes del SB, y de hecho constituye uno de los grupos profesionales más estudiados bajo este concepto en el ámbito internacional, y sus consecuencias van desde una reducción de la calidad del trabajo y conflictos laborales hasta el desarrollo de trastornos mentales, problemas psicosomáticos y aun el suicidio. Incluido en estos grupos de trabajo se encuentra el colectivo de enfermería, ya que su objetivo de trabajo es cuidar los intereses o satisfacer las necesidades de los pacientes, y se caracteriza por el contacto directo con las personas a las que destinan su trabajo. En especial, el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos es un grupo que ha sido identificado como de alto riesgo de desarrollar SB,

INTRODUCCIÓN

relacionado con las condiciones laborales y con las características del trabajo que desempeñan, ya que se requieren constantes demandas físicas y emocionales al enfrentar pacientes críticos, el dolor, la angustia e incertidumbre de sus familiares y, frecuentemente, la muerte; además, debido a la doble carga que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar. Lo anterior es importante tenerlo en consideración puesto que, tanto profesionales como auxiliares de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), se enfrentan a diario con diversas situaciones de difícil manejo a las que deben dar respuestas¹.

Entre estas situaciones se pueden mencionar: la constante preocupación por sus pacientes y familias debido a la incertidumbre de la situación; la ansiedad por la gravedad de los diagnósticos; el tipo de intervenciones, generalmente asociadas a la utilización de terapias y equipos sofisticados, los cuales no se encuentran exentos de riesgos, por lo tanto, existe un contacto permanente con el sufrimiento de los pacientes y sus allegados; la necesidad de intervenir en situaciones de crisis; exceso de trabajo, con numerosas situaciones de falta de recursos humanos y materiales y gran presión asistencial¹.

INTRODUCCIÓN

Muchas de estas situaciones pueden llegar a sobrepasar los niveles de afrontamiento de las personas, ocasionando un desequilibrio en el bienestar físico y psicológico, facilitando por lo tanto la aparición de diferentes niveles de estrés en el trabajo y, subsecuentemente, la aparición SB, lo cual afecta el rendimiento y el bienestar personal y conduce a elevadas tasas de ausentismo laboral, disminución en la satisfacción tanto de los trabajadores como de los pacientes, riesgo de conductas adictivas, entre otras consecuencias. Lo expuesto sustenta la necesidad de que un problema de salud como el Burnout deba ser estudiado, para establecer vías de intervención y posterior prevención¹.

DEFINICIÓN

El síndrome de Burnout se utiliza para hacer referencia a un tipo de estrés laboral institucional generado en profesiones que mantienen una relación constante y directa con personas, como es el caso del personal de enfermería; en él se distinguen tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal¹.

SINTOMATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Unas de las dimensiones más importantes del síndrome de Burnout son las relacionadas con los efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales que dicho síndrome provoca en el profesional de la salud².

- Efectos Fisiológicos:

Falta de apetito, cansancio, insomnio, dolor de cuello, cabeza y músculos, úlceras gástricas, pérdida progresiva de la energía, fatiga y agotamiento².

- Efectos Psicológicos:

Cambios negativos de actitud y respuesta hacia los demás, irritabilidad, ansiedad, depresión, sentimiento de frustración, y pérdida de motivación hacia el trabajo y la competencia personal. Respuestas rígidas e inflexibles a los intentos de cambiar en forma constructiva una situación².

- Efectos Conductuales:

Hostilidad e irritabilidad, incapacidad para concentrarse en el trabajo, en el contacto con el paciente y aumento de relaciones conflictivas con los demás compañeros de trabajo, incumplimiento del horario asignado, toma de periodos largos de descanso².

DISTINTAS MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

- Agotamiento emocional: Disminución y pérdida de recursos emocionales³.
- Despersonalización o deshumanización: Desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado³.
- Falta de realización personal: Tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal³.
- Síntomas físicos de estrés: Cansancio y malestar general³.

DISTINTAS MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

- Manifestaciones mentales: Sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoides y/o agresivos hacia los clientes, compañeros y la propia familia³.
- Manifestaciones físicas: Cefaleas, insomnio, algias osteomusculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, etc³.
- Manifestaciones conductuales: Conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los clientes y compañeros, frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia³.

CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Todos estas alteraciones repercuten en el desempeño laboral, en la atención brindada al paciente y dentro de la misma institución observándose aumento del ausentismo, apatía hacia la organización, aislamiento, pobre calidad del trabajo, actitud cínica y fatiga emocional, aparición de situaciones depresivas que pueden llegar al aumento en el consumo del café, alcohol, barbitúricos, comidas y cigarrillo y que por último comprometen el ambiente familiar².

Como se puede apreciar es común que el síndrome de Burnout se encuentre presente en los profesionales de la salud, teniendo mayor riesgo el personal de enfermería en donde las condiciones laborales como la sobrecarga de trabajo, la falta de motivación y en muchos de los casos la falta de reconocimiento resultan ser factores que condicionan su incidencia².

CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

La exposición a diversos estresores crónicos por parte de un individuo está relacionada con el deterioro de la salud; teniendo en cuenta al personal sanitario como grupo de riesgo por las situaciones estresantes a las que se asocian se ha enumerado una serie de alteraciones que son fruto de este síndrome y que se pueden dividir en tres grupos⁴:

- ✓ Consecuencias que inciden directamente en la salud física (alteraciones físicas): Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulatorios⁴.

CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

- ✓ Consecuencias que inciden en la salud psicológica (alteraciones emocionales): Ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo⁴.
- ✓ Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral (alteraciones conductuales): Absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de productividad, falta de competencia y deterioro de la calidad de servicio de la organización⁴.

FACTORES DE RIESGO

El SB es una respuesta del individuo, cuando tiene que enfrentarse a diferentes situaciones que no se pueden controlar. Para que el síndrome se produzca es necesaria la interacción entre respuestas y características individuales al estrés, así como la presión laboral en el ambiente de trabajo; al respecto existen evidencias nacionales e internacionales sobre los siguientes factores de riesgo⁵:

- Personalidad: Freudenberger consideraba teóricamente a las personas con alto riesgo de “quemarse” a aquellos “optimistas” que utilizan el trabajo para tener una “buena opinión de si mismos”, por el contrario, Solano encontró que el ser optimista amortigua los síntomas de estar quemado⁵.
- En otro estudio Cristina Ortega refiere que los profesionales con inseguridad y problemas de autoestima tienen menor capacidad para afrontar la tensión y mayor riesgo de adaptación y de enfermar⁵.

FACTORES DE RIESGO

- Edad: J. Carlos Atance y Martínez observaron que conforme la edad aumenta se produce mayor tensión emocional por la falta de actualización de conocimientos, así como Romana Albadejo, Rodolfo Quiroz y Carmen Perezagua en sus investigaciones refieren que la edad no tiene relación significativa⁵.
- Antigüedad: Al respecto María Solano, J. Carlos Atance y M. A. Caballero hacen referencia que a mayor antigüedad laboral, se genera mayor despersonalización y agotamiento emocional lo cual provoca el SB15 y refieren que los años promedio para que se de esta situación son de más de 15 a 19 años laborando, sin embargo Carmen Perezagua, E. A Adali y Pedro Gil-Monte han encontrado que las personas en sus primeros años laborales, al no contar con la experiencia necesaria genera estrés ante una situación desconocida durante el proceso de adaptación haciéndolas más vulnerables al equilibrar las expectativas idealistas ante un contexto nuevo⁵.

FACTORES DE RIESGO

- Género: María Solano, C. Martínez López y Pedro Gil-Monte consideran como un grupo vulnerable a las mujeres debido a la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, sin embargo Armand Grau y Jorge Román encontraron que el género más vulnerable es el hombre y refieren que en los hospitales en su mayoría el personal es femenino y no existe equidad para proporcionar datos con suficiente validez⁵.
- Estado civil: Al respecto J. Carlos Atance, Carmen Perezagua y M. A. Caballero encontraron que el estar casado de alguna manera conlleva a una vida familiar rica actuando como amortiguador emocional⁵.
- Tener hijos: Carmen Perezagua y M. A. Caballero encontraron que al tener hijos las personas son menos propensas a padecer el síndrome de burnout, interpretando los mismos autores que esta condición las hace más realistas y maduras y con mayores posibilidades de afrontar conflictos emocionales; sin embargo Armand Grau, Romana Albadejo y Pedro Gil-Monte mencionan que no se encontró relación significativa en esta área con dicho padecimiento⁵.

FACTORES DE RIESGO

- Horas de trabajo: J. Carlos Atance y Rodolfo Quiroz encontraron mayor cansancio emocional en aquellos profesionales que dedican entre 36 y 40 horas a la semana, con respecto a los que trabajan menos de 36 horas sin embargo María Solano y Pedro Gil-Monte no encontraron relación entre este factor y el SB⁵.
- Horario de trabajo: Las referencias revisadas de María Solano y Pedro Gil-Monte muestran que el SB se da más en aquellas personas que trabajan en el turno nocturno, seguido por el vespertino y por último el matutino esto se ha explicado por el hecho de que no hay una relación activa con el paciente encontrándose dormido la mayoría del turno y no existe reconocimiento por parte de él, hacia las intervenciones que la enfermera le brinda; sin embargo M. A. Caballero y Rodolfo Quiroz no encontraron relación con esta categoría y el SB⁵.

FACTORES DE RIESGO

- Situación laboral: M. A. Caballero muestra que hay mayor cansancio emocional en aquellos profesionales con plazas de base obteniendo puntuaciones más altas debido a la mayor carga laboral, por otro lado N. Ibáñez Y Jorge Román han observado que los profesionales suplentes o de contrato tienden más a la despersonalización. Esto se ha considerado así ya que no se ven realizadas las altas expectativas generadas al ingresar al centro de trabajo⁵.
- Número de pacientes: J. Carlos Atance y María Solano refieren puntuaciones mayores en la dimensión de cansancio emocional en aquellos que tenían más de 20 pacientes haciendo referencia que existe la insatisfacción de no realizar las actividades en su totalidad no obteniendo los resultados que ellos esperaban en la atención al paciente⁵.
- Nivel educativo: María Solano y E. A. Adali encontraron que aquellos que tienen un nivel académico más alto presentan niveles de moderado – alto ya que tienen mayor responsabilidad en cuanto a conocimientos⁵.

FACTORES DE RIESGO

- Reconocimiento profesional: Armand Grau y Romana Albadejo refieren que existe una relación significativa para adquirir el SB, teniendo en cuenta que el personal de enfermería no percibe una expresión de recompensa verbal por parte de los pacientes así como de las autoridades ya sea de manera material o verbal, refiriendo los profesionales que su trabajo no es proporcional a lo que ellos dan, causando despersonalización⁵.
- Áreas laborales: María Solano y Jorge Román hacen referencia que se presenta mayor cansancio emocional en los profesionales ubicados en áreas donde se requiere dar cuidados específicos requiriendo mayor número de horas de atención al paciente como son UCI, Oncología y Urgencias⁵.
- Tiempo libre: Rodolfo Quiroz y N. Ibañez encontraron que el personal de Enfermería que cuenta con menos de 6 horas semanales de ocio o tiempo libre para otras actividades son más propensas a la despersonalización y al agotamiento emocional explicando que tienen menos tiempo para liberarse de las tensiones del trabajo⁵.

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

La prevención del estrés profesional puede iniciarse en las mismas unidades de trabajo. Las acciones preventivas y las estrategias de intervención se deben realizar, teniendo un plan de acción que abarque tres dimensiones: la personal, la grupal y la organizacional que considere todos los factores de riesgo⁵.

ASPECTOS PERSONALES

- La adquisición de habilidades para la resolución de problemas preparan mejor al personal para identificar factores de estrés que puedan conducir al Burnout, como: asertividad, manejo del tiempo, entre otros⁵.
- La Terapia Floral es un recurso que se centra armonizando las experiencias emocionales negativas, aumenta la sensibilidad del profesional hacia los pacientes y contribuye al ajuste de la autopercepción del nivel de realización profesional alcanzado⁵.
- Conseguir un equilibrio personal con técnicas que refuercen el optimismo y la autoestima traduciéndose en una mejor relación con los demás⁵.

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

ASPECTOS A NIVEL GRUPAL

- Utilizar los canales de comunicación que haya en la empresa: para informar a los superiores de las preocupaciones que los inquietan⁵.
- Delimitar las funciones: para evitar la sobrecarga de trabajo⁵.

ASPECTOS ORGANIZACIONALES

- La organización deberá tener en cuenta la importancia del entorno físico como elemento estresante, proporcionando al trabajador espacios que le permitan tiempo de descanso⁵.
- Favorecer que los profesionales tengan oportunidad para acceder a la educación continua ya que estimula y prepara al profesional en su práctica cotidiana con sistemas de evaluación y retroalimentación⁵.
- Participación responsable en la elaboración de planes de trabajo como el aumento de equidad en la distribución del trabajo y contar con recursos materiales suficientes⁵.
- Favorecer espacios donde se proporcione asesoramiento y ayuda psicológica a equipos de trabajo o personal de “alto riesgo” (oncología, unidades de cuidados intensivos, unidades de quemados, etc.)⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jofré V. Valenzuela S. Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Aquichan. 2005; 5(1): 56-63.
2. García CR. Zúñiga AMO. Santillán MDLV. Velázquez VH. Fiesco MDSP. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. Fundamentos en humanidades. 2009; 10(19): 179-193.
3. Coloma MM. Chailán PM. Síndrome de burnout en el equipo de salud de una unidad de cuidados intensivos, Concepción. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2013; 28(1): 13-18.
4. Ortega Ruiz C. López Ríos F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2004; 4(1).
5. Zepeda MIE. Grajales RAZ. García V. El Burnout en el personal de Enfermería:¿ De qué manera no quemarse?. Enfermería Universitaria. 2007; 4(2): 49-54.

TEMA 67. SÍNDROME METABÓLICO Y DIABETES MELLITUS TIPO 2.

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGÍA
4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SÍNDROME METABÓLICO Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.
5. CUIDADOS EN EL SÍNDROME METABÓLICO Y EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2.
6. CONCLUSIONES
7. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCION

Se conoce como Síndrome Metabólico (SM) al trastorno que implica a un conjunto de factores que aumentan el riesgo de padecer patología cardiovascular (ECV) y Diabetes Mellitus tipo2 (DM2), como son: obesidad, hipertensión, dislipemia y alteraciones en el metabolismo de la glucosa (Bello Rodríguez B, Sánchez Cruz G, Campos Ferreira Pinto A, Báez Pérez EG, Fernández Morín J, Achiong Estupiñan F, 2012).

- SM aumenta 5 veces el riesgo de sufrir ECV y DM2 en un periodo de 5-10 años desde el momento de su diagnóstico (Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA et al, 2009).

1. INTRODUCCION

- SM aumenta 2-4 veces el riesgo de sufrir apoplejías (Kaur J, 2014)
- SM aumenta 3-4 veces el riesgo de sufrir infarto agudo de miocardio (Kaur J, 2014).
- La probabilidad de muerte por alguno de estos eventos se duplica en la población con SM frente al control, independientemente del historial, de eventos cardiovasculares previos (Kaur J, 2014).
- El 80% de las muertes de pacientes con SM son causadas por complicaciones cardiovasculares ((Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA et al, 2009).

1. INTRODUCCION

No obstante para los estudios poblacionales se han utilizado la mayoría de las veces los establecidos por el NCEP-ATP III, según el cual se diagnostica Síndrome Metabólico cuando un paciente presenta al menos tres de los siguientes factores de riesgo (Laclaustra Gimeno M, Bergua Martínez C, Pascual Calleja I, Casanovas Lenguas JA, 2005 y Bello Rodríguez B, Sánchez Cruz G, Campos Ferreira Pinto A, Báez Pérez EG, Fernández Morín J, Achiong Estupiñan F, 2012):

- Tensión arterial alta: valores de presión arterial igual o superior a 130/85 mm Hg o estar en tratamiento para controlar la tensión arterial.

1. INTRODUCCION

- Obesidad abdominal: definida como un diámetro de cintura mayor de 88 cm para las mujeres y de 102 cm para los hombres.
- Triglicéridos altos: niveles séricos de triglicéridos en ayunas iguales o mayores de 150 mg/dl o estar en tratamiento para reducir los niveles de triglicéridos.
- Colesterol HDL bajo: niveles séricos de colesterol HDL (colesterol “bueno”) por debajo de 40 mg/dl en hombres y por debajo de 50 mg/dl en mujeres.
- Hiperglucemia en ayunas: niveles de glucosa en sangre, después de al menos 8 horas de ayuno, mayores de 100 mg/dl, o en tratamiento para controlar la glucemia.

1. INTRODUCCIÓN

El Síndrome metabólico está relacionado con la resistencia insulínica, una condición en la que el organismo no es capaz de utilizar adecuadamente la insulina para retirar glucosa de la sangre (Laclaustra Gimeno M, Bergua Martínez C, Pascual Calleja I, Casanovas Lenguas JA, 2005). Esto conduce a que los niveles sanguíneos de glucosa se eleven muy por encima de lo normal y predispone al desarrollo de DM2.

En la actualidad aproximadamente cerca del 20% de la población mundial padece SM (6), y la incidencia va en aumento, ligada en gran medida a los hábitos de vida y alimenticios, por lo que se le considera la gran pandemia del siglo XXI.

1. INTRODUCCIÓN

Los estudios realizados hasta ahora muestran una prevalencia del SM que oscila entre el 10% y el 84%, según se trate de países desarrollados o no, de un medio rural o urbano y de la definición de SM utilizada en el estudio (Kaur J, 2014).

Entre los factores que afectan a la prevalencia del SM están: fondo genético, dieta, tabaquismo, nivel de ejercicio físico, historial familiar de diabetes y educación (Alegría Ezquerro E, Castellano Vázquez JM, Alegría Barrero A, 2008).

1. INTRODUCCIÓN

Es muy importante llegar a un acuerdo y definir el mejor método de diagnóstico para identificar precozmente los sujetos susceptibles de padecer este síndrome, ya que si estas personas cambian de forma adecuada su estilo de vida, se puede prevenir el que terminen padeciendo DM2, que sufran complicaciones cardiovasculares, así como múltiples casos de muerte prematura.

2. OBJETIVOS

Analizar en qué consiste el Síndrome Metabólico y su relación con la aparición de Diabetes Mellitus tipo 2.

3. METODOLOGÍA

La búsqueda de la bibliografía se ha realizado a través de diversas bases de datos científicas como son Pubmed, Medline, Cuiden, Scielo, Cochrane Library, Elsevier y Google Académico.

Las palabras clave utilizadas han sido Síndrome Metabólico, diabetes, tratamiento, resistencia a la insulina.

De un total de 45 artículos publicados en los últimos veinte años, para la realización del trabajo se han escogido 22.

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

El Síndrome Metabólico (SM) se caracteriza por un conjunto de trastornos muy prevalentes en las sociedades occidentales (Alegría Ezquerro E, Castellano Vázquez JM, Alegría Barrero A, 2008), que son factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) y de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) como:

- Hipertensión arterial: se considera esta condición cuando la tensión arterial está en valores mayores o iguales a 130/85 mm Hg o el paciente tiene tratamiento antihipertensivo. Esta es una patología que afecta directamente al sistema cardiovascular, ya que se produce una arterioesclerosis al incrementarse el grosor y endurecimiento de los vasos, lo que aumenta el riesgo de sufrir una patología cardiovascular.

4.CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

- **Obesidad abdominal:** cuando la cintura supera los 102 cm en los hombres y los 88 cm en las mujeres se eleva considerablemente el riesgo cardiovascular . Un aumento de los depósitos lipídicos en esta zona, está además íntimamente relacionado con la aparición de resistencia a la insulina.
- **Dislipemia:** uno de los factores que caracteriza al síndrome metabólico es la alteración de los niveles de lípidos en sangre. Los pacientes suelen tener una disminución en los niveles séricos de HDL (<40 mg/dl en hombres y <50 mg/dl en mujeres), acompañado de un aumento en los niveles de triglicéridos (mayor o igual a 150 mg/dl). La alteración de los niveles de lípidos en sangre está íntimamente relacionada con la aparición de placas de ateroma en los vasos sanguíneos, que aumentan el riesgo de padecer ECV.

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

- Alteraciones en la glucemia: pueden incluirse en este grupo personas que se encuentren en tratamiento para regular su glucemia, que hayan sido diagnosticadas de diabetes mellitus con anterioridad, o que presenten un valor plasmático de glucosa mayor o igual a 100 mg/dl en ayunas aunque aún no hayan sido diagnosticados. La hiperglucemia está muy relacionada con la aparición de daños en los vasos sanguíneos. Es la causante de complicaciones microvasculares ya que los productos finales de las glucosilaciones inespecíficas provocan la formación de radicales libres de oxígeno cuando reaccionan con el oxígeno. También estos productos podrían favorecer la arteriosclerosis (complicación macrovascular).

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

Teniendo en cuenta los factores que conforman el síndrome metabólico y las consecuencias que tienen de manera independiente cada uno de ellos sobre el sistema cardiovascular, es esperable que la asociación de varios de estos factores aumente los daños que se producen y que cuantos más factores se sumen, mayor riesgo de padecer algún tipo de patología cardiovascular, ya sea un ictus, un infarto... (Alegría Ezquerro E, Castellano Vázquez JM, Alegría Barrero A, 2008).

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

La manifestación de estos factores suele ir ligada entre ellos. Cuando un paciente no mantiene una dieta saludable y no realiza ningún tipo de actividad física, es lógico que aumente su peso corporal, y que pueda llegar a padecer una obesidad abdominal. El exceso de lípidos suele desembocar en una alteración de los niveles de los mismos, ya que si no se toma una dieta sana, por ejemplo, los niveles de triglicéridos aumentarán. La consecuencia más directa en una dislipemia suele ser la aparición de placas de ateroma en las paredes de los vasos.

Las placas de ateroma aumentan la rigidez de las paredes, y al disminuirse la flexibilidad vascular, aumenta la resistencia del tejido al paso de la sangre y se produce una elevación de los valores de presión arterial.

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

La relación entre los anteriores factores y el desarrollo de ECV es fácil de entender, pero la pregunta que se ha venido planteando durante años es cuál es la relación que existe entre estos factores que componen el síndrome metabólico y la aparición de DM2.

Durante muchos años se ha venido observando que los pacientes que manifestaban las características asociadas al síndrome metabólico: HTA, dislipemia, obesidad abdominal o alguna alteración en los valores de la glucosa (al menos tres de esos criterios) acababan desarrollando DM2, pero no se entendía el por qué. Para ello, es importante entender qué es la DM2.

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

Como la diabetes mellitus tipo 1 (DM1), la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una alteración del mecanismo de regulación de los niveles de glucosa en sangre. Pero mientras que en la DM1 el paciente no tiene la capacidad de sintetizar la insulina suficiente para poner en marcha los mecanismos metabólicos de utilización de la glucosa por las células, los enfermos que padecen DM2 sí que sintetizan en un principio su propia insulina, pero los receptores celulares no responden adecuadamente a ella, por lo que se produce una situación de resistencia de los tejidos a la insulina. Se va forzando al páncreas a segregar mayores concentraciones de insulina cada vez, lo que lleva a larga a un fallo pancreático (Menéndez Torre E, Lafita Tejedor J, Artola Menéndez S, Millán Niñez-Cortés J, Alonso García A, Puig Domingo M et al, 2010).

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

La resistencia a la insulina consiste en una disminución de la capacidad de la insulina para ejercer sus acciones biológicas en tejidos diana típicos como el músculo esquelético, el hígado o el tejido adiposo. Esta falta de respuesta de los tejidos a la insulina conduce a un aumento de la insulina en sangre para compensar el déficit. El estado de hiperinsulinemia continua que se presenta hace que se den alteraciones en los mecanismos de la regulación glucosa-insulina. Finalmente, el páncreas, órgano productor de la insulina, va perdiendo su función debido a la muerte y/o a la disfunción de sus células beta al haber estado forzadas a una súper-producción de insulina.

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

Este estado mantenido en el tiempo lleva a unos niveles de glucosa en sangre más altos de los normales, ya que la función reguladora de la insulina no se cumple.

Varios grupos de investigadores ven la resistencia a la insulina como la característica común a todos los factores que constituyen el síndrome metabólico (Laclaustra Gimeno M, Bergua Martínez C, Pascual Calleja I, Casanovas Lenguas JA, 2005).

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

Se habla de que la causa principal para el desarrollo de la resistencia a la insulina es el aumento de ácidos grasos libres circulantes por el organismo, que proceden de los acúmulos excesivos de triglicéridos en los tejidos (Laclaustra Gimeno M, Bergua Martínez C, Pascual Calleja I, Casasnovas Lenguas JA, 2005).

Los ácidos grasos libres causan una disminución de la acción de la insulina, lo que a su vez lleva a una hiperinsulinemia compensadora que acabará derivando en una resistencia insulínica (Kahn SE, Hull RL, Utzschneider KM, 2006).

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

Teniendo en cuenta estas relaciones entre los triglicéridos, los ácidos grasos libres y la resistencia insulínica, es comprensible que la obesidad, que conlleva un aumento del tejido adiposo (en el que se almacenan los triglicéridos), es un factor clave para la aparición de la resistencia a insulina en individuos sanos que antes no la tenían (Boden G, 2011).

La dislipemia que se produce en los pacientes con síndrome metabólico tiene como características principales la disminución del colesterol HDL, aumento del colesterol LDL e hipertrigliceridemia (Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA et al, 2009). La hipertrigliceridemia conduce a altos niveles de ácidos grasos libres que no se pueden acumular ya en los adipocitos y que son los promotores de la resistencia a la insulina en los tejidos.

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

En cuanto a la relación existente entre la resistencia a la insulina y la hipertensión arterial, se habla de dos hipótesis.

La primera hipótesis es que tras múltiples fallos en los mecanismos reguladores, se produce un aumento de la glucemia basal continuado. La hiperglucemia produce daños a varios niveles, entre los cuales se incluye el sistema vascular. Si a esto se le suma la arterioesclerosis derivada de la dislipemia, se produce una rigidez y engrosamiento de las paredes de los vasos, lo que va íntimamente ligado a unos valores de tensión arterial elevados (Laclaustra Gimeno M, Bergua Martínez C, Pascual Calleja I, Casasnovas Lenguas JA, 2005).

4.CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

La segunda hipótesis que se baraja es que no es la hipertensión la que deriva de la resistencia insulínica, sino al contrario. La hipertensión arterial es una de las patologías que paulatinamente va dañando los vasos del individuo que la padece. Una lesión en el tejido vascular hará que los mecanismos reguladores tisulares de la glucemia fallen, y se produzca a la larga una resistencia a la insulina (Laclaustra Gimeno M, Bergua Martínez C, Pascual Calleja I, Casanovas Lenguas JA, 2005).

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

La otra característica básica del síndrome metabólico, alteraciones de la glucemia, tiene una clara relación con la aparición de la resistencia insulínica. Cuando se producen niveles inadecuados de glucemia, el organismo utiliza sus mecanismos para compensar ese incremento de glucosa, y aumenta la cantidad de insulina producida por el páncreas. Se va manteniendo un estado de hiperinsulinemia debido a la alta producción de esa hormona, y con el tiempo ésta acaba dando lugar a una resistencia a la insulina.

Si se examinan todas las relaciones anteriormente propuestas entre los factores que constituyen el SM y la resistencia a la insulina como característica común causante de todos ellos, puede llegarse a comprender a su vez el por qué personas que padecen las distintas patologías que se asocian al síndrome metabólico acaban desarrollando DM2.

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

Un individuo hipertenso, que padece obesidad abdominal y dislipemia, pero que no tiene DM2, tiene grandes probabilidades de acabar desarrollándola (Hussain A, Hydrie MZ, Claussen B, Asghar S, 2010). Teniendo en cuenta la definición de DM2 (hiperglucemia crónica debida a una resistencia a insulina, que conduce a un fallo en la secreción de insulina por el páncreas) (Menéndez Torre E, Lafita Tejedor J, Artola Menéndez S, Millán Niñez-Cortés J, Alonso García A, Puig Domingo M et al, 2010) y la teoría de que la característica común a todos los componentes del síndrome metabólico es la resistencia a la insulina de los tejidos, se puede establecer una clara relación en la aparición de esa nueva patología en un individuo que no la padecía con anterioridad.

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

La resistencia a la insulina que tiene la persona provoca una hiperfunción pancreática para tratar de suplir el fallo en la función de la insulina. Un estado de hiperinsulinemia cada vez mayor se irá produciendo en el individuo y, finalmente, el páncreas acabará deteriorando su función debido a la alta producción compensadora que tiene. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se caracterizan por tener una resistencia a la insulina, y en ellos acaba fallando la fabricación de hormonas por parte del páncreas. Partiendo de esto, si el individuo ya tiene establecida una resistencia insulínica que va deteriorando con el paso del tiempo la función de las células beta de su páncreas (productoras de la insulina), finalmente acabará desarrollando una DM2.

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

Otra de las hipótesis que cobra cada vez más fuerza sobre la causa desencadenante del síndrome metabólico, es la presencia de un estado proinflamatorio del tejido adiposo de los pacientes predispuestos a padecer este síndrome. Este estado proinflamatorio estaría a su vez ligado directamente a la resistencia a la insulina.

Esto es debido a que una adipocitopatía proinflamatoria produce una disminución de la función de la insulina en los tejidos, que conduce a una resistencia insulínica (Donath MY, 2011 y Lumeng CN, Saltiel AR, 2011). Por tanto las hipótesis de la resistencia a la insulina y la inflamación de los adipocitos son totalmente compatibles entre sí.

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

Finalmente, muchos otros estudios sobre individuos sanos que sin tener malos hábitos alimenticios ni llevar una vida sedentaria han acabado desarrollando las características que se producen en enfermos catalogados de padecer síndrome metabólico, han relacionado la aparición del síndrome con la posesión de determinados genes desencadenantes de estas patologías (Murphy R, Carroll RW, Krebs JD, 2013).

Entre los genes estudiados se encuentran varios que predisponen a la aparición de la obesidad, la diabetes (al producir daños en las células beta del páncreas), así como otros favorecedores de la aparición de resistencia insulínica, factor común para el desarrollo de otras de las patologías asociadas al síndrome metabólico: la hipertensión arterial.

4. CARACTERÍSTICAS QUE CONFORMAN EL SM Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DM TIPO 2.

En definitiva, el síndrome metabólico es una de las enfermedades con mayor morbilidad hoy en día, puesto que va ligado a la aparición de DM2, y ésta, sumada a todo el conjunto de patologías definitorias del síndrome, aumentan enormemente el riesgo de padecer un problema cardiovascular. Dada su gran prevalencia en la actualidad, es importante trabajar en la prevención de los distintos componentes que caracterizan el síndrome, y en el caso de que alguno ya esté instaurado, es fundamental mantener un buen control del mismo, con el fin de que no se acaben desarrollando más patologías que aumenten más el riesgo de mortalidad en los individuos.

5. CUIDADOS EN EL SÍNDROME METABÓLICO Y EN LA DIABETES TIPO 2

Debido al enorme impacto del Síndrome Metabólico (SM) sobre la salud pública, en los últimos años se han realizado importantes investigaciones que han originado avances en el conocimiento de este complejo síndrome. Como se expuso anteriormente, un elevado número de pacientes tras sufrir este desorden metabólico acaba desarrollando diabetes mellitus del tipo 2 (DM2).

La diabetes tipo 2 (DM2) es la forma más prevalente de la enfermedad, se origina por una insulino-resistencia periférica, que en principio es compensada por la superproducción de insulina en las células beta del páncreas. Con el tiempo, esta compensación se pierde debido a la muerte y/o a la disfunción de estas células.

5. CUIDADOS EN EL SÍNDROME METABÓLICO Y EN LA DIABETES TIPO 2

La prevención de las enfermedades, en general, supone la actuación sanitaria por excelencia. El desarrollo de una enfermedad conlleva una gran repercusión a nivel social, económico... Por ello, el esfuerzo que se haga por prevenir las patologías siempre compensará (y no solo en el sentido económico), frente al esfuerzo necesario para tratar de curar o paliar las enfermedades una vez instauradas.

Los costes derivados del tratamiento de la diabetes se convierten en una de las principales partidas presupuestarias que deben asumir las sanidades públicas. La alta morbilidad y mortalidad causada por esta enfermedad justifican los esfuerzos dedicados a su prevención y diagnóstico. Por esta misma razón es fundamental el diagnóstico, tratamiento y prevención de los pacientes susceptibles de padecer SM, ya que un alto porcentaje de estos pacientes pueden llegar a desarrollar DM2 si no son diagnosticados y no cambian sus hábitos de vida a tiempo.

5. CUIDADOS EN EL SÍNDROME METABÓLICO Y EN LA DIABETES TIPO 2

El primer paso para el tratamiento o prevención de la enfermedad en un paciente susceptible de padecer SM es realizarle una valoración global. En esta valoración, el médico y la enfermera deberán recopilar datos de interés que puedan relacionarse con el síndrome, como son los antecedentes familiares (siempre hay que tenerlos en cuenta ya que muchas patologías tienen mucha influencia genética), enfermedades que padezca, hábitos de vida (consumo de alcohol, tabaco...), actividad física que realiza, alimentos que componen su dieta... Cuando se ha obtenido la información necesaria y se ha realizado la exploración física del paciente, hay que analizar los resultados de la analítica. Además, en algunos casos se pueden requerir otro tipo de pruebas complementarias, si el facultativo lo estima necesario, para la detección de algunas patologías, como puede ser la prueba de la tolerancia a la glucosa para comprobar si el paciente controla adecuadamente la glucemia.

5. CUIDADOS EN EL SÍNDROME METABÓLICO Y EN LA DIABETES TIPO 2

Tras valorar la situación del paciente, se puede ver si éste tiene algún tipo de riesgo para desarrollar alguno de los desórdenes que se incluyen en la definición del síndrome metabólico, si ya se ha manifestado alguna patología, o si coexisten varias y ya se ha establecido el síndrome metabólico en el individuo. Según los resultados de esta valoración, el tratamiento irá enfocado de distinta manera.

En los individuos catalogados dentro de la población de riesgo, lo más importante es incidir en la prevención. Como tratamiento general, el paciente si tiene un exceso de peso debería de reducirlo a través de una dieta hipocalórica combinada con el desarrollo de una actividad física moderada de manera regular.

5. CUIDADOS EN EL SÍNDROME METABÓLICO Y EN LA DIABETES TIPO 2

Además, si tiene algún tipo de hábito tóxico, como puede ser el consumo de alcohol o de tabaco, deberá de reducir la dosis ingerida de lo primero y eliminar el segundo de su día a día. Dado que se trata de una población de riesgo, habrá que ir vigilando regularmente los factores que puedan hacer desencadenar el síndrome metabólico, como son los niveles de glucosa, la tensión arterial y los valores de colesterol y triglicéridos en sangre.

Si se cumplen las pautas, este tipo de pacientes disminuirá su riesgo de desarrollar SM y por tanto de que éste finalmente desemboque en DM2.

5. CUIDADOS EN EL SÍNDROME METABÓLICO Y EN LA DIABETES TIPO 2

Lo más común es que los pacientes acudan a las consultas cuando ya han desarrollado alguna de las patologías que engloban el síndrome metabólico y no se hayan dado cuenta. Esto ocurre porque la mayoría de las patologías, como las alteraciones en los niveles de la glucosa o la hipertensión arterial, cursan de manera silente y el paciente no conoce su problema hasta que acude a la consulta y se le es detectado. Cuando esto se da, es importante fijar unos objetivos realistas a cumplir, con el fin de que no se desarrollen nuevas patologías y se presenten mayores complicaciones. Además, aunque el tratamiento de unas enfermedades pueda mejorar las otras, tras varios estudios se ha visto que es eficaz tratar los diferentes componentes de manera individual.

6. CONCLUSIONES

De la realización del trabajo se extraen las siguientes conclusiones:

- El Síndrome Metabólico es un tema de gran relevancia y actualidad debido a su gran prevalencia en la población mundial, que no deja de incrementarse, y a la alta morbimortalidad en los pacientes que lo padecen (Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R et al, 2012 y Rydén L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Consentino F, Danchin N et al, 2014).
- Existe una necesidad de unificar los criterios definitorios para conseguir un mejor diagnóstico y tratamiento (Rodríguez B, Sánchez Cruz G, Campos Ferreira Pinto A, Báez Pérez EG, Fernández Morín J, Achiong Estupiñan F, 2012).

6. CONCLUSIONES

- Los factores que contribuyen al SM están íntimamente ligados entre sí, y se relacionan con unos malos hábitos alimenticios y educacionales, unidos a una vida sedentaria (Laclaustra Gimeno M, Bergua Martínez C, Pascual Calleja I, Casanovas Lenguas JA, 2005 y Bello Rodríguez B, Sánchez Cruz G, Campos Ferreira Pinto A, Báez Pérez EG, Fernández Morín J, Achiong Estupiñan F, 2012).
- La resistencia a insulina de los tejidos es el principal agente etiológico de este síndrome lo que lo relaciona con el desarrollo de Diabetes mellitus tipo 2 (Donath MY, 2011 y Lumeng CN, Saltiel AR, 2011).

6. CONCLUSIONES

- El papel del equipo de enfermería en el tratamiento del SM es muy importante, ya que puede ayudar en la prevención, en lograr una buena adherencia al tratamiento y en educar a la población. Estas actuaciones desembocarán en una menor prevalencia y en un ahorro al Sistema de Salud.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Bello Rodríguez B, Sánchez Cruz G, Campos Ferreira Pinto A, Báez Pérez EG, Fernández Morín J, Achiong Estupiñan F. Síndrome Metabólico: un problema de salud con múltiples definiciones. Rev Méd Electrón [Internet]. 2012 Mar-Abr; 34(2).
- Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome. A Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. Circulation [Internet]. 2009; 120: 1640-1645.
- Kaur J. A Comprehensive Review on Metabolic Syndrome. Hindawi Publishing Corporation. [Internet]. 2014; 943162, 1-21.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Grima Serrano A, León Latre M, Ordóñez Rubio B. El síndrome metabólico como factor de riesgo cardiovascular. Rev Esp Cardiol Supl. [Internet]. 2005; 5:16D-20D.
- Laclaustra Gimeno M, Bergua Martínez C, Pascual Calleja I, Casanovas Lenguas JA. Síndrome metabólico. Concepto y fisiopatología. Rev Esp Cardiol Supl [Internet]. 2005; 5: 3D-10D.
- Martínez R G, Alonso K R, Novik A V. Síndrome metabólico. Bases clínicas y fisiopatológicas para un enfoque terapéutico racional. Rev Méd Chile. 2009; 137: 685-694.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Alegría Ezquerro E, Castellano Vázquez JM, Alegría Barrero A. Obesidad, síndrome metabólico y diabetes: implicaciones cardiovasculares y actuación terapéutica. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2008; 61 (7): 752-64.
- Menéndez Torre E, Lafita Tejedor J, Artola Menéndez S, Millán Niñez-Cortés J, Alonso García A, Puig Domingo M et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. Av Diabetol. 2010 Jul; 26: 331-
- Kahn SE, Hull RL, Utzschneider KM. Mechanisms linking obesity to insulin resistance and type 2 diabetes. Nature [Internet]. 2006 Dec; 444: 840-846.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Boden G. Obesity, Insulin Resistance and Free Fatty Acids. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. [Internet] 2011 April; 18(2): 139-143.
- Hussain A, Hydrie MZ, Claussen B, Asghar S. Type 2 Diabetes and obesity: A review. Journal of diabetol. [Internet]. 2010 June; 2:1.
- Donath MY. Inflammation as a Sensor of Metabolic Stress in Obesity and Type 2 Diabetes. Endocrinol. [Internet]. 2011 November; 152(11): 4005-4006.
- Donath MY, Shoelson SE. Type 2 diabetes as an inflammatory disease. Nature reviews. [Internet] 2011 February. (11).

7. BIBLIOGRAFÍA

- Lumeng CN, Saltiel AR. Inflammatory links between obesity and metabolic disease. *The J Clin Invest*. [Internet]. 2011 June; 121 (6): 2111-2117.
- Murphy R, Carroll RW, Krebs JD. Pathogenesis of the Metabolic Syndrome: Insights from Monogenic Disorders. Hindawi Publishing Corporation. [Internet]. 2013; 920214: 1-15.
- Rydén L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Consentino F, Danchin N et al. Guía práctica clínica de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular, en colaboración con la European Association for the Study of Diabetes. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2014; 67(2): 136.e1-e56.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. Diabetología. [Internet]. 2012; 55: 88-93.

TEMA 68. VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS.

**CAROLINA MENDEZ MECA
ARASHELLY HUAMANTICA OROZ
LAURA ALONSO FERNÁNDEZ**

ÍNDICE

CONCEPTO DE RN SANO
CUIDADOS EN EL PARITORIO
PIEL CON PIEL
TEST DE APGAR
CONJUNTIVITIS NEONATAL
IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO
BIBLIOGRAFÍA

CONCEPTO DE RN SANO

RN a término (≥ 37 semanas de gestación) y su historia (familiar, materna, gestacional y perinatal), su examen físico y su adaptación lo garanticen.

- Edad gestacional y/o peso adecuados.
- Ausencia de anomalía congénita.
- Adecuada transición a la vida extrauterina.
- Ausencia de incidencias como consecuencia de la gestación, parto, analgesia o anestesia.
- Ausencia de infección o enfermedades metabólicas

EDAD GESTACIONAL:

- Pretérmino: edad gestacional < 37 semanas.
- A término: 37-42 semanas.
- Post término: edad gestacional > 42 semanas

PESO:

- BPEG: Bajo peso para la edad de gestación.
< P10
- APEG: Adecuado peso para la edad de gestación. P10-P90
- EPEG: Elevado peso para la edad de gestación.> P90

RN Normal:

- A término
- Peso adecuado
- Sin patología

CUIDADOS EN EL PARITORIO

Ambiente tranquilo, seguro y confortable.

Temperatura de la habitación (24-27 °C).

Controlar el ruido.

El RN se coloca sobre el pecho de su madre:

Secar al RN (pañó limpio/estéril y seco)

Colocar el gorro y cubrir con otro paño seco.

Si Cesárea: Recibir al RN bajo fuente de calor radiante.

VALORACIÓN DE LA VÍA AÉREA:

Limpiar secreciones de orofaringe y fosas nasales. No realizar aspiración de rutina

SI HAY MECONIO:

- No estimular si no llora.
- Aspirar secreciones de orofaringe para evitar broncoaspiración e infección.
- Vigilar al RN en su proceso de adaptación e ir valorando el test de Apgar.
- Si se necesita un traslado a cuidados especiales se realizará en una incubadora de transporte (siempre preparada en caso de ser utilizada) o cuna según las necesidades del RN.
- Algoritmo de actuación en el RN

PIEL CON PIEL

- Previene la pérdida de calor.
- Favorece el establecimiento de la lactancia materna.
- Mejora los niveles de glucemia.
- Facilita el apego madre-hijo.
- No tiene por qué interferir en las actividades a realizar: test de Apgar, identificación, obtención de sangre, etc.
- Si no es posible con la madre, por salud materna, realizar contacto piel con piel con el padre.

TEST DE APGAR

- Examen rápido en el primer y 5º minuto de vida.
- Primer minuto: cómo tolera el parto el RN
- 5º minuto: adaptación extrauterina.
- 10 minutos
 - 7-10: RN vigoroso
 - 4- 6: RN deprimido moderado
 - 0-3: RN deprimido

SIGNO	0	1	2
FREC. CARDIACA	AUSENTE	<100	>100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	IRREGULAR, LENTO	LLANTO VIGOROSO
TONO MUSCULAR	FLÁCIDO	EXTREMIDADES FLEX	MOVS. ACTIVOS
RESPUESTA A ESTIMULOS	SIN RESPUESTA	MUECAS	LLANTO
COLORACIÓN	CIANOSIS	ACROCIANOSIS	ROSADO

- **A**pariencia (color).
 - **P**ulso (ritmo cardíaco).
 - **G**esto o mueca (respuesta a estimulación).
 - **A**ctividad (tono muscular).
 - **R**espiración.
- En RN pretérmino y RN a término la supervivencia aumenta a medida que aumenta la puntuación de APGAR. El riesgo de mortalidad aumenta si la puntuación a los 5 minutos es de 0 a 3.
 - La puntuación de APGAR resultó ser un mejor predictor neonatal en comparación con la medición de pH de la arteria umbilical
 - La combinación de APGAR de 0 a 3 y el pH de arteria umbilical de 7 o menos incrementó el riesgo relativo de muerte en RN tanto de término como pretérmino.

CONJUNTIVITIS NEONATAL

- Inflamación e infección de la superficie ocular por bacterias, virus o agentes químicos.
- Lesión permanente o ceguera. Contagio en el canal del parto, intraútero o tras nacer.
- La profilaxis oftálmica reduce la incidencia de oftalmía gonocócica y ceguera
- **PROFILÁXIS OFTÁLMICA:** Eritromicina 0,5% o tetraciclina al 1% en gotas o ungüento (nitrato de plata al 1% en casos excepcionales).

IDENTIFICACIÓN DEL RN

Los RN tienen el derecho de ser debidamente identificados desde el momento del nacimiento. Artículo 8 de la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (Nueva York, 20 de noviembre de 1989) ratificada por España el 30 de noviembre de 1990.

Debe garantizar la confirmación de la relación RN con su madre biológica.

- Evitar intercambios en sala de partos
- Evitar intercambios en planta de hospitalización.
- Verificar la identidad del RN en caso de duda.
- Comprobar la identidad del RN y madre al alta.
- Evitar consecuencias de tipo legal al personal sanitario ante posibles intercambios.
- Existen diversos sistemas biológicos de identificación. Los más aceptados son la sangre de cordón para ADN y la huella dactilar.
- Pero no aseguran per se la custodia del neonato.
- Se debe evitar la separación con la madre, pulsera identificativa a la madre, RN y en la pinza del cordón.
- En caso de gemelos o trillizos se colocarán tantas pulseras a la madre como bebés.

- Se recogen los datos de la madre y del RN.
- Huellas dactilares del dedo índice derecho materno e índice y medio del RN.
- Sexo del RN
- Pulseras homologadas y adecuadamente colocadas, de distintos colores para cada parto sucesivo o simultáneo y del mismo color para madre e hijo con datos identificativos de la madre y RN.

BIBLIOGRAFÍA

- Doménech E, González N. y Rodríguez-Alarcón J. Servicio de Neonatología del Hospital Universitario de Canarias (Tenerife) Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna. Neonatología. Unidad de Medicina Perinatal. Departamentos de Pediatría. Hospital de Cruces (Vizcaya). Facultad de Medicina. Universidad del País Vasco. Cuidados generales del recién nacido sano. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008
- Ortiz, J. Rodríguez-Miguélez J. Identificación y custodia del Recién nacido. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología.

- Ramos Fuentes F.J. Seguimiento y cuidados del recién nacido con malformaciones
- Sociedad Española de Neonatología. Reanimación neonatal 3ª Edición. 2012
- www.biblioteca-medica.com.ar/2012/03/adaptacion-del-recien-nacido-la-vida.html
- <http://www.siceditorial.com/ArchivosObras/obrapdf/GUIA%20DE%20VALORACION%20PRENATAL842005.pdf>

TEMA 69. EL DELIRIO EN CUIDADOS INTENSIVOS CARDIACOS: INCIDENCIA Y CUIDADOS ENFERMEROS.

**MARINA MOYANO MUNERA
ARÁNZAZU SEVILLA LARA
MARÍA TERESA INZA URREA
SANDRA MOLINA SANCHEZ**

ÍNDICE

- 1. Resumen..... Diapositiva 4-7
- 2. Introducción..... Diapositiva 8-25
- 3. Objetivos e hipótesis..... Diapositiva 26
- 4. Metodología..... Diapositiva 27-39
 - Ámbito de estudio
 - Diseño
 - Sujetos. Criterios de inclusión / exclusión
 - Variables
 - Instrumento para la recogida de datos
 - Análisis de los datos
- 5. Aspectos éticos.....Diapositiva 40

ÍNDICE

- **6. Dificultades y limitaciones..... Diapositiva 41**
- **7. Aplicabilidad y utilidad práctica.... Diapositiva 42**
- **8. Bibliografía..... Diapositiva 43-49**

1. RESUMEN

Introducción: El delirio se identificó como complicación de la cirugía cardíaca hace más de medio siglo. En todo este tiempo, los avances en el campo quirúrgico y en la anestesia han mejorado la eficiencia y los resultados de la cirugía cardíaca, pero la frecuencia del delirio se mantiene ya que continúa siendo una complicación muy poco valorada. Objetivos: Describir la incidencia del delirio en pacientes postoperados cardíacos e identificar los cuidados enfermeros realizados para la prevención y manejo del delirio. Metodología: Estudio cuantitativo transversal de tipo descriptivo y observacional. El ámbito del estudio será la unidad de cuidados intensivos cardíacos del Hospital Glenfield (Leicester, Reino Unido).

1. RESUMEN

La población de estudio serán todos los pacientes ingresados en la UCI después de ser sometidos a una operación cardíaca durante el periodo de tiempo comprendido entre agosto a diciembre de 2016. Se medirá la variable dependiente presencia de delirio y las variables independientes sociodemográficas (edad, sexo...) y las actividades enfermeras realizadas para prevenir o tratar el delirio. El instrumento utilizado para la recogida de datos serán las gráficas de los pacientes y dos formularios entregados a las enfermeras. El análisis de los datos se llevará a cabo con los programas informáticos SPSS 22.0 para describir la incidencia del delirio y NVivo para procesar las variables sociodemográficas y las actividades enfermeras

Palabras clave: delirio, cuidados críticos cardíacos, incidencia, cuidados enfermeros

1. RESUMEN

Introduction: Delirium was identify as a complication after heart surgery more than half a century ago. Intra-

operative surgery and anaesthetic advances have improved the efficiency and outcomes of the surgery. However, delirium frequency remains the same as it is not well valued.

Objetives: Describe the incidence of delirium in cardiac surgery patients and identify the care bundle done to prevent and deal with delirium. Type of study: transversal quantitave, observational and descriptive. The study enviroment is the cardiac intensive care unit of the Glenfield hospital

(Leicester, United Kingdom). The study population consist of all the patients admitted in ICU after cardiac surgery in the period of time between August and December 2016.

1. RESUMEN

Delirium incidence as independent variable as well as socio-demographic variable (age, gender...) and nursing care bundle shall be measured. For the data collection the daily ICU chart and the two forms given to the nurses. The data analysis will be performed with SPSS 22.0 for the delirium incidence and with NVivo for the socio-demographic variable and nursing care bundle.

Keywords:

delirium, cardiac intensive care unit, incidence, nursing care bundle

2. INTRODUCCIÓN

En las Unidades de cuidados intensivos (UCI), se atienden pacientes que están gravemente enfermos y necesitan apoyo de uno o más de sus órganos vitales para poder seguir viviendo (1) , siendo el delirio el trastorno psiquiátrico más frecuente que se encuentra en estas unidades.(2)

Debido a la gravedad de los pacientes que ingresan en UCI, muchos de ellos pasan durante su estancia por estados comatosos, indicando así una fluctuación en su estado mental. Los pacientes en estado de coma frecuentemente, pero no siempre, pasan por un estado de delirio antes de recuperar su estado mental de base. (3)

2. INTRODUCCIÓN

Se define el delirio como la perturbación de la conciencia caracterizada por un comienzo agudo y deterioro del funcionamiento cognitivo de curso fluctuante, tal que la habilidad de los pacientes para recibir, procesar o almacenar información está perjudicada. El delirio se desarrolla en un corto periodo de tiempo (de horas a días), es usualmente reversible, y es una consecuencia directa de una condición médica, una intoxicación o abstinencia de sustancias, uso de medicamentos, exposición a toxinas o a una combinación de esos factores citados. (3)

2. INTRODUCCIÓN

Como consecuencia de las características que definen el delirio, éste se vincula a un peor pronóstico y evolución en el paciente crítico, así como a un aumento de la duración de la estancia hospitalaria, de la permanencia de la ventilación mecánica, de la mortalidad y de los costos sanitarios, entre otros efectos negativos. (4)

Por lo tanto, es importante saber que se clasifica el delirio en los siguientes tres subtipos: delirio hiperactivo con síntomas de hiperalerta, agitación, ilusiones y alucinaciones, delirio hipoactivo en el cual el paciente presenta inatención, letargia, capacidades motoras reducidas y lenguaje inapropiado. (1)

2. INTRODUCCIÓN

Por último, el delirio mixto caracterizado por alternar síntomas de los otros dos tipos de delirio. Los distintos tipos de delirio tienen diferentes implicaciones para las enfermeras, por ejemplo el delirio hiperactivo es fácil de reconocer porque causa más problemas e inconvenientes a la hora de cuidar al paciente. Mientras que los pacientes con delirio hipoactivo son, a causa de su estado letárgico, fáciles de tratar para las enfermeras pero por lo tanto también son fácilmente infradiagnosticados. (1)

2. INTRODUCCIÓN

Por otro lado, el delirio es probablemente la manifestación más frecuente de la disfunción aguda del sistema nervioso central, en el contexto de un fallo multiorgánico en los pacientes críticos y es reconocida como tal por la mayoría de los profesionales, pero también reconocen que es un síndrome infradiagnosticado y sólo una minoría de ellos utiliza herramientas específicas para la detección sistemática del delirio.(5)

Cabe destacar que la detección es la primera acción para el manejo del delirio en UCI y un mecanismo para reducir las consecuencias negativas derivadas de su padecimiento.(4)

2. INTRODUCCIÓN

Los protocolos de 2013 de práctica clínica para el manejo del dolor, la agitación y el delirio recomiendan que en todos los pacientes adultos ingresados en UCI se debe evaluar el delirio regularmente, por ejemplo una vez por turno. Para ello, se utilizará una de estas dos escalas:

- The confusion assessment method (CAM-ICU) (6)
- La ICDSC (The intensive care delirium screening checklist) (7)

2. INTRODUCCIÓN

Sin embargo, el instrumento más usado es la CAM-ICU, la cual fue desarrollada para diagnosticar con exactitud el delirio en las unidades de cuidados intensivos, en las cuales la mayoría de los pacientes frecuentemente no pueden comunicarse verbalmente debido a la ventilación mecánica. Ha sido estimado que la CAM-ICU tiene una sensibilidad del 95% y una especificidad del 89%.(8)

Así mismo, la utilización de la escala CAM-ICU junto con la escala de sedación RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) la cual consta de un rango de puntuación entre +4 (extremadamente agitado) a un -5 (coma) en combinación con el diagnóstico del delirio es usada para distinguir entre los tres subtipos de delirio explicados anteriormente.(1)

2. INTRODUCCIÓN

Concretamente la incidencia del delirio en pacientes intervenidos de cirugía general oscila entre el 10 y el 46% y llega a alcanzar el 50-67% entre los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca. A pesar de las extensas investigaciones, los estados de confusión aguda después de cirugía cardíaca siguen siendo un tema de gran importancia y controversia. El profundo impacto de las alteraciones psicóticas en los resultados postoperatorios ha sido comprobado en numerosos estudios. (2)

A pesar de la dificultad en realizar un diagnóstico exacto del delirio, por la condición que define a los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos, se puede conseguir la prevención del delirio mediante medidas farmacológicas y no farmacológicas. (9)

2. INTRODUCCIÓN

Por lo que se refiere a las medidas no farmacológicas, la estructura física y social de las unidades de cuidados intensivos mejora no solo la incidencia, sino también la duración de los cuadros de delirio. En particular, las unidades con boxes individuales y cerrados mejoran el nivel de ruido y favorecen la tranquilidad del paciente crítico. Además, la presencia de la familia facilita la prevención y el control de los pacientes con delirio, siempre adaptando los horarios de visita en función de las necesidades del paciente y de las posibilidades de la familia. (10)

2. INTRODUCCIÓN

Hsieh, Ely y Gong (2013) proponen una serie de estrategias para prevenir el desarrollo del delirio y limitar su duración, las cuales son efectivas para todos los pacientes ingresados en la UCI. En primer lugar, es muy importante tener en cuenta el manejo del dolor, ya que se ha demostrado en numerosos estudios que es un factor de riesgo para el desarrollo del delirio. El objetivo principal del manejo del dolor es tener un control adecuado de éste, evitando el exceso de sedación y prevenirlo siempre que sea posible por ejemplo, antes de que se le realicen procedimientos dolorosos al paciente. (11)

2. INTRODUCCIÓN

En segundo lugar, el manejo de la agitación. El tratamiento de la agitación en sí, en vez de identificar y tratar la causa subyacente puede incitar o prolongar el delirio, mientras que un tratamiento eficaz de la causa subyacente puede reducir el uso de sedación y mejorar los resultados médicos. (11)

En tercer lugar, está el nivel de sedación. En los pacientes de UCI se debe conseguir un nivel de vigilia en el que los pacientes puedan participar en la reorientación y se pueda realizar una movilización temprana. Tres diferentes métodos que han demostrado buenos resultados clínicos son: la interrupción diaria de la sedación, terapia focalizada en una ligera sedación y en los casos posibles no usar sedación. (11)

2. INTRODUCCIÓN

En cuarto lugar, está la movilización temprana como terapia preventiva, la inmovilidad ha sido identificada como un factor de riesgo para el delirio. Azor y Rodriguez (2011) proponen una serie de actividades específicas para la movilidad precoz como sesiones de ejercicios pasivos y activos, limitar el tiempo de encamamiento, limitación de dispositivos que reducen la movilidad (sondas, vías...) y evitar en lo posible las sujeciones físicas. (12)

En quinto lugar, el fomento del sueño mediante terapias no farmacológicas por ejemplo, tapones para los oídos, reducir las técnicas llevadas a cabo durante la noche o agruparlas en la medida de lo posible y reducir el ruido, son factibles y reducen el delirio. (11)

2. INTRODUCCIÓN

Y en sexto y último lugar la reorientación, con intervenciones como que todos los trabajadores en contacto con el paciente lleven tarjetas identificativas, explicar al paciente el plan que se va a llevar a cabo durante el día, actividades para estimular el conocimiento, etcétera, reducen la incidencia de delirio hasta un 40%.(11)

Así mismo Azor y Rodríguez (2011) afirman que realizar actividades terapéuticas programadas, conversación sobre cuestiones de actualidad o interés. Permitir dentadura postiza, audífonos, gafas, periódicos, libros, música, radio y televisor si es posible también contribuyen a la prevención o la limitación del delirio. (12)

2. INTRODUCCIÓN

En cuanto a las medidas farmacológicas, el uso profiláctico de agentes antipsicóticos para reducir la incidencia de delirio es controvertido, las recientes guías de la Society of Critical Care Medicine no recomiendan el uso de haloperidol o de otros antipsicóticos atípicos para prevenir el delirio en la UCI. Sin embargo, dos recientes ensayos aleatorios controlados en unidades de cuidados intensivos no cardíacas muestran una reducción de la incidencia de delirio con la administración profiláctica de haloperidol. (8)

El fármaco de elección para el tratamiento del delirio es el Haloperidol. Usualmente, el tratamiento farmacológico se administra a pacientes diagnosticados con episodios de delirio hiperactivo. (9)

2. INTRODUCCIÓN

El haloperidol puede ser administrado por diferentes rutas (oral, intramuscular o intravenoso), la ruta intravenosa es la ruta de elección en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, ya que la absorción enteral de estos pacientes puede estar alterada o dañada. (9)

Cabe destacar además que en la última década ha emergido el uso de la Dexmedetomidina. Es un agente sedante-analgésico que puede potencialmente reducir la tasa de delirio en las unidades de cuidados intensivos. La Dexmedetomidina es un efectivo agente hipnótico, sedante y analgésico que produce una mínima depresión respiratoria. Es un fármaco único en mostrar una “sedación cooperativa”, permitiendo un estado de alerta en el paciente pero manteniendo a su vez profundos niveles de sedación. (13)

2. INTRODUCCIÓN

Para finalizar, centrando el tema en cirugía cardiaca, el delirio se identificó como complicación de la cirugía hace más de medio siglo. En todo este tiempo, los avances en el campo quirúrgico y en la anestesia han mejorado la eficiencia y los resultados de la cirugía cardiaca, pero la frecuencia del delirio se mantiene ya que continúa siendo una complicación muy poco valorada. La incidencia del delirio postoperatorio en el paciente crítico es del 37% y la incidencia del delirio postcardiotomía varía entre un 2% y un 78%. (5)

2. INTRODUCCIÓN

Según Norkienè et al (2013) los factores intraoperatorios fuertemente asociados con el desarrollo del delirio son la duración del bypass cardiopulmonar y la misma cirugía, junto con las fluctuaciones en el estado hemodinámico después del destete del bypass cardiopulmonar. Estos hallazgos sugieren que el delirio tiende a ocurrir más frecuentemente en pacientes con un curso intraoperatorio complicado, conduciendo presuntamente a una perfusión cerebral perjudicada. (2)

2. INTRODUCCIÓN

Debido al gran impacto que tienen las cirugías cardíacas en el desarrollo del delirio postoperatorio junto con la amplia variabilidad de la incidencia y los numerosos factores de riesgo asociados al desarrollo del delirio, es importante seguir realizando estudios sobre este tema para poder seguir mejorando los cuidados postoperatorios de los pacientes y tener un conocimiento más amplio y específico sobre el delirio en las unidades de cuidados postoperatorios de cirugía cardíaca. (2)

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

- Objetivos generales
 - 1) Describir la incidencia del delirio en pacientes postoperados cardíacos durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos cardíacos del hospital Glenfield, Leicester (Inglaterra).
 - 2) Identificar los cuidados enfermeros realizados para la prevención y manejo del delirio

4. METODOLOGÍA

Ámbito de estudio

El ámbito de estudio será la unidad de cuidados intensivos cardíacos del Hospital Glenfield (Leicester, Reino Unido) durante el periodo de tiempo comprendido entre agosto a diciembre de 2016.

La unidad de cuidados intensivos del hospital Glenfield consta de 23 boxes, de los cuales 7 son individuales cerrados para pacientes con algún tipo de infección.

El ratio enfermera paciente en esta unidad es 1:1.

Diseño

Se realizará un estudio cuantitativo transversal de tipo descriptivo y observacional.

4. METODOLOGÍA

Sujetos. Criterios de inclusión / exclusión. Muestra y muestreo

La *población de estudio* comprenderá todos los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos después de ser sometidos a una operación cardíaca durante el periodo de tiempo comprendido entre agosto a diciembre de 2016 que cumplan los criterios de inclusión que se describen a continuación.

Criterios de inclusión:

- Todos los pacientes mayores de 18 años sometidos a cualquier tipo de cirugía cardíaca.
- Tiempo mínimo de ingreso de los pacientes en la unidad de 24 horas

4. METODOLOGÍA

Criterios de exclusión:

- Pacientes que presenten una patología mental de base
- Barreras lingüísticas, es decir pacientes que no posean un nivel de inglés suficiente para entender y contestar las preguntas realizadas por las enfermeras
- Problemas en la comunicación como afasia
- Déficits auditivos o visuales no corregidos

El tipo de muestreo será probabilístico aleatorio simple. El intervalo de confianza de la muestra será del 95%, o lo que es lo mismo se aceptará un error muestral del 5%.

El tamaño de la muestra n será de 500 pacientes, teniendo en cuenta el intervalo de confianza y el error muestral, el tamaño total de la muestra será de 500 (Calculado con Feedback Networks).

4. METODOLOGÍA

Variables

La variable dependiente que se describirá será la presencia de delirio en los pacientes. El resultado que podrá ser delirio positivo o delirio negativo en el paciente y estará recogido en la gráfica de cada uno de los sujetos incluidos en el estudio.

Las variables independientes que se recogerán serán la edad, el sexo (masculino, femenino), cirugía a la que ha sido sometido el paciente, consumo de drogas (alcohol, tabaco y otro tipo de drogas), tiempo de ingreso en la UCI en días, horas de sueño durante la estancia (8 horas o más, entre 5-8 horas o menos de 5 horas), movilidad del paciente (conseguir levantarse de la cama antes de 24 horas después de la cirugía, más de 24 horas en la cama, más de 48 horas en la cama), uso de fármacos inotrópicos para mantener la presión arterial (si o no).

4. METODOLOGÍA

Por último, las variables relacionadas con las actividades enfermeras que se recogerán son las siguientes: presentación al paciente al comienzo de cada turno, explicar al paciente el plan del turno y las intervenciones que se llevarán a cabo, llevar tarjeta identificativa con nombre y ocupación, reorientación del paciente (mes, día y hora), tener reloj visible para el paciente, manejo del dolor correcto, identificación del estado de agitación y tratar la causa que lo provoca, nivel de sedación adecuado para el paciente permitiéndole participar en las actividades realizadas, movilización temprana (primeras 24 horas del ingreso en UCI)...

4. METODOLOGÍA

...referir al paciente al servicio de fisioterapia, fomentar el sueño: administración de tapones para los oídos para la noche, agrupar o disminuir las técnicas durante la noche, disminución de ruidos y apagar las luces durante la noche, administrar al paciente gafas, audífono y dentadura postiza, permitir el uso de libros, música, escuchar la radio, ver la televisión, permitir horarios de visita flexibles que permitan a la familia participar en el cuidado del paciente.

Las variables que se recogerán para el tratamiento del delirio, una vez que ha sido diagnosticado positivo, serán: administración de haloperidol, administración de dexmetomidina y contención física del paciente

4. METODOLOGÍA

Instrumento para la recogida de datos

Para la recogida de la variable relacionada con la presencia de delirium se utilizará el CAM-ICU junto la escala RASS, las dos escalas estarán detalladas en las gráficas de los pacientes y cada gráfica tendrá un apartado concreto en el que escribir el resultado de cada una de ellas.

El primer paso para la valoración del delirio es evaluar el nivel de sedación del paciente mediante la escala RASS (Escala de agitación y sedación de Richmond).

La escala RASS consta de varios ítems que dan una puntuación al paciente desde +4 (combativo) a -5 (sedación profunda). Si el paciente está despierto se le dará una puntuación de 0 a +4, si el paciente está dormido se le llamará por su nombre y se le pedirá que abra los ojos. Si abre los ojos o responde con movimientos se le puntuará de -1 a -3.

4. METODOLOGÍA

Instrumento para la recogida de datos

Por último, si no responde a la llamada, se estimulará al paciente dándole palmadas en el hombro o frotándole el esternón y se puntuará o -4 o -5.

Según la puntuación obtenida en esta escala se sabrá si el paciente está en un estado adecuado para valorar el delirio o no.

4. METODOLOGÍA

El segundo paso es la evaluación propiamente del delirio mediante los 4 criterios que componen la escala CAM-ICU. Con el primer criterio se evaluará el inicio agudo de la alteración del estado mental o curso fluctuante, el segundo criterio se basa en la disminución de la atención, el tercer criterio consiste en la evaluación de las alteraciones cognitivas y, por último, el cuarto criterio es para analizar el nivel de conciencia alterado. El resultado de la CAM-ICU se considerará positivo cuando el paciente puntúe positivo en los ítems 1 y 2 además de en 3 ó/y en 4.

Durante el desarrollo del estudio cada una de las enfermeras responsables de los pacientes pasará a sus pacientes la escala RASS y la CAM-ICU tres veces al día (mañana, tarde y noche) o siempre haya un cambio agudo en el estado mental del paciente mientras el paciente permanezca ingresado.

4. METODOLOGÍA

Para la recogida de las variables independientes relacionadas con edad, el sexo (masculino, femenino), cirugía a la que ha sido sometido el paciente, consumo de drogas (alcohol, tabaco y otro tipo de drogas) etc. Mencionadas en el apartado anterior se ha diseñado un formulario.

Finalmente, para recoger las actividades relacionadas con las actividades enfermeras llevadas a cabo para prevenir o tratar el delirio se realizará un formulario con actividades detalladas que se repartirá a cada una de las enfermeras participantes en el estudio.

4. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la captación de los posibles candidatos en la participación del estudio se obtendrá la lista de quirófano con los pacientes que van a ser intervenidos cada día de la semana de lunes a viernes, durante el periodo comprendido entre agosto a diciembre de 2016.

Los pacientes ingresan un día o dos antes de la operación para la realización del preoperatorio, por lo tanto se visitará a los pacientes durante su ingreso en la planta de cardiología y se les explicará en que consiste el estudio. En ese momento, se les entregará el consentimiento informado para que lo firmen.

4. METODOLOGÍA

Para asegurarse de que todas las enfermas que van a formar parte del estudio realizan adecuadamente la evaluación de las escalas CAM-ICU y RASS a los pacientes, se realizará un mes previo del comienzo del estudio un taller formativo de 4 horas. Se realizarán 4 sesiones diferentes una en cada semana del mes con horarios distintos para que todas las enfermas puedan asistir.

En estos talleres se explicará el uso correcto de las escalas y se explicará también en qué consiste el estudio. También se les enseñará a las enfermeras los formularios de las variables sociodemográficas y de las intervenciones enfermeras para que se familiaricen con ellos y propongan todo tipo de dudas o preguntas.

4. METODOLOGÍA

Análisis de los datos

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos se utilizará el SPSS 22.0. Se analizarán variables cuantitativas discretas (incidencia del delirio) y para ello se realizará una tabla de frecuencia y porcentajes válidos. Se calculará también la incidencia acumulada para cuantificar la aparición del delirio.

El análisis de las variables cualitativas (aspectos sociodemográficos y las actividades enfermeras) se llevará a cabo con el programa informático NVivo, con el que se podrá procesar, almacenar, catalogar y clasificar los datos obtenidos en el estudio. Una vez gestionados y almacenados los datos, se realizará las etapas genéricas que sigue un análisis de contenido de datos cualitativos (fase de descubrimiento, fase de análisis compuesta de codificación y categorización, y la fase de verificación o interpretación).

5. ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización del estudio se solicitará el permiso correspondiente al comité ético de investigación clínica (CEIC) del hospital Glenfield.

Se pedirá el consentimiento informado de todos los pacientes que formarán parte del mismo garantizando el anonimato en todo momento. Todos los pacientes podrán abandonar el estudio en cualquier momento de su proceso.

6. DIFICULTADES Y LIMITACIONES

- Registro incompleto o que no quede claro del resultado de las escalas RASS o CAM-ICU en las gráficas de los pacientes, así como de los formularios entregados para rellenar con las variables sociodemográficas y actividades de enfermería.
- Extravío de los consentimientos informados de los pacientes.
- Enfermeras responsables de los pacientes participantes en el estudio muy ocupadas y por lo tanto que no tengan tiempo de rellenar los formularios
- Sujetos que deciden abandonar su participación en el estudio

7. APLICABILIDAD

Este estudio tendrá una aplicabilidad asistencial una vez terminado. Cuando se conozca mejor la incidencia del delirio en pacientes postoperados del corazón se podrán ofrecer unos cuidados de calidad y acertados a este tipo de pacientes.

Además, el conocimiento de las actividades que se llevan a cabo en la unidad para prevenir el delirio y las que se realizan una vez diagnosticado el síndrome, se podrán analizar y mejorar para ofrecer unos cuidados de enfermería más acertados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van den Boogaard M, Schoonhoven L, van der Hoeven J, van Achterberg T, Pickkers P. Incidence and short-term consequences of delirium in critically ill patients: A prospective observational cohort study. *International Journal of Nursing Studies*. [Internet] 2012. [Consultado el 12 de febrero de 2016] 49, 775-783. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911004603?via%3Dihub>
2. Norkiene I, Ringaitiene D, Kuzminskaite V, Sipylaite J. Incidence and risk factors of early delirium after cardiac surgery. Clinical Study. *Biomed Res Int*. [Internet] 2013 [Citado el 12 de febrero de 2016] ;vol. 2013 (2013): 323491. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3786514/>

BIBLIOGRAFÍA

3. Boehm L, Pun BT y Stollings J. *Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) The complete training manual*. [Internet]. Nashville, Vanderbilt University Medical center, 2014 [Consultado el 10 de marzo de 2016] Disponible en: www.icudelirium.org

4. Carrera C. Revisión de la literatura sobre la validez de la escala CAM-ICU (Confusion Assessment Method for intensive Care Unit) en el diagnóstico clínico del delirium en paciente críticos. *Inquietudes [Internet] 2014* [Consultado el 15 de febrero de 2016];47, 9-18. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4602503>

BIBLIOGRAFÍA

5. De las Pozas J. Delirio postoperatorio y factores relacionados en una unidad de cirugía cardíaca. *Nure inv [Internet] 2011[Consultado el 25 de enero de 2016]; 53, 1-16.*

Disponible

en:

<http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/541>

6. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, et al. Delirium in Mechanically Ventilated Patients: Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *JAMA.[Internet] 2001[Citado el 24 de febrero de 2016];286(21):2703–2710.*

Disponible

en:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194422>

BIBLIOGRAFÍA

7. Barr, J, Fraser G L, Puntillo K, Wesley E, Gélinas C, Dasta J et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care unit. *Critical Care Medicine [Internet] 2013 [Consultado el 9 de marzo de 2016]; 41,263-306. Disponible en:*

www.ccmjournal.org

8. Brown C H, Delirium in the cardiac surgical intensive care unit. *HHS Public Access. [Internet] 2014[Citado el 13 de febrero de 2016]; 27(2): 117-122. Disponible en:*

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156112/>

BIBLIOGRAFÍA

9. Adis medical writers. Manage delirium in critically ill patients through prevention, early diagnosis and treatment. Springer International Publishing Switzerland [Internet] 2012 [Consultado el 4 de abril de 2016];29:40-44. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/338615303/Manage-delirium-in-critically-ill-patients-through-prevention-early-diagnosis-and-treatment-pdf>

10 .Cachón J.M, Álvarez C, y Palacios D (2014) Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*. [Internet] 2014 [Consultado el 15 de febrero de 2016];25, 38-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4721622>

BIBLIOGRAFÍA

11. Hsieh S J, Ely E W y Gong M N Can intensive care unit delirium be prevented and reduced? *AnnalsATS*. [Internet] 2013 [Citado el 13 de febrero de 2016];10: 648-656. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3960966/>

12. Azor R J y Rodriguez M E. Delirio en UCI: Síndrome confusional agudo. Cribaje y cuidados enfermeros. *Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias*[Internet] 2011[Consultado 10 de abril de 2016];22:7. Disponible en:

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2011/pagina7.html>

BIBLIOGRAFÍA

13. Hipp D M, Ely E W. Pharmacological and nonpharmacological management of delirium in critically ill patients. *Neurotherapeutics*. [Internet] 2012 [Citado el 15 de febrero de 2016];9(1): 158-175. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3271151/>

TEMA 70. COPA MENSTRUAL.

EVA PASTOR GALLEGO

ÍNDICE

1 INTRODUCCION Y METODOLOGIA

2 VENTAJAS E INCOVENIENTES

3 USOS

4 CONCLUSION

INTRODUCCION Y METODOLOGIA

Introducción: La copa menstrual existe desde 1930 pero fue interrumpida su fabricación por falta de látex, y no ser rentable. La copa menstrual es un recipiente de silicona médica que es introducida en el interior de la vagina durante la menstruación. Ésta se adapta a las paredes vaginales y su función es recoger todo el flujo menstrual en su interior.

Metodología: En un estudio se hicieron dos grupos de 47 mujeres, unas usando copa menstrual , otro usando otro protector, la satisfacción en una escala de 7 puntos fue mucho mayor para la copa menstrual, donde el 91% de las mujeres en el grupo de la copa dijeron que les gustaría continuar con ella.

VENTAJAS E INCONVENIENTES

Ventajas: Comodidad, edad independiente, ahorro, reutilizable, periodo de vida de 10 años. Biosaludable, rara vez infecciones, ecológica, no contamina el medio ambiente. Confort, menos sequedad y olor. Nulo rechazo por el organismo. No alergias ni irritaciones, no es cancerígeno. Es esterilizable con lo cual está libre de bacterias (endotoxinas). Hecha de silicona 100%.

Inconvenientes: Uso incomodo en lugares públicos si tienes que cambiarte. Debe ser esterilizada antes de su uso y al acabar el ciclo menstrual. Su colocación puede resultar un poco complicada al comienzo. Puede que manches tu ropa interior al principio hasta que no te acostumbres a colocarla correctamente.

USOS

La copa menstrual es una buena estrategia para sustituir las toallas sanitarias y los tampones higiénicos durante la menstruación, siendo una opción más cómoda, económica y ecológica. Es fácil de usar, no deja ningún olor de la menstruación por el aire y sólo necesita ser cambiado después de 8 horas.

Para colocar la copa menstrual, basta con introducirla todavía cerrada en forma de 'C' en la parte inferior de la vagina y girarla para asegurarse de que está bien encajada. Vea paso a paso cómo colocarla, quitarla y mantenerla limpia

CONCLUSIONES

Conclusiones: La mujer tiene una vida media fértil de 30 a 40 años, durante este periodo de tiempo se hace indispensable el uso de productos para la higiene menstrual. El conocimiento de este producto es necesario debido a las numerosas ventajas que presenta. Profesionales como matronas y ginecólogos podrán asesorar sobre las distintas alternativas existentes para mejorar la salud e higiene y poner en conocimiento la existencia de la copa menstrual que aun sigue siendo un gran desconocido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vieira de Barros A. Dispositivos médicos higiénicos de proteção menstrual: conhecimento, expectativas e receios em relação ao copo menstrual [tesis]. Mooncup. J Obstet Gynaecol. 2010; 30(3):285-7. - Howard C Covilhã: Universidade da Beira the, Rose CL, Trouton K, Stamm H, Marentette D, Kirkpatrick N, et al. FLOW (Finding Lasting Options for Women).
2. University, School of Business and Social Science; 2013. - Hoffman V, Adelman S, Sebastian A. Learning by doing something else: experience with alternatives and adoption of a high-barrier menstrual hygiene technology [tesis doctoral]. Washington D.C.: American University MJ. Preclinical, clinical, and over-the-counter postmarketing experience with a new vaginal cup: menstrual collection. J Womens Weath.

TEMA 71. DIAGNÓSTICO DE LA MUERTE ENCEFÁLICA.

FRANCISCO BERDIAL CORNELLANA

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**
 - 2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA**
 - 2.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: VALORACIÓN RESPIRATORIA**
- 3. BIBLIOGRAFÍA**

1. INTRODUCCIÓN

La muerte encefálica es el cese irreversible de las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto del troncoencéfalo como de los hemisferios cerebrales.

Las principales patologías que provocan muerte encefálica son:

- Traumatismos craneoencefálicos.
-
- Accidentes cerebrovasculares.
-
- Encefalopatía anóxica.

2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios neurológicos para diagnosticar la muerte cerebral y que deben cumplirse en todos los casos son:

- Evidencia clínica o por neuroimagen de la lesión o lesiones destructivas del sistema nervioso central.
- **Precondiciones de la exploración neurológica:** deben conocerse las causas del coma, descartando condicionantes que pudieran alterar la exploración neurológica. El paciente que va a exponerse a la exploración tiene que cumplir una serie de condiciones.

2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Precondiciones de la exploración neurológica:

- Estabilidad hemodinámica.
- Adecuada oxigenación y ventilación.
- Temperatura corporal superior a 32° C.
- Ausencia de alteraciones metabólicas.
- Ausencia de sustancias o fármacos depresores del SNC.
- Ausencia de bloqueantes neuromusculares.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

La exploración clínica neurológica debe realizarse de manera sistemática, completa y con gran rigor. El paciente debe estar en coma profundo, arreactivo y con hipotonía generalizada.

Exploración al dolor: no debe existir ningún tipo de respuesta motora.

Exploración de los reflejos trocoencefálicos: exploran la actividad de los pares craneales y su integración en los núcleos correspondientes del troncoencéfalo.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Reflejo fotomotor: estimulado con un foco de luz potente, observándose en condiciones normales la aparición de contracción pupilar. En la muerte encefálica las pupilas pueden ser redondas, ovales o discóricas y de tamaño medio o midriáticas, permaneciendo siempre arreactivas a la luz. Sin respuesta al estímulo luminoso. El tamaño pupilar más frecuente es de 4 a 6 mm, pero también pueden observarse pupilas midriáticas, puesto que las conexiones entre el músculo dilatador de la pupila y las vías simpáticas cervicales permanecen intactas.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Reflejo fotomotor: puede alterarse por traumatismos oculares, cirugía previa y por la utilización de colirios que contengan agentes anticolinérgicos. También puede influir la administración de atropina por vía intravenosa, por lo que este reflejo se explorará siempre antes de realizar el test de atropina.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Reflejo Corneal: se realiza estimulación corneal con una gasa o torunda de algodón, observándose en condiciones normales una contracción palpebral, pudiéndose objetivarse también lagrimeo. En situación de muerte encefálica no existe ningún tipo de respuesta. La presencia de edema corneal o la utilización de relajantes musculares pueden alterar o suprimir el reflejo corneal.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Reflejo oculocefálico: también denominado reflejo propioceptivo de torsión cefálica o fenómeno de “ojos de muñeca”. Manteniendo abiertos los ojos del paciente, se realizan giros rápidos de la cabeza en sentido horizontal, observándose en condiciones normales una desviación ocular conjugada opuesta al lado del movimiento, volviendo los ojos posteriormente a su posición de reposo. También puede explorarse provocando movimientos de la cabeza en sentido vertical, cuando el cuello es flexionado se produce una desviación de los ojos hacia arriba. Cuando el paciente presenta muerte encefálica, la mirada permanece centrada y fija sin observarse ningún tipo de movimiento ocular.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Reflejo oculovestibular: antes de realizar esta estimulación, se debe hacer una exploración mediante otoscopio para comprobar que no existen tapones de cerumen ni perforación timpánica. Se coloca la cabeza elevada a 30°, de manera que el conducto semicircular lateral se encuentre vertical y la estimulación pueda provocar una respuesta máxima. Se inyecta en el conducto auditivo externo a través de una sonda 50cc de suero frío, manteniendo abiertos los ojos del paciente durante un minuto y observándose en condiciones normales un nistagmo con el componente lento hacia el oído irrigado y el componente rápido alejado del conducto irrigado.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Reflejo oculovestibular: El nistagmo es regular, rítmico y dura menos de 2-3 minutos, existiendo poca desviación del ojo fuera de la línea media. Conviene esperar unos cinco minutos antes de realizar el reflejo en el lado contralateral, para permitir que el sistema oculovestibular se estabilice. En la muerte encefálica no existe ningún tipo de movimiento ocular. Algunos fármacos como los aminoglucósidos, antidepresivos tricíclicos, sedantes o drogas antiepilépticas pueden disminuir o abolir el reflejo oculovestibular.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Reflejo nauseoso: utilizando una sonda se realiza estimulación del velo del paladar blando, úvula y orofaringe, observándose en condiciones normales la aparición de náuseas. En muerte encefálica no existe ningún tipo de respuesta.

Reflejo tusígeno: se introduce una sonda a través del tubo endotraqueal, provocando una estimulación de la tráquea, observándose en condiciones normales la aparición de tos. El paciente con muerte encefálica no presenta ningún tipo de respuesta.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Test de atropina: explora la actividad del X par craneal y de sus núcleos trocoencefálicos. El test consiste en la administración de 0,04 mg/Kg de sulfato de atropina por vía intravenosa, comprobándose la frecuencia cardíaca antes y después de la inyección de atropina. Cuando existe muerte encefálica, la frecuencia cardíaca no supera el 10% de la frecuencia cardíaca basal. Se debe evitar la administración de atropina por la misma vía venosa donde se estén administrando drogas vasoactivas, debido a que podrían producir taquicardia y artefactar los resultados.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Test de atropina: El incremento brusco de la frecuencia cardiaca, puede ocasionar incrementos peligrosos de la presión intracraneal en pacientes que no están en muerte encefálica, por lo que se realizará una vez explorados todos los anteriores reflejos trocoencefálicos y las respuestas motoras al estímulo algésico.

2.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: VALORACIÓN RESPIRATORIA

Test de apnea: debe ser realizado al final de toda la exploración. Su finalidad es demostrar la ausencia de respiraciones espontáneas.

3. BIBLIOGRAFÍA

- Rady MY, Verheijde JL. Sensory Input and motor responses after brain death diagnosis. J Intensive Care Med. 2017; 32(2): 174.
- Escudero D, Valentín MO, Escalante JL, Sanmartín A, Perez-Basterrechea M, de Gea J, et al. Intensive care practises in brain death diagnosis and organ donation. Anaesthesia. 2015; 70(10): 1130-1139.
- Orban JC, Ferret E, Jambou P, Ichai C. Confirmation of brain death diagnosis: A study on French practice. Anaesth Crit Care Pain Med. 2015; 34(3): 145-150.

TEMA 72. HCG DETECCION.

ANTONIO MONTAGUT SANCHEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCION**
- **METODOS DE DETECCION**

INTRODUCCION

La prueba de la gonadotropina coriónica humana (hCG, por sus siglas en inglés) se realiza para detectar la hormona hCG en la sangre o la orina. Algunas pruebas de hCG miden la cantidad exacta. Otras solo verifican la presencia de la hormona. La hCG se produce en la placenta durante el embarazo. La prueba puede usarse para ver si una mujer está embarazada. O se puede hacer como parte de una prueba de detección de anomalías congénitas (de nacimiento).

La hormona gonadotropina coriónica humana, coriogonadotropina o gonadotropina coriónica humana (hCG) es una proteína sintetizada principalmente por los tejidos embrionarios.

está constituida por 2 cadenas de aminoácidos denominadas alfa (α) y beta (β), unidas no covalentemente por un puente sulfidrilo, que si se separan pierden su actividad biológica; es decir, que ninguna tiene actividad por sí misma, pero la recuperan cuando se recombinan. La subunidad α es común a otras hormonas como la hormona luteinizante (LH), la estimulante del folículo (FSH), la tirotrofina hipofisaria (TSH); mientras que la β es diferente a cada otra hormona y es quien le confiere la especificidad. Su peso molecular había sido calculado entre 36 000 a 40 000.

Se han descrito varios sitios de producción de hCG, entre ellos es meritorio reafirmar que puede ser encontrada en: células normales o neoplásicas y teratocarcinomas , tejidos normales de riñón, pulmón, estómago, hígado y corazón.

METODOS DE DETECCION

Análisis de sangre para detectar hCG

Con frecuencia, el nivel de hCG en la sangre se usa como parte de una prueba de detección de anomalías congénitas en una prueba de detección triple o cuádruple de suero materno. Estas pruebas se suelen realizar entre las semanas 15 y 20 del embarazo para comprobar los niveles de tres o cuatro sustancias en la sangre de una mujer embarazada. La prueba de detección triple verifica los niveles de hCG, alfafetoproteína (AFP) y de un tipo de estrógeno (estriol no conjugado o uE3, por sus siglas en inglés). Los niveles de estas sustancias, además de la edad de la mujer y otros factores, ayudan al médico a calcular las probabilidades de que el bebé tenga determinados problemas o anomalías congénitas.

Análisis de hCG en la orina

Por lo general, los análisis de hCG en la orina se usan para las pruebas de embarazo de rutina. La prueba no mide la cantidad exacta de hCG, pero determina la presencia de hCG. Están ampliamente disponibles versiones de esta prueba para hacer en el hogar.

Metodos de deteccion

Pruebas inmunológicas sin isótopos Aglutinación con anticuerpos anti-hCG

Inhibición de la aglutinación con anticuerpos anti-hCG

Método Elisa (Enzyme Linked Immunoabsorbent Assay)

Método inmunofluorimétrico

Métodos inmunológicos con isótopos

Método IRMA

BIBLIOGRAFÍA

- Sarah A. Marshall, MD - Medicina familiar & E. Gregory Thompson, MD - Medicina interna & Adam Jaffe RB. The endocrinology of pregnancy. En: Yen SSC, Jaffe RB, ditores. Reproductive Endocrinology. Physiology, pathophysiology and clinical management. Filadelfia: W.B Saunders Co.; 1978. p.521-536. [Links]
- Hay DL. Placental histology and the production of human choriogonadotrophin and its subunits in pregnancy. Br J Obstet Gynaecol. 1988;95:1268-1275. [Links]
- Buster JE, Carson SA. Endocrinology and diagnosis of pregnancy. En: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, editores. Obstetrics normal and problem pregnancies. New York: Churchill Livingston. 2002.p.3-36.

TEMA 73. MANEJO PERIOPERATORIO DE LA MEDICACIÓN CRÓNICA.

**CARLOTA ROMERO MARTÍN
TERESA LÓPEZ ARTEAGA
PEDRO PADILLA ROMERO**

ÍNDICE

1. Importancia del manejo de la medicación crónica perioperatoria
2. Caso clínico: paciente pluripatológico
3. Manejo perioperatorio de la terapia antidiabética
4. Manejo perioperatorio de antiagregantes y anticoagulantes
5. Medicación concomitante

1. Importancia del manejo de la medicación crónica perioperatoria

Un 50% de los pacientes quirúrgicos presenta tratamiento crónico domiciliario sin relación con la patología asociada a la cirugía. Si la administración de estos fármacos no se concilia a nivel hospitalario constituye un factor de riesgo de complicaciones durante el ingreso.

En diversos estudios de seguridad del paciente en el proceso perioperatorio se evidenció que los errores de medicación suponen el tercer error más frecuente. El 68% de los errores de medicación son identificados en la fase preoperatoria.

La implantación y estandarización de un programa de conciliación de la medicación domiciliaria (CMD) ha demostrado ser una práctica útil y eficaz para reducir errores de medicación (EM).

Conciliación de la medicación domiciliaria (CMD): comprobar que la prescripción necesaria del paciente se mantiene durante la transición asistencial y en valorar la concordancia de la medicación crónica con la prescrita en el hospital. **OBJETIVO:** prevenir o reducir los errores de medicación que se producen entre transiciones durante la asistencia sanitaria.

Para poder realizar una correcta planificación de la gestión de la medicación crónica es imprescindible disponer de una lista actualizada de medicación del paciente. Es importante garantizar que el paciente conoce la medicación que debe continuar tomando y la que debe suspender antes de la intervención quirúrgica, y con qué antelación debe hacerlo.

Existen recomendaciones específicas sobre el manejo perioperatorio de la medicación crónica. Este manejo puede conllevar diversos problemas:

- Interrupción de la medicación del paciente puede conducir a un Síndrome de retirada (benzodiazepinas, antidepresivos, antiepilépticos...)
- Medicamentos que puedan interaccionar con fármacos anestésicos.
- Fármacos que de continuar su admón. puedan afectar al procedimiento quirúrgico (anticoagulantes).

Los **medicamentos de alto riesgo (MAR)** son aquellos que en el caso de producirse errores las consecuencias sobre el paciente son potencialmente graves. Por ello su conciliación es especialmente importante. Por ejemplo:

- Pacientes en tratamiento con anticoagulantes y antiagregantes.
- Pacientes diabéticos en tratamiento con insulina y/o antidiabéticos orales.

El **riesgo por errores de medicación** se ve incrementado en el paciente quirúrgico por distintos condicionantes:

- 1) Imposibilidad transitoria de tomar medicamentos vía oral durante el periodo perioperatorio.
- 2) Confusión entre la necesidad de ayuno preoperatorio y la imposibilidad de tomar medicación oral.
- 3) Interacciones de la medicación con los fármacos anestésicos.

2. Caso clínico: paciente pluripatológico

Paciente varón de 81 años que acude a urgencias hospitalarias por caída desde su propia altura al fallarle un bastón.

Antecedentes personales:

No RAM

FRCV: HTA, DM tipo II, DLP. Obesidad. Hiperuricemia.

Cardiológicos: Bloqueo AV 2º grado Mobitz I y II con implante de marcapasos DDR en 2015, estenosis aortica severa con sustitucion de protesis biologica en 2013. Cardiopatía hipertensiva.

Ingreso en Medicina Interna en 2016 ; mayo 2016 por Insuficiencia cardiaca congestiva+ neumonia LID FINE V ; junio 2016 por insuficiencia cardiaca +Insuficiencia respiratoria.

Quirúrgicos: Síndrome Túnel carpiano, faquectomía, prótesis bilateral ambas rodillas que se complicó con inestabilidad de PTR derecha y que precisó hasta 3 reintervenciones.

Analítica:

Hemograma 17,000 leucos(88,7% No, 6,4% Lo), Hb 11,3, plaquetas 175,000.

Coagulación : AP 21% , fibrinógeno 452.

Bioquímica : Glc 168, creatinina 1,30, urea 43, sodio 135,9, potasio 4,27, cloruro 96,7, bilirrubina 1, ALT 14

Diagnóstico por parte de Cirugía ortopédica y traumatología (COT): Fractura periprotésica (PTR) de fémur izquierdo. Se programa para intervención quirúrgica

Tratamiento domiciliario habitual:

- Lorazepam 1 mg 0-0-0-1
- Omeprazol 20mg 1-0-0
- Insulina Lantus
- Metformina/linagliptina 850/2,5 mg 1-0-1
- Hierro II 1-0-0
- Furosemida 40 1-0-0
- Ácido acetilsalicílico 100 mg 1-0-0
- Simvastatina 20 1-0-0

3. Manejo perioperatorio de la terapia antidiabética

Los pacientes quirúrgicos con diabetes exigen un control exhaustivo de los niveles de glucosa sérica durante su estancia hospitalaria.

Presentan tasas de complicaciones y mortalidad más elevadas y la duración de su estancia hospitalaria en plantas quirúrgicas es más alta.

**CONTROL ÓPTIMO GLUCEMIAS PERIOPERATORIAS
(120-180 mg/dl)**

Se recomienda en el paciente hospitalizado con hiperglucemia retirar los antidiabéticos orales (ADOs) y pautar una correcta insulino terapia:

Insulino terapia durante el ingreso: continúa admón. Insulina lantus se sustituye ADO por insulina de acción rápida.

Días previos a la cirugía:

-3 días antes: retirar metformina.

Día previo a la cirugía:

- Mantener su pauta de insulina y/o ADOs (excepto metformina) sin cambios

- Medir la glucemia antes de acostarse. Si > 180 mg/dl: administrar dosis adicional de insulina (análogo rápido); si < 60 mg/dl gel de glucosa v.o. o glucosa i.v.

Día de la cirugía:

Mañana de la cirugía

- Si ayuno nocturno, poner su insulina de acción intermedia/lenta con reducción de dosis habitual (50% NPH, 75% glargina).

- No utilizar insulina regular sc ni análogo rápido sc

- No tomar ADOs ni inyectarse GLP1-AR

- Medir la glucemia 2 horas antes de la cirugía

Durante la cirugía

- Insulina i.v. con control horario de la glucemia

En cuanto a la medicación antidiabética prescrita del paciente:

METFORMINA: Contraindicada si fallo renal, acumulación lactato.

Previo a cirugía: suspender 48h antes.

Durante cirugía: perfusión IV insulina

Después cirugía: reiniciar 48h después. No reiniciar hasta descartar IR postoperatoria por riesgo de acidosis láctica.

IDPP-4: LINAGLIPTINA: Pueden alterar motilidad GI y empeorar postoperatorio.

Previo a cirugía: dosis habitual.

Día cirugía: omitir dosis

Durante cirugía: perfusión IV insulina

Después cirugía: Restablecer cuando tolere.

- Durante la cirugía y las primeras horas de postoperatorio el control de glucemia capilar debe realizarse cada hora, y posteriormente cada 2-4 horas, hasta estabilización de la glucemia.
- Después de la cirugía, mantener pauta de perfusión IV de insulina según protocolo, pero con potasio. Mantener esta pauta hasta que el paciente tolere alimentos.
- Reanudar entonces el ADO o su insulina s.c. habitual. No suspender la infusión i.v. de insulina hasta dos horas después de la primera dosis de insulina s.c. vigilando la glucemia cada dos horas.

4. Manejo perioperatorio de la terapia antitrombótica

En la gestión perioperatoria del tratamiento antiagregante y anticoagulante es imprescindible una evaluación individualizada de cada paciente y cada procedimiento quirúrgico.

La decisión de retirar o mantener dicho tratamiento estará determinada, por un lado, por el riesgo trombótico y, por otro, por el riesgo hemorrágico. De la interacción entre estos 2 factores dependerá la actitud ante la anticoagulación y la antiagregación.

RIESGO TROMBOEMBÓLICO: Se clasifica en alto, moderado, bajo en función de la probabilidad de que se produzca un evento tromboembólico anual.

En el caso de nuestro paciente: Clasificado por anestesia como paciente de **riesgo muy alto**.

- Riesgo hemorrágico de la intervención quirúrgica: Estratificado como un procedimiento de Riesgo moderado. Factores inherentes al paciente: edad > 65 años, IR, combinación antiagregación y anticoagulación.

- Uso de terapia puente con heparina para pacientes con riesgo tromboembólico alto.

En pacientes con AVK iniciar HBPM. La última dosis de HBPM se administra 12 h antes de la intervención.

- Tratamiento antiagregante: depende además de la indicación de la antiagregación. Se podría mantener dosis bajas de AAS (100 mg/día).

Acenocumarol: Sustitución por HBPM si riesgo hemorrágico alto. Terapia Puente: enoxaparina 40mg/24h.
Previo a cirugía: Suspender de 3 días antes. (si INR en rango terapéutico: INR 2-3). Repetir coagulación al ingreso.
Reinicio de tratamiento: Reintroducir a las 24h si la hemostasia lo permite. Terapia Puente. Se reinicia al alta según pauta hematología.

Ácido acetilsalícilico: Depende además de la indicación del tto. antiagregante
Previo a cirugía: se puede mantener a dosis bajas de 100 mg día.

5. Medicación concomitante

Durante la conciliación de la medicación crónica se encontraron discrepancias entre la medicación domiciliaria del paciente y la prescrita al ingreso que debieron resolverse.

Se realizaron las siguientes intervenciones desde el Servicio de Farmacia:

- Al ingreso del paciente se suspende el tratamiento del paciente con lorazepam 1 mg. En cuanto al manejo perioperatorio de benzodiacepinas su interrupción brusca puede provocar síndrome de abstinencia con agitación, HTA, delirio y convulsiones. Previo a la cirugía se recomienda continuar tratamiento hasta (e incluyendo) el día de la cirugía y después de la cirugía reanudar el tratamiento con la ingesta oral.
- Se recomienda suspender la administración de simvastatina 20 mg: desprescripción de estatinas

BIBLIOGRAFÍA

- Cuéllar E. Manejo perioperatorio de medicación crónica. Documento de apoyo al PAI Atención al Paciente Quirúrgico. Consejería de Salud. 2015 [en línea]. [Consultado en junio de 2018]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/atencion_paciente_quirurgico/manejo_perioperatorio_medicacion_cronica_2016.pdf .
- Grupo de trabajo sobre el manejo perioperatorio de la medicación habitual de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica. Protocolo para el manejo perioperatorio de la medicación crónica.

BIBLIOGRAFÍA

- Boletín de Prevención de Errores de Medicación de Cataluña. Prevención de errores de medicación en pacientes quirúrgicos. Vol. 11, núm. 2 · mayo – agosto 2013.
- Protocolo terapéutico del paciente diabético sometido a cirugía. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).
- Esteban de Celis MC. Detección de áreas de mejora a través de la monitorización de la conciliación de la medicación al ingreso en un servicio quirúrgico. Trabajo Fin de Grado. Carácter Experimental. Grado en Farmacia Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla. HUVM. Septiembre de 2017.

BIBLIOGRAFÍA

- Vivas D, et al. Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico: documento de consenso de SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENECA, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT y AEU. RevEspCardiol. 2018.
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.01.001>

TEMA 74. RECONSTRUCCIÓN MAMARIA: DIEP.

SILVIA ARIAS FUENTES

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	6
METODOLOGÍA	7
RESULTADOS	8
CONCLUSIONES	18
BIBLIOGRAFÍA	19

INTRODUCCIÓN

El colgajo DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) fue diseñado y aplicado por primera vez para el tratamiento de defectos en la cavidad oral por Koshima y Soeda en 1989. Fueron Allen y Treece quienes en 1990 emplearon el colgajo dándole uso en el campo de la reconstrucción mamaria. Su gran éxito fue popularizándose durante la siguiente década hasta el momento actual, expandiéndose a nivel mundial, debido a sus duraderos y estables resultados en volumen, ptosis, simetría y textura, además de una baja morbilidad general. ⁽¹⁾

Los estudios preoperatorios de los vasos perforantes y la aplicación de protocolos de mapeo de los vasos de la pared abdominal mediante angio-tac han permitido obtener una cirugía más segura eligiendo el pedículo más adecuado y acortando así los tiempos quirúrgicos. ⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

En el momento actual, la técnica de reconstrucción mamaria DIEP, al igual que cualquier otra técnica de reconstrucción mamaria se realiza como parte integral del cáncer de mama. Será el cirujano plástico el encargado de ofrecer la alternativa más adecuada según las necesidades de cada paciente.

Según estadísticas oficiales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de los 453 centros que forman la red de hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud español, sólo el 25% incluye en su oferta asistencial la cirugía plástica, estética y reparadora, frente al 70% de los centros privados. Además muestran que el número total de cirujanos plásticos en la sanidad pública es de 422 con lo que el ratio medio no llega a 1 cirujano plástico por centro sanitario.

INTRODUCCIÓN

Todo ello, se traduce en el aumento de los tiempos de listas de espera y en desplazamientos por parte de las pacientes que no disponen de este tipo de oferta en sus hospitales de referencia. (3)

OBJETIVOS

Describir y analizar la técnica quirúrgica de reconstrucción mamaria con los vasos sanguíneos perforadores epigástricos profundos.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos: Pubmed, Biblioteca Cochrane y Scielo. Las palabras clave utilizadas fueron “DIEP”, “reconstrucción mamaria”, “cáncer de mama”, “microcirugía”. Se utilizaron los filtros de “texto en inglés o castellano”, “texto con disposición completa y gratuita” y se limitó la búsqueda al intervalo “2008-2018”. De un total de 31 publicaciones, fueron seleccionadas 7.

RESULTADOS

Como se expuso anteriormente, DIEP es el colgajo libre de vasos perforantes de arteria epigástrica inferior profunda. Es una técnica de reconstrucción mamaria autóloga que permite tallar el tejido abdominal creando una neomama, logrando así un tacto y aspecto similar a la mama natural.

RESULTADOS

Las indicaciones para realizar este procedimiento son:

- Mala calidad en los tejidos locales debidos a fibrosis, escasa elasticidad, úlceras...
- Reconstrucción fallida con implantes debido a infecciones recurrentes, contracturas capsulares, roturas de implantes, dolor crónico, presencia de cicatrices, fracaso en la expansión de la piel o radioterapia previa. Este procedimiento se denomina reconstrucción terciaria, ya que se realiza después de una reconstrucción inmediata (primaria) o tardía (secundaria).
- Deseo expreso del uso de ésta técnica por parte de la paciente. (4) (5)

RESULTADOS

Como contraindicaciones cabe señalar las patologías previas o estado general que impida o desaconsejen intervenciones quirúrgicas complejas y ser fumadora, debiendo eliminar totalmente el tabaco 6 semanas previas a la intervención. (4)

Las intervenciones quirúrgicas abdominales previas son causa de escepticismo entre los cirujanos plásticos, según la vía de abordaje, el estado del tejido y la posibilidad de un daño en el pedículo vascular pueden suponer o no una contraindicación, siendo necesario un estudio personal de la situación. La única contraindicación absoluta en intervención quirúrgica previa sería la abdominoplastia por la sección de perforantes musculares que se practica en el despegamiento dermograso. (1)

RESULTADOS

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

Según recoge la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE nº 274 de 15 de noviembre de 2002) y en sus artículos 8, 9 y 10 se establece que; toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado una vez recibida la información sobre el procedimiento, su aplicación y riesgos; pudiendo revocar libremente su consentimiento en cualquier momento. El consentimiento deberá ser escrito en caso de intervención quirúrgica.

RESULTADOS

En este caso, y tratándose de una cirugía programada será el servicio de anestesia y el de cirugía plástica los que presenten al paciente toda la información de la cirugía, explicando tanto el proceso quirúrgico como las posibles complicaciones derivados de ella.

Una vez realizadas todas las pruebas preoperatorias pertinentes (electrocardiograma, analíticas, pruebas de imagen para el diagnóstico) y aceptada la cirugía, esta se inicia contemplando los cuidados básicos de cualquier cirugía programada realizada con anestesia general.

RESULTADOS

Situándonos en el contexto sanitario público, y siempre como norma general, la paciente ingresará en el centro hospitalario el día anterior a la intervención en el que se explicarán las normas de actuación previas a la cirugía como el aseo, vestimenta, medicación si se requiriese y ayuno.

El día de la cirugía una vez todo dispuesto, situada la paciente en el antequirófano y realizadas las presentaciones (enfermera y anestesista como mínimo) se realizaría la primera parte del check list o lista de verificación quirúrgica. Además de dar las explicaciones oportunas de cómo se dormirá y dónde y en qué condiciones se despertará, así como informar sobre cualquier duda de última hora. ⁽⁶⁾

RESULTADOS

A continuación serán los propios cirujanos los que preparen, midan y marquen sobre el cuerpo de la paciente, aún despierta, ayudándose de un eco-doppler los puntos de referencia para guiarse y realizar la cirugía en las mejores condiciones posibles.

En el interior del quirófano se comenzará la preparación con la inducción de la anestesia, una vez dormida y con la vía aérea asilada, se procederá a realizar el resto de técnicas invasivas necesarias como por ejemplo canalizar vías venosas periféricas y/o centrales, obtener una vía arterial, realizar un sondaje vesical, etc. Todo ello para lograr una monitorización completa y segura de la paciente durante el tiempo quirúrgico y el post operatorio.

RESULTADOS

Finalizado el tiempo de anestesia y con los equipos, personal e instrumental apropiado comienza el tiempo quirúrgico. Este a su vez se dividirá en dos partes importantes, la primera hasta que el colgajo esté libre físicamente y la segunda parte desde que el colgajo está libre hasta que se finalice la anastomosis, reiniciándose así la circulación. El tiempo comprendido entre uno y otro se denomina tiempo de isquemia y este deberá ser siempre el menor tiempo posible siempre.

La intervención se realiza a dos campos, o lo que es lo mismo, a dos equipos quirúrgicos diferentes compuestos por cirujanos y enfermera con su material específico. Uno trabajará la zona abdominal, donante o de colgajo mientras que el otro equipo trabaja en el tórax o zona receptora.

RESULTADOS

Se realiza una trasposición microquirúrgica de los vasos perforantes del pedículo epigástrico inferior profundo utilizando microsuturas de la arteria y vena del colgajo a los vasos mamarios internos tras la exéresis total o parcial de un cartílago costal. Conseguido esto, se dará forma remodelando la neomama dejando un sistema de drenaje y suturando cuidadosamente.

El cierre de la pared abdominal se realiza por planos, realizando la transposición del ombligo, siendo la técnica similar a la abdominoplastia.

RESULTADOS

Por último, se curan ambas zonas según protocolo del servicio, dejando siempre libre o expuesto la zona injertada para poder observar y tocar vigilando así aspecto, color, perfusión y temperatura con una mínima manipulación. Vigilancia fundamental en las primeras horas para ver la evolución del colgajo.

Finalizada la intervención, la paciente será trasladada a una unidad de reanimación en la que normalmente permanecerá unas horas para observar el buen funcionamiento del colgajo, acompañándose de unos cuidados especiales para asegurar el buen estado general de la paciente y en la que se procederá a la retirada de la sedación.

Al día siguiente, ya consiente y con la analgesia adecuada se trasladará a la unidad de hospitalización donde permanecerá unos días hasta el alta hospitalaria. (4)

CONCLUSIONES

El colgajo DIEP se ha convertido en la técnica “gold-standard” de la reconstrucción mamaria, es un método autógeno que proporciona un buen resultado estético perdurable y con una mínima morbilidad asociada. Su principal inconveniente es la dificultad técnica precisando de un equipo quirúrgico experimentado en cirugía microvascular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Casado C, Cabrera E, Redondo A, Rioja L.F. Análisis de controversias en reconstrucción mamaria con colgajo DIEP. Scielo. Cirugía plástica iberolatinoamericana. 2008; 34:267-276. [Internet]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922008000400003.
2. Conejero JA, Benítez S, Guriri R, Arriagada C. Uso de colgajos libres perforantes de la región abdominal tipo DIEP y SIEA para reconstrucción mamaria. Scielo. Revista chilena de cirugía. 2016; 68:440-445. [Internet]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-40262016000600008&lng=es&nrm=iso.

BIBLIOGRAFÍA

3. Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética. Noticias. [Internet]. Disponible en: <https://secpre.org/noticias/289-m%C3%A1s-cirujanos-pl%C3%A1sticos-en-la-sanidad-p%C3%BAblica-y-potenciar-la-reconstrucci%C3%B3n-inmediata-de-calidad,-claves-para-reducir-al-m%C3%A1ximo-las-listas-de-espera-en-reconstrucci%C3%B3n-mamaria>
4. Programa Clave Atención Interdisciplinar. Guía de Recomendaciones Clínicas. Cáncer de mama. Actualización. Gobierno del Principado de Asturias. 2013. [Internet]. Disponible en: http://movil.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/PCAI/PCAI_4%20CANCER%20DE%20MAMA.pdf.

BIBLIOGRAFÍA

5. Marré D, Gantz JT, Hontanilla B, Aubá C. Reconstrucción mamaria terciaria con tejido autógeno tras reconstrucción fallida con implantes. Elsevier. Revista chilena de cirugía. 2016; 68:433-439. [Internet]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirugia-266-articulo-reconstruccion-mamaria-terciaria-con-tejido-S0379389316300485?referer=buscador>.
6. Organización Mundial de la Salud. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Seguridad del paciente. 2009. [Internet]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa_Checklist.pdf?sequence=2.

BIBLIOGRAFÍA

7. Deep Inferior Epigastric Perforator Flap (DIEP Flap). New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai. [Internet]. Disponible en: <http://www.nyee.edu/patient-care/plastic-surgery/breast-reconstruction/procedures/diep-flap>.

**TEMA 75. LA ACTIVIDAD FÍSICA
REHABILITADORA HOSPITALARIA EN
PACIENTES CON ESCLEROSIS
MÚLTIPLE; REPERCUSIÓN EN SU
CALIDAD DE VIDA Y FAMILIA.**

ISMAEL RIVAS CABALLERO

ÍNDICE

• INTRODUCCIÓN	3
• OBJETIVOS	11
• METODOLOGÍA	12
• RESULTADOS	13
• CONCLUSIONES	15
• BIBLIOGRAFÍA	16

INTRODUCCIÓN

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad degenerativa y crónica que afecta al sistema nervioso, de procedencia autoinmune, que daña a la médula espinal y al cerebro. El propio sistema autoinmune ataca la mielina que protege las fibras nerviosas y las neuronas, generando un deterioro que se presenta a través de cicatrices, llamadas esclerosis, dando lugar a la inflamación. Este deterioro crónico hace que los impulsos nerviosos se vean entorpecidos o paralizados, afectando al individuo. El daño del tejido en la EM es el reflejo de la interacción compleja y dinámica entre el sistema inmune, la glía (oligodendrocitos que producen mielina y sus precursores, la microglía y los astrocitos) y las neuronas. ¹

La Atención Hospitalaria respecto a la EM incluye toda asistencia prestada a los pacientes y sus familias, los recursos humanos y técnicos para el correcto diagnóstico, y el tratamiento y rehabilitación durante todo el proceso de la enfermedad. En esta revisión bibliográfica nos centraremos, dentro del amplio abanico de tratamientos rehabilitadores de la EM, en la Actividad Física como herramienta para mejorar la Calidad de Vida, tanto para los pacientes como su repercusión también en sus familiares y cuidadores.²

La sintomatología de la EM es muy diversa y puede afectar diferentes zonas, expansión, alcance o número de repeticiones, por lo que se la conoce como la enfermedad de las mil caras. Normalmente el 50% de los pacientes presentan un trastorno sensitivo y/o motor en una o más extremidades y el 25% padece neuritis óptica. ³

La causa de la aparición de la enfermedad de la EM es desconocida, aunque varios estudios recientes señalan un posible doble origen: factores genéticos sumados a factores ambientales.

La EM es la segunda causa de discapacidad entre la población joven, tras los accidentes de tráfico, por lo que es importante intervenir en la enfermedad, no solo desde la perspectiva médica, sino también tratar el impacto social, familiar y psicológico. ²

Las terapias de rehabilitación física tienen un efecto muy positivo en la recuperación de los daños producidos por la enfermedad, mejorando la movilidad, reduciendo la espasticidad y aumentando la fuerza de las extremidades que beneficia la velocidad de marcha y el equilibrio. La actividad física es una herramienta de rehabilitación para las personas con EM ya que permite controlar los síntomas, recuperar funciones motrices, incrementar la calidad de vida, fomentar el bienestar e impulsar la participación social del enfermo; sin embargo, diferentes estudios demuestran que los enfermos de EM tienen bajos niveles de actividad física en comparación con la población en general, situación que no ha variado en los últimos 25 años a pesar de los evidentes beneficios. Una estrategia para abordar esta problemática es la promoción de la actividad física mediante la transmisión de los efectos positivos por parte del Equipo Multidisciplinar que le atiende. ⁴

Otro síntoma típico es la aparición de fatiga que produce una modificación profunda en los hábitos de vida del enfermo. ³

El estudio de la Calidad de Vida (CdV) nos facilita evaluar las consecuencias de la enfermedad y del tratamiento en los pacientes, detectando los diferentes estados de la salud física y del estado emocional, que nos permite situar el grado de afectación del paciente en cuanto al deterioro neurológico, así como el conocimiento del impacto de los tratamientos rehabilitadores y los efectos de las diferentes etapas de la enfermedad. Según diferentes estudios, el dolor corporal y la vitalidad serían los factores más afectados en el inicio de la enfermedad, pasando a sumarse la afectación en la función social al evolucionar la EM. En un estadio avanzado de la enfermedad las funciones más afectadas son la visión y la marcha. ⁵

La enfermedad de EM puede producir un gran impacto en toda la familia generando un cambio a nivel laboral, viéndose reducidas las horas de trabajo o teniendo que abandonarlo; económico, por diferentes gastos para cubrir las necesidades de las personas con discapacidades; social, por la falta de tiempo libre y aislamiento de las personas cuidadoras; y de salud, tanto a nivel físico como psicológico.

Según diferentes estudios nacionales, la discapacidad de uno de los miembros de la familia genera conflictos entre los diferentes componentes en el 26,56 % de los casos. Por otro lado, la clase social influye de manera determinante ya que las clases altas y medias aceptan peor la discapacidad en el 26,37% de los casos.

Las familias en las que uno de los miembros padece EM poseen diferentes necesidades que deben ser atendidas y satisfechas a través de información, estrategias y herramientas con las que cubrir la formación, apoyo y asesoramiento durante todo el ciclo de la enfermedad. Para superar estas dificultades se debe proporcionar a las familias información con diligencia y precisión para que comprendan la EM y su repercusión. Por otra parte se deben implementar estrategias de intervención comunicativas para fomentar la interacción social de la persona afectada. También es importante el apoyo que estas familias pueden encontrar en administraciones y entidades, tanto públicas como privadas, relacionadas con la enfermedad de EM, ya que serán una fuente fundamental para la información, orientación y asesoramiento. ⁶

Cuidar a una persona que sufre EM produce un gran impacto en la CdV de las personas responsables del cuidado y genera un gran impacto a muchos niveles, siendo relevante la influencia en la salud física y psíquica. ⁵

Según un estudio realizado con los enfermos de EM hospitalizados en el Centro de Rehabilitación “Dr. Faustino Pérez Hernández” de Cuba se relacionó la sobrecarga del cuidado con la depresión y la ansiedad. Del mismo modo se vincularon situaciones de decisiones o responsabilidades con reacciones de ansiedad, por lo que es necesaria la búsqueda de nuevas líneas de intervención para los cuidadores de los enfermos con EM, denominados comúnmente el “paciente oculto”. ⁷

OBJETIVOS.

Valorar el tratamiento hospitalario rehabilitador en pacientes con EM mediante la actividad física, evaluando el impacto en su calidad de vida, así como en la de sus familiares y cuidadores.

METODOLOGÍA.

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos: Pubmed, Medlineplus y Google Académico. Los descriptores empleados fueron “esclerosis múltiple”, “tratamiento rehabilitador”, “actividad física”, “atención hospitalaria”, “calidad de vida” y “familia”. 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 27 publicaciones, fueron seleccionadas 7.

RESULTADOS.

Existen investigaciones que demuestran los beneficios que genera la actividad física como herramienta rehabilitadora para los enfermos con EM. Estas mejoras repercuten tanto en el ámbito físico, social y psíquico, produciendo mejoras en la CdV tanto del paciente como en su familia y persona cuidadora:

Las terapias de rehabilitación física mejoran la movilidad, reducen la espasticidad y aumentan la fuerza de las extremidades mejorando la velocidad de la marcha y el equilibrio.

La actividad física permite controlar los síntomas, recuperar funciones motrices, fomentar el bienestar e impulsar la participación social del enfermo.

La actividad rehabilitadora permite corregir los desequilibrios en la estructura familiar que genera la enfermedad de la EM. ⁴

La participación en actividades físicas proporciona un “respiro” a la persona cuidadora, tanto físico como psíquico, disminuyendo la posibilidad de padecer depresión o ansiedad. ⁷

Por todo lo anterior, es necesaria una intervención transversal continuada del equipo multidisciplinar con el paciente y su familia durante todo el ciclo de la enfermedad. ⁴

CONCLUSIONES.

Elaborar programas sanitarios de promoción sobre los beneficios de la actividad física en el enfermo con EM es clave para mejorar su CdV e incrementar la de su familia y cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez Morenoa R. et al. Esclerosis múltiple: revisión de la literatura médica. Revista de la Facultad de Medicina. Vol. 55. No 5. Ciudad de México. 2012. p. 26-35.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. 2012. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012_Espanol.pdf.
3. Alastair C. y Alastair C. Revista The Lancet. Multiple sclerosis. 25 de octubre de 2008.
4. Terré-Boliart R., Orient-López F. Tratamiento rehabilitador en la esclerosis múltiple. Revista Neurol. 2007. p. 426-431.

5. Delgado-Mendilívar J.M., Cadenas-Díaz J.C., Fernández-Torrice J.M., Navarro-Mascarell G., Izquierdo G. Estudio de la calidad de vida en la esclerosis múltiple. Revista Neurol. 2005. p. 257-262.

6. Sarto M.P. Familia y Discapacidad. Universidad de Salamanca. 2001. Disponible en:

<https://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>.

7. Jiménez-Morales R. et al. Sobrecarga en los cuidadores primarios de pacientes con esclerosis múltiple: Su relación con la depresión y ansiedad. Revista Mex Neuroci. 2014. p. 81-86.

TEMA 76.
EXTRAPIRAMIDALISMO Y
ARIPIRAZOL EN PRIMER
EPISODIO PSICÓTICO AGUDO.

PEDRO PADILLA ROMERO
CARLOTA ROMERO MARTIN
TERESA LÓPEZ ARTEAGA

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **CASO CLÍNICO**
- **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INDTRODUCCIÓN

Los antipsicóticos de última generación muestran menos efectos extrapiramidales que los neurolépticos clásicos.

Qué antipsicótico elegir como primera línea de tratamiento ante un primer episodio psicótico no está definido, por lo que su elección deberá ser a criterio clínico.

No obstante, este grupo farmacológico no está exento de presentar efectos extrapiramidales. Ejemplificamos esto mediante la descripción de un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 29 años, sin antecedentes personales médicos ni psiquiátricos de interés, ni antecedentes familiares relevantes, ni consumo de tóxicos, que acude al servicio de urgencias por alteraciones conductuales.

La familia refiere que desde hace tres días la paciente "no para de hablar, no duerme, ni come ni bebe". La paciente refería discordancia con su familia, creía ser adoptada y que todos sus familiares habían fallecido en un accidente de tráfico, negando que su acompañante fuera familiar suyo.

En la urgencia se mostraba agitada, por lo que se administró una ampolla de aripiprazol vía intramuscular y se cursó ingreso en Unidad de Hospitalización Breve (UHB).

Exploración y pruebas complementarias:

- Consciente y orientada en las tres esferas, sin déficits cognitivos aparentes. Taquipsíquica. Verborreica con pérdida del hilo conductor de la conversación, tangencial y prolijo. Temmerosa, suspicaz en estado de hiperalerta. Disfórica, con incongruencia afectiva. Alteración del contenido del pensamiento, delirante. Sin alteraciones sensoperceptivas ni ideas de muerte ni autolisis en ese momento.
- Hematimetría, bioquímica, sistemático de orina, Perfil tiroideo (TSH) y Vitaminas: normales. Tóxicos en orina negativos. TAC craneal: sin alteraciones

Diagnóstico diferencial y tratamiento:

- La clínica presentada se mostraba compatible con cuadro psicótico, descartándose etiología tóxica y organicidad. Durante su evolución, se descartó a su vez componente afectivo, concluyendo primer episodio psicótico.
- Tratamiento: Aripiprazol 10mg al día y lorazepam 1mg al día, ambos vía oral.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Durante su ingreso en la UHB se optó por el aripiprazol, antipsicótico de tercera generación de elección en pacientes jóvenes dado su escaso perfil de efectos secundarios, el cual fue muy bien tolerado por la paciente cediendo la clínica psicótica al tercer día del ingreso.

Tras 10 días de ingreso se produjo estabilización psicofarmacológica gradual, pero aparecieron efectos extrapiramidales, tipo acatisia. Según guía clínica es mejor mantener el mismo antipsicótico y añadir biperideno que cambiar a otro antipsicótico puesto que para realizar cambio de antipsicótico precisas de esperar al menos 6-8 semanas para ver la respuesta efectiva y el extrapiramidalismo no sería en ese periodo criterio de cambio. En este caso se actuó de acuerdo a las recomendaciones, pautándose biperideno 4mg Retard un comprimido al día.

BIBLIOGRAFÍA

- Kaplan & Sadock: Sinopsis de Psiquiatría. B.J.Sadock, V.A. Sadock, P. Ruiz. 11 ed. Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health. 2015.
- Strange PG. Antipsychotic drugs: importance of dopamine receptors for mechanisms of therapeutic actions and side effects. Pharmacol Rev 2001; 53:119.
- Komossa K, Rummel-Kluge C, Schmid F, et al. Aripiprazole versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2009; :CD006569.
- Correll CU, Leucht S, Kane JM. Lower risk for tardive dyskinesia associated with second-generation antipsychotics: a systematic review of 1-year studies. Am J Psychiatry 2004; 161:414.

TEMA 77. TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE UN MARCAPASOS EXTERNO.

**ESPERANZA MARÍA PÉREZ SÁEZ
AROA VILLASEÑOR DE LA FUENTE**

ÍNDICE

- 1.-DEFINICIÓN.
- 2.-INDICADORES DE CARDIOVERSIÓN.
- 3.-TÉCNICA DE MARCAPASOS EXTERNO.
- 4.- BIBLIOGRAFÍA

1.- DEFINICIÓN.

El marcapasos es un sistema automático electrónico que permite iniciar y mantener el latido cardíaco cuando el sistema eléctrico intrínseco del corazón no es el adecuado para mantener un correcto gasto cardíaco.

2.- INDICACIONES DE CARDIOVERSIÓN

Está indicado en prácticamente todas las bradiarritmias, sobre todo en los bloqueos AV avanzados, en las asociadas a intoxicaciones medicamentosas o trastornos iónicos (hiperpotasemia, etc); y en algunas taquiarritmias que pueden degenerar o alternar con bradicardia, como las *Torsade de Pointes* o el *síndrome de QT largo*.

3.- TÉCNICA DE MARCAPASOS EXTERNO.

1. Recordar tratar la causa desencadenante de la bradiarritmia (principalmente las intoxicaciones medicamentosas o los trastorno iónicos).
2. Colocar al paciente en decúbito supino con el cabecero en un ángulo de 30-40°.
3. Iniciar sedoanalgesia para evitar las molestias que puede provocar el impulso eléctrico sobre el paciente.
4. Colocar las palas adhesivas del monitor-desfibrilador con opción de marcapasos sobre el tórax. Una pala irá sobre el pectoral mayor derecho y la otra en la parrilla costal izquierda a nivel de la línea axilar (ver dibujo en el dorso de las palas).

5. Activar opción de marcapasos en el monitor-desfibrilador e, inmediatamente, la pantalla nos pedirá que introduzcamos frecuencia (habitualmente de 40 a 160 lpm) y la amplitud de corriente (de 20 a 200 mA). Marcar una frecuencia en torno a 60-70 lpm y una amplitud de 40-50 mA. Tras cada espiga del marcapasos debería generarse un QRS.

6. Comprobar mediante palpación de pulso femoral o carotídeo, que el latido impulsado por el marcapasos es eficaz (es válido también el registro con un pulsioxímetro). Si no lo fuera, podemos aumentar amplitud hasta que percibamos un pulso correcto. Dejar programada la menor amplitud posible para mantener el pulso, ya que a mayor amplitud mayor dolor sentirá el paciente. Si consideramos que es preciso una mayor frecuencia también podemos variar dicho parámetro, evitando frecuencias muy altas que pueden aumentar el consumo miocárdico de oxígeno y empeorar la situación.

4.- BIBLIOGRAFÍA

- Coto López A, Medina Asensio J. Técnicas instrumentales en medicina de Urgencias. En: Medina Asensio J, editor. Manual de Urgencias Médicas del Hospital 12 de Octubre, 2ª ed. Madrid: Díaz Santos; 1996. pp. 763-779.
- Moya Mir MS, editor. Manual de habilidades para práctica clínica. Madrid: MSD; 1999.
- Moya Mir MS. Guía de técnicas útiles en Urgencias. Madrid: Adalia farma SL; 2008.
- Toledano Sierra MP, Gil MP, Julián A. Técnicas invasivas en Urgencias. En: Julián Jiménez A, Coordinador. Manual de protocolos y actuación en Urgencias, 3ª ed. Madrid: Edicomplet 2010; pp. 73-101.

TEMA 78. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA IDIOPÁTICA Y NEOPLASIA OCULTA.

**ENARA IRIONDO BERNABEU
ANDREA VIDAL BLÁZQUEZ
MAITE PUCHOL PALOMAR**

ÍNDICE

1. Hipótesis.
2. Objetivos.
3. Metodología.
4. Resultados.
5. Conclusiones.
6. Bibliografía.

1. Hipótesis:

La trombosis venosa profunda (TVP) se asocia a neoplasia oculta.

2. Objetivos:

1. Evaluar la incidencia de neoplasia oculta en pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda (TVP) en nuestro Hospital Comarcal durante los últimos 10 años.
2. Describir las neoplasias más prevalentes en pacientes con trombosis venosa profunda idiopática en nuestra muestra.
3. Describir las pruebas complementarias más rentables como cribado en la detección de neoplasia oculta en pacientes que han presentado un episodio de trombosis venosa profunda.
4. Analizar factores de riesgo de la TVP.

3. Metodología:

Hemos realizado un estudio retrospectivo. Se ha realizado en primer lugar una revisión de la bibliografía publicada, mediante la búsqueda en bases de datos científicas, para conocer la evidencia actual así como los estudios realizados sobre el tema que queremos investigar. Posteriormente accedimos al equipo de codificación del hospital acotando la búsqueda a los pacientes ingresados entre los años 2005-2015 con diagnóstico de TVP (sospecha clínica, dímero D y ecografía Doppler). Con los datos que obtuvimos a través de la historia en papel, historia clínica electrónica, el visor corporativo y acceso a atención primaria hicimos un seguimiento de esos pacientes. Revisamos todos los ingresos, visitas a urgencias, consultas con especialistas para valorar si en el año siguiente al diagnóstico de TVP le diagnosticaron neoplasia y si la hubiera el tipo.

4. Resultados:

▣ Estudio retrospectivo en el que se incluyen 200 pacientes ingresados con diagnóstico de TVP en el servicio de Medicina Interna durante los años 2005 – 2015. Todos los pacientes incluidos tenían Eco doppler que confirmaba el diagnóstico de TVP.

▣ De los 200 pacientes se excluyeron 11 por no tener acceso a su historial, quedándonos con 189 pacientes. De los 189 pacientes ingresados por TVP 50 eran fumadores (26,45%), 15 tenían tratamiento anticoagulante al momento del diagnóstico (7,93%), y 7 eran mujeres en tratamiento con anticonceptivos (7,45%). Durante el ingreso fallecieron 13 pacientes (7%). 40 habían tenido una TVP previa (21,16%) de los cuales 4 tenían un estudio de trombofilia positivo.

- Se descartaron 36 pacientes (19,04%) debido a que presentaban una TVP de causa conocida: cirugía previa al evento (2,64%), embarazo o puerperio (1,05%), estudio trombofilia positivo (5,3%) y los pacientes con evidencia de neoplasia activa al momento del ingreso (55%).
-
- Analizamos 153 pacientes ingresados con diagnóstico de TVP sin claros factores predisponentes.
- Durante el ingreso se diagnosticaron de neoplasia no conocida a 10 pacientes (6,5%): 3 hepáticas (30%), 3 urológicas (30%), 2 páncreas (20%), 1 colon (10%), 1 pulmonar (10%).
- De los pacientes con neoplasia de nuevo diagnóstico 4 eran fumadores (40%)
- Las pruebas complementarias que se realizaron para llegar al diagnóstico fueron analítica con marcadores tumorales, TAC y eco abdominal.

5. Conclusiones:

- 200 pacientes ingresaron con diagnóstico de TVP durante los años 2005 y 2015 en el servicio de Medicina interna. Un 19% de los pacientes tenían factores predisponentes conocidos.
- El 6,5% de los pacientes ingresados con diagnóstico de TVP fueron diagnosticados de una neoplasia oculta durante el ingreso o el año siguiente al evento.
- Los tumores gastrointestinales fueron los más detectados. La ecografía y TAC abdominal fueron las pruebas diagnósticas más usadas.

6. Bibliografía:

- Spencer FA, Emery C, Lessard D, et al. The Worcester Venous Thromboembolism study: a population-based study of the clinical epidemiology of venous thromboembolism. *J Gen Intern Med* 2006; 21:722.
- Sørensen HT, Mellekjaer L, Olsen JH, Baron JA. Prognosis of cancers associated with venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2000; 343:1846.
- Sørensen HT, Mellekjaer L, Steffensen FH, et al. The risk of a diagnosis of cancer after primary deep venous thrombosis or pulmonary embolism. *N Engl J Med* 1998; 338:1169.
- Prandoni P, Lensing AW, Büller HR, et al. Deep-vein thrombosis and the incidence of subsequent symptomatic cancer. *N Engl J Med* 1992; 327:1128.

TEMA 79. SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.

SARA MARTÍN VILLANUEVA

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS.**
- **CLASIFICACION PRUEBAS RADIOLÓGICAS**
- **TIPOS DE PRUEBAS**
- **ECOGRAFÍA DIAGNÓSTICA**
- **RADIACIONES IONIZANTES**
- **RESONANCIA MAGNÉTICA**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

Definición: el diagnóstico por imagen es un conjunto de técnicas y procedimientos utilizados para la obtención e interpretación de imágenes del cuerpo humano, con el objetivo de alcanzar el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad.

Objetivos generales:

- ❖ Obtener imágenes del cuerpo humano con la mayor calidad posible y la mínima dosis requerida.
- ❖ Interpretación de las imágenes y realización del informe radiológico.
- ❖ Realizar procedimientos intervencionistas (diagnósticos y terapéuticos) guiados por imagen.

CLASIFICACIÓN PRUEBAS RADIOLÓGICAS

Las clasificamos según su energía y la técnica utilizada para la obtención de imágenes.

- ❖ Ecografía: se basa en la exposición a ondas acústicas de alta frecuencia (ultrasonidos). Éstos inciden sobre los tejidos y regresan en forma de un eco que es procesado por un ordenador para obtener imágenes.
- ❖ Radiaciones ionizantes: se basa en la interacción de los rayos X con los diferentes tejidos, los cuales atraviesan el cuerpo y después de atenuarse depositan la información resultante en un registro de imagen.

CLASIFICACIÓN PRUEBAS RADIOLÓGICAS

- ❖ Resonancia magnética: se emplea un potente campo magnético y pulsos de radiofrecuencia dirigidos a los protones que forman los diferentes tejidos. Dichos pulsos son procesados por un ordenador para obtener imágenes.

TIPOS PRUEBAS RADIOLÓGICAS

Radiología Simple:

- No es necesaria la administración de ningún tipo de medicación o medio de contraste para realizar la prueba.
- No se realiza venopunción, sondaje u otras técnicas invasivas sobre el paciente.
- Salvo excepciones, no precisa el consentimiento expreso y por escrito del paciente para la realización de la exploración.

Ejemplos: radiología convencional, ecografía articular, TC musculo esquelético, etc...

TIPOS PRUEBAS RADIOLÓGICAS

Radiología de Contraste:

- Es necesaria la administración de algún medio de contraste para la realización de la prueba.
- La administración del medio de contraste se realiza mediante venopunción, sondaje de cavidades corporales o de forma oral.
- En ocasiones puede ser imprescindible el consentimiento expreso y por escrito del paciente para la realización de la exploración.

Ejemplos: urografía intravenosa, eco-cistografía, TC abdominal, etc...

TIPOS PRUEBAS RADIOLÓGICAS

Biopsia - intervencionismo:

- Puede ser necesaria la administración de algún medio de contraste u otra medicación para la realización de la prueba.
- Se realizan técnicas mínimamente invasivas sobre el paciente (cateterización, punción-biopsia, etc...), que pueden requerir sedación y/o anestesia.
- Es imprescindible el consentimiento expreso y por escrito del paciente para la realización de la intervención.

Ejemplos: PAAF tiroides, arteriografía, drenaje pleural, etc...

PRUEBAS RADIOLÓGICAS

- Radiología convencional
- Ecografía
- Tomografía computarizada
- Resonancia magnética
- Radiología de mama
- Ortopantomografía
- Digestivo – Genitourinario
- Radiología pediátrica
- Radiología intervencionista
- Exploraciones en quirófano.

ECOGRAFÍA DIAGNÓSTICA

Es la técnica diagnóstica que utiliza la emisión y recepción de ultrasonidos para visualizar las estructuras del interior de organismo.

Dichos ultrasonidos, al incidir sobre un determinado órgano o tejido del cuerpo humano, emiten un eco que es recogido por un transductor, y posteriormente esta señal es convertida en imágenes por un ordenador.

Se basa en el efecto piezoeléctrico, que consiste en la capacidad de ciertos materiales de transformar la energía eléctrica en energía acústica, y viceversa.

ECOGRAFÍA DIAGNÓSTICA

La imagen ecográfica es una representación de la energía acústica reflejada en las diferentes interfases corporales. Una interfase es el lugar donde limitan dos capas de tejido que conducen el sonido a distinta velocidad.

Cuanto menos interfases tiene un tejido, mejor se propaga el sonido a través del mismo, y por lo tanto, menor será el eco producido (y viceversa). Las imágenes se muestran mediante una escala de grises, dependiendo de los “ecos” que se produzcan.

ECOGRAFÍA DIAGNÓSTICA.

- Anecogénica o anecoica: el US atraviesa un medio sin interfaces reflectantes (libre de ecos).
- Hiperecogénica o hiperecoica: el US atraviesa un medio con muchas interfaces reflectantes (rica en ecos).
- Hipoecogénica o hipoecoica: el US atraviesa un medio con pocas interfaces reflectantes (pocos ecos).

ECOGRAFÍA DIAGNÓSTICA.

Las imágenes muestran secciones delgadas y planas del cuerpo, obteniendo cortes transversales, longitudinales y oblicuos.

Las imágenes se visualizan en tiempo real, pudiendo mostrar la estructura y el movimiento de los órganos internos del cuerpo, así como la sangre que fluye a través de los vasos sanguíneos (ecografía Doppler).

RADIACIONES IONIZANTES (RAYOS X)

Los rayos X son una forma de energía radiante, similar a la luz visible o luz ultravioleta. A diferencia de éstas, pueden atravesar el cuerpo, y al verse atenuados por las diferentes estructuras anatómicas nos permiten generar imágenes para su posterior estudio.

Los rayos X se producen al hacer chocar un chorro de electrones que salen de un filamento incandescente (cátodo -), contra un blanco (ánodo +). Debido al impacto, los electrones del material del ánodo son arrancados de la corteza al átomo correspondiente. Cada electrón arrancado deja libre un hueco que es ocupado por otro electrón de una capa más alta, produciendo así los rayos X.

RADIACIONES IONIZANTES (RAYOS X)

La mayor parte de la energía se transforma en energía térmica (95-99%), y el resto en forma de fotones de rayos X.

Una vez producidos los fotones de rayos X, estos se dirigen a través de una ventana, formando el haz principal. Dicho haz se dirige hacia la zona a examinar, haciendo que los fotones se atenúen al atravesarla.

Una vez atraviesan los diferentes tejidos del cuerpo, alcanzan un registro de imagen (placa fotográfica, pantalla intensificadora, detector, etc..) y se procesa para formar la imagen radiográfica.

RADIACIONES IONIZANTES (RAYOS X)

Cada elemento atenúa mas o menos la radiación dependiendo de su densidad. Los valores de referencia suelen ser aire, grasa, agua, hueso y metal.

Además de para el diagnóstico, los rayos X también se pueden utilizar para colocar diversos objetos en el cuerpo, tales como sondas, tubos, marcapasos, etc. También se pueden utilizar junto con otros procedimientos terapéuticos, como por ejemplo en el quirófano. Algunas de las aplicaciones de los rayos X:

- Radiología convencional directa e indirecta.
- Radiología de mama
- Ortopantomografía y radiología intraoral.
- Tomografía computarizada (TC-escáner)
- Estudios con radioscopia (radiología intervencionista)
- Estudios digestivos

RADIACIONES IONIZANTES (RAYOS X)

Radiología convencional. Existen dos tipos:

- ❖ Radiología analógica: los fotones inciden sobre una placa radiográfica y reaccionan con los componentes químicos de la misma, formando una imagen latente. Posteriormente la placa se somete a un tratamiento químico para revelar dicha imagen.
- ❖ Radiología digital (directa e indirecta): en la directa los fotones inciden sobre un chasis y la imagen latente es revelada digitalmente en un CR. En la indirecta, los fotones inciden sobre un detector que procesa la imagen inmediatamente (no se necesita chasis).

La radiología de mama y la radiología dental se basan en los mismos fundamentos.

RESONANCIA MAGNÉTICA

La resonancia magnética se basa en la interacción de un campo magnético con los núcleos de H^+ presentes en los tejidos del cuerpo.

Cada uno de los protones posee un movimiento denominado spin. Cualquier carga eléctrica en movimiento genera un campo magnético, de modo que cada uno de los núcleos es un pequeño imán, orientado inicialmente de manera aleatoria.

Al situar el cuerpo dentro de un campo magnético intenso, los protones se alinean con él. La suma de la intensidad de dichos campos magnéticos se denomina magnetización longitudinal.

RESONANCIA MAGNÉTICA

Al aplicar un pulso de radiofrecuencia los protones pasan a un estado de alta energía. Como consecuencia, la intensidad de la magnetización longitudinal disminuye, apareciendo otro tipo de magnetización (transversal).

Cuando se suspende el pulso de radiofrecuencia los protones vuelven a un estado más bajo de energía, volviéndose a orientar en paralelo. Esta variación del campo magnético es recogido por una antena receptora, induciendo una señal eléctrica en la misma con la que se produce la imagen RM.

RESONANCIA MAGNÉTICA

Los aspectos de seguridad en resonancia magnética deben ser conocidos, fundamentalmente, debido a la interacción de los campos magnéticos con objetos metálicos y tejidos, y a la interacción de los pulsos de radiofrecuencia que pasan alrededor del cuerpo. Dichos aspectos son:

- Riesgo potencial de proyectiles.
- Torsión de objetos metálicos.
- Interferencia con implantes electromecánicos.
- Calentamiento de tejidos y objetos metálicos.
- Interferencias con células nerviosas y fibras musculares.

Además, es necesario comprobar que tanto el equipo de RM como los mecanismos de seguridad que lo componen funcionan correctamente.

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 80. LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN PEDIATRÍA (HaDP).

MAITE VALENCIA LARRAONA

**MAIDER MARTÍNEZ DE COMPAÑÓN MARÍNEZ DE
MARIGORTA**

MARIA NATIVIDAD IZQUIERDO FERNÁNDEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN

2. LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

2.1 Antecedentes socioculturales

2.2 Hospitalización

2.3 Hospitalización a Domicilio en Pediatría (HaDP)

✓ Objetivos

✓ Beneficios

3. CONCLUSIONES

1. Introducción: Justificación

Hoy en día, como respuesta al incremento en la demanda de servicios con el consiguiente gasto para la salud, los cambios demográficos, sociales y de los patrones de morbilidad, están apareciendo nuevas formas de asistencia y atención hospitalarias.

La hospitalización Domiciliar es una de estas nuevas modalidades asistenciales que están surgiendo, con el objetivo principal de prestar al paciente unos cuidados médicos y de enfermería de igual calidad que los proporcionados en el hospital. A pesar de ello es una modalidad poco extendida y desarrollada desigualmente en el mundo.

El origen de la HaD data de 1947, en el Hospital Guido Montefiore de Nueva York, con el fin de descongestionar los hospitales y disponer de un entorno más agradable para el enfermo. (2,3)

En España su inicio es en 1981, en el Hospital Gregorio Marañón en Madrid, y su aparición está motivada por la “saturación de los hospitales”.

Las Unidades de Hospitalización a Domicilio con cuidados de enfermería proporcionan al paciente y familia grandes beneficios y al sistema sanitario permite un mejor gestión de recursos. Prestan sus cuidados a enfermos que requieren atención del proceso agudo por el que ingresan, en un tiempo limitado (4).

En España, las unidades de HaD están más desarrolladas en adultos, a pesar de ello se están creando unidades de HaDP en los hospitales. (5)

2. La hospitalización Infantil

2.1 Antecedentes socioculturales de la Hospitalización de los niños

A principios del s.XIX comenzaron las primeras hospitalizaciones de niños, en esa época los padres podían estar todo el tiempo con sus hijo.

A mitad del s.XIX se origina un cambio en el sistema de visitas, los padres sólo podían amamantar y estar en estado terminales aunque se les desanimaba a realizar visitas a sus hijos. Aparece un nuevo término “hospitalismo” (Spitz) quien es defensor de los derechos humanos de los niños, que los define como “conjnto de alteraciones físicas y psíquicas que aparecen como consecuencia de una prolongada hospitalización del niño menor de 15 meses de edad. Es un síndrome de consecuencias psíquicas negativas que se manifiestan sobre todo en niños pequeños y mayores tras larga permanencia en instituciones sanitarias.”(6)

A partir de la 2ª mitad del s. XIX, se empieza a analizar la separación de los niños con la familia en la hospitalización , aparecen asociaciones que defienden la participación de los padres en el cuidado de los niños y en 1986 “la Carta Europea de los niños hospitalizados “.

2.2 La Hospitalización

La hospitalización, es un periodo de tiempo requerido para reestablecer la salud, es necesario estar en un centro de salud, hospital o clínica para recibir tratamientos y cuidados adecuados.

Es diferente en niños y adultos incluso en la misma persona.

La hospitalización en niños provoca diferentes reacciones y sentimientos y está influido por factores personales, familia, etapa de desarrollo, equipo de salud).

- ✓ La adaptación del niño a la hospitalización pasa por una serie de fases (Robertson): desde la fase de protesta, a desesperación y negación.
- ✓ La familia tiene un papel importante en el proceso de la hospitalización infantil y su afrontamiento. Se produce una crisis o inestabilidad de intensidad relacionada con severidad o diagnóstico del proceso.
- ✓ La familia en el proceso de hospitalización pasa por unas fases que van del shock, tristeza y desequilibrio emocional.
- ✓ La familia debe participar en el proceso de hospitalización del niño o ante el diagnóstico de enfermedad, para minimizar los efectos del proceso .

2.3 La Hospitalización a Domicilio en Pediatría

- ✓ **La Hospitalización a Domicilio (HaD) o Atención Domiciliaria (AD)** basada en el hospital, consiste en proporcionar cuidados de intensidad y/o complejidad equiparable a los dispensados en el hospital, con procedimientos diagnósticos y terapéuticos, prestados por profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, en el domicilio del paciente, limitado en el tiempo y que estructuralmente dependen de los hospitales, a pacientes con patología aguda.

✓ **Origen de la HaD:**

- ✓ En Europa, en 1951 Hospital Santé Service de París.
- ✓ En España en 1981 en Madrid: Primera Unidad de HaD en “Hospital General Universitario Gregorio Marañón”

Actualmente: sólo una CCAA sin HaD: Castilla La Mancha

- ✓ En España en 1999, 1ª Unidad de HaDP: Hospital Carlos Haya, de Málaga, asistencia: antibioterapia intravenosa

✓ **Objetivos de la HaDP**

- ✓ Mejorar la calidad asistencial.
- ✓ Evitar ingresos hospitalarios innecesarios.
- ✓ Acortar el tiempo de hospitalización
- ✓ Mejorar la utilización de los recursos sanitarios
- ✓ Favorecer la coordinación y comunicación entre distintos niveles de atención.
- ✓ Fomentar la educación sanitaria y el autocuidado.
- ✓ Controlar el gasto sanitario

✓ **Beneficios de la HaDP**

- Niño: mejora calidad de vida, disminuye riesgos infección nosocomial, mantiene vida familiar, intimidad
- Familia: mayor implicación, menos desestructuración familiar, menos gastos familiares
- Hospital: menor presión asistencial, mayor rotación de camas, mayor autonomía personal sanitario, mayor racionalización recursos

3. Bibliografía

- (1) Sánchez Etxaniz J. Hospitalización a domicilio pediátrica (HaDP): Qué nos aporta y cómo debemos organizarnos. Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría. 2013;45 (1): 21-23
- (2). Alfaro Rojas, AK. Atria Machuca, RP. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado. Revista Pediatría Electrónica, 2009,6 (1): 36-54 Disponible en:
http://www.revistapediatria.cl/vol6num1/pdf/4_FACTORES_AMBIENTALES.pdf
- (3) Serradas Fonseca, ML. Los derechos de los niños hospitalizados: un compromiso ineludible. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 2008. 71 (2)

- (4) Carta Europea de los niños hospitalizados Parlamento Europeo Bol. Pediatr. 1993; 34 (147): 69 - 71
- (5) González Ramallo VJ, Valdivieso Martínez B, Vicente Ruiz García V. Hospitalización a Domicilio Medicina Clínica. Barcelona 2002; 118 (17):659-64
- (6) Mitre Cotta, RM, SuárezValera MM, Llipis gonzález A, Cota Finho JS, Ramón Real E, Días Ricós JA
- La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas Revista Panam Salud Pública/ Panam J Public Health: 2001 ; 10(1):45-54
- (7)V.J González Ramallo, A. Segado Soriano, Hospitalización a domicilio: Hacia dónde vamos Jano 29 junio - 5 julio 2007 n° 165

- (8) Madrid Rodríguez A, Peláez cantero MJ, Sánchez Etxaniz J. Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (Sepho): Estándares y utilidad de la Hospitalización a Domicilio. (consulta el 23 de mayo de 2015) Disponible en:
http://www.sepho.es/mediapool/120/1207910/data/Actualizaciones/HADO_SEPHO_1_.pdf
- (9) Manual de Hospitalización a Domicilio. Unida de Hospitalización a Domicilio. Complejo Hospitalaria Donostia.
- Disponible en:
<https://foietes.files.wordpress.com/2010/10/manual-de.pdf>

- (10) Madrid Rodríguez A, Peláez cantero MJ, Sánchez Etxaniz J. Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (Sepho): Estándares y utilidad de la Hospitalización a Domicilio. (consulta el 23 de mayor de 2015) Disponible en:
http://www.sepho.es/mediapool/120/1207910/data/Actualizaciones/HADO_SEPHO_1_.pdf
- (11) Manual de Hospitalización a Domicilio. Unida de Hospitalización a Domicilio. Complejo Hospitalaria Donostia. Disponible en
<https://foietes.files.wordpress.com/2010/10/manual-de.pdf>

TEMA 81. ROTURA TENDÓN BÍCEPS DISTAL.

ARACELI QUINTERO LÓPEZ.

JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO.

CLARA QUINTERO LÓPEZ.

INTRODUCCIÓN

- Función del bíceps braquial:
 - Supinación del antebrazo con el codo en flexión.
 - Flexión del codo.
- Se inserta en la tuberosidad bicipital del radio.
- Lesión poco frecuente.
- Con mayor frecuencia lo encontramos en hombres de 40-50 años en brazo dominante.

ANAMNESIS

- Preguntar siempre por Factores de Riesgo:
 - Esteroides.
 - Tabaco.
 - Hiperparatiroidismo.
 - Acidosis crónica.
 - LES.
- Sin factores de riesgo, suele atribuirse a rotura degenerativa por déficit de vascularización.

MECANISMO DE PRODUCCIÓN

- El mecanismo de producción suele ser una agresión traumática única con una fuerza MAYOR de 40 kg haciendo contra resistencia con el codo en flexión de 90°.

CLÍNICA

- Dolor súbito y agudo.
- La presencia de hematoma no es constante.
- No impotencia funcional. Flexión del codo:
 - Completa: hachazo.
 - Parcial: crepitación.
- Hay que tener presente que en personas con poca musculatura u obesidad, pueden pasar inadvertidas.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Debemos palpar la superficie anterior de ambos brazos con pronosupinación.
- Hook test o test del gancho: “+”.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Clínica.
- Ecografía.
- RMN: necesaria en lesiones crónicas (más de tres semanas).

TRATAMIENTO

- Parciales.
- Completas:
 - Roturas agudas:
 - Única vía de abordaje.
 - Doble vía de abordaje.
 - Roturas crónicas.

TRATAMIENTO DE LAS ROTURAS PARCIALES

- Ortopédico.
- Curetaje y re-anclaje: Únicamente en casos de dolor continuo e incapacitante.

TRATAMIENTO DE ROTURAS COMPLETAS

- Ortopédico: no opción.
- El tratamiento de elección debe ser la re inserción anatómica en la tuberosidad bicipital.

REINSERCIÓN POR DOBLE VÍA DE ABORDAJE

- Boyd y Anderson (1961). Morrey (1985).
- Riesgos:
 - Calcificaciones heterotópicas.
- Ventajas:
 - Evita riesgo de lesión del n. interóseo posterior.
 - Reanclaje más anatómico.

REINSERCIÓN POR ÚNICA VÍA

- Riesgos:
 - Lesión n. interóseo posterior.
 - Anclaje menos anatómico.
- Ventajas:
 - Menor riesgo de calcificaciones heterotópicas.
 - Mejor estética.

TRATAMIENTO DE ROTURAS CRÓNICAS

- 4-6 semanas.
- Dificultad: proceso degenerativo distal con retracción tendinosa, lo que dificulta la reinserción anatómica.
- Opciones:
 - Movilizar y elongar el bíceps.
 - Sutura al braquial anterior.
 - Reconstrucción con injertos libres.

BIBLIOGRAFÍA

- Khan W, Agarwal M, Funk L. Repair of distal biceps tendon rupture with the Biotenodesis screw. Arch Orthop Trauma Surg 2004; 124: 206-8.
- Bernstein AD, Berslow MJ, Jazrawi LM. Distal biceps tendon ruptures: a historical perspective and current concepts. Am J Orthop 2001; 30: 193-200.
- Idler CS, Montgomery WH, Lindsey DP, Badua PA, Wynnw GF, Yerby SA. Distal biceps tendon repair: A biomechanical comparison of intact tendon and 2 repair techniques. Am J Sports Med 2006; 34: 968-74.
- McReynolds, I.S.: Avulsion of the insertion of the biceps brachii tendon and its surgical treatment. J. Bone Joint Surg 1963; 45-A: 1780-1.

- Ramsey ML. Distal biceps tendon injuries: diagnosis and management. J Am Acad Orthop Surg 1999; 7:1999-2007.
- Rantanen J, Orawa S. Rupture of the distal biceps tendon. A report of 19 patients treated with anatomical reinsertion, and a meta-analysis of 147 cases found in the literature. Am J Sport Med 1999; 27:128-32.
- Jeffrey K, Matthew B. Reparación de las roturas del tendón distal del bíceps con EndoButton. J Am Acad Orthop Surg (Ed Esp) 2008; 7:399-403.
- Mazzocca AD, Burton KJ, Romeo AA. Biomechanical evaluation of 4 techniques of distal biceps brachii tendon repair. Am J Sports Med 2007; 35:252-8.

TEMA 82.
TRASTORNOS DE LA
PERSONALIDAD EN LA
VIDA MODERNA.

JORDI URBIOLA CASTILLO
ANE FERNANDEZ BEARAN



• ÍNDICE

- ANTECEDENTES
- INTRODUCCIÓN
 - CRITERIO DIAGNÓSTICO
 - EPIDEMIOLOGÍA
- CLASIFICACIÓN
- ABORDAJE
- EL PACIENTE TLP
- DIMENSIONALIDAD
 - PERSPECTIVA BIOLÓGICA
 - PERSPECTIVA PSICODINÁMICA
 - PERSPECTIVA INTERPERSONAL
 - PERSPECTIVA COGNITIVA
- BIBLIOGRAFÍA

- ANTECEDENTES

mODELO DIMENSIONAL DE LIVESLEY

Aspectos clínicamente relevantes de la personalidad.

- ▶ Aplicación de estrategias de descomposición de cada situación.
 - Aspectos heredables.
 - Aspectos ambientales.

Casi et al. en la revista Science: estudio sobre la vulnerabilidad genéticoambiental.

- ▶ Genotipo + FV Estresantes = Depresión.

Gemelos monocigóticos / dicigóticos - Menor variabilidad de rasgos de personalidad.



- ANTECEDENTES

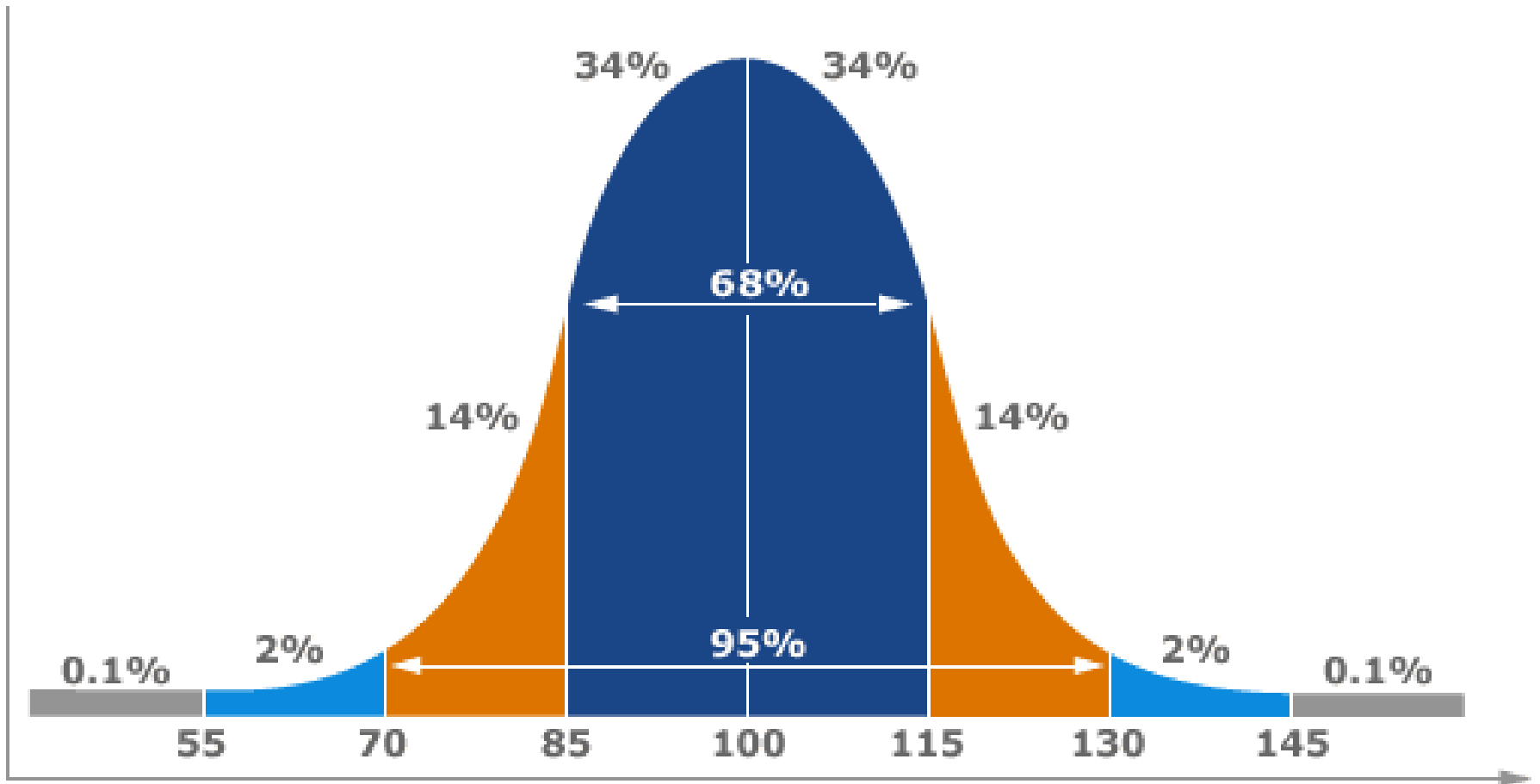
CONCEPTO

- Personalidad.
- Personalidad anormal.
- Trastorno de la personalidad.



- ANTECEDENTES

CONCEPTO



- ANTECEDENTES

CONCEPCIÓN RELACIONAL DE LOS TP

Visión unipersonal - Paciente portador TP.

Visión relacional - TRI.

Patrones relacionales en consulta = Patrones relacionales de uso en la vida diaria.

- introducción

criterios generales para el diagnóstico

- Trastornos de personalidad DSM.
 - ▶ Patrones fijos.
 - ▶ Inflexibles.
 - ▶ Organizan la vida del sujeto en torno a ellos.
 - A. Patrón permanente de experiencia interna que se aparta de las expectativas de cultura del sujeto.
 - Cognición.
 - Afectividad.
 - Actividad interpersonal.
 - B. Inflexible y en diversas situaciones.
 - C. Persistente, provoca malestar o deterioro.
 - D.

- introducción

epidemiología

Cuestiones metodológicas de evaluación estandarizada -
Cifras dispares.

Cifras elevadas - Problema de gravedad evidente.

Prevalencia de entre **4.4%** y **22.3%**.

- clasificación

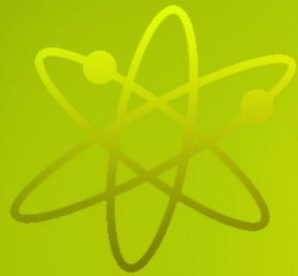
cluster a



cluster b



cluster c



SHELDON



- ABORDAJE

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

- ▶ 1. Tratamiento psicoterápico (Roel, Livesley, Mirapeix, Chiesa).
- ▶ 2. Tratamiento farmacológico.

- tRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

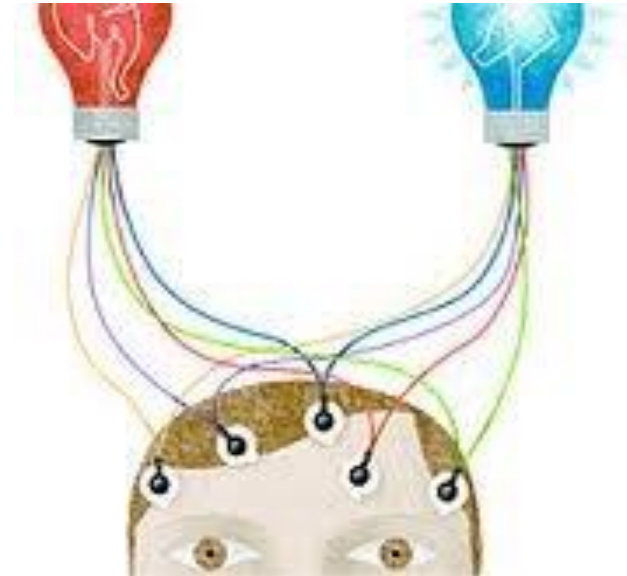
PERSONALIDAD LÍMITE

- el paciente tlp

PERSONALIDAD LÍMITE

Millon: Personalidad límite = Telenovela.

- ▶ Inestabilidad emocional.
- ▶ Necesidad intensa de relaciones interpersonales.
- ▶ Estima dicotómica.



- El paciente tlp

PERSONALIDAD LÍMITE

- Soledad - Esfuerzo frenético para evitar ser abandonados.
- Ansiedad, depresión y sentimientos de culpabilidad e inferioridad / Comportamientos autodestructivos.
- Según diversos autores;
 - ▶ Procesamiento emocional / Procesamiento lógico.
- Esperan reciprocidad - Dolor y resentimiento.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA BIOLÓGICA

Determinadas características básicas del límite, se han asociado a un sustrato biológico;

- ▶ Impulsividad.
- ▶ Irritabilidad.
- ▶ Hipersensibilidad a la estimulación.
- ▶ Labilidad emocional.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA BIOLÓGICA

- Características extremas en fases tempranas - Resultados extremos.
 - *Ej; predisposición a una reactivada emocional elevada, facilita el establecimiento de relaciones emocionales intensas.*
- Entorno enfermo - Imposibilidad de integrar pautas de comportamiento que moderen o inhiban su expresión.
- Explicación bioquímica; - Serotonina y + Noradrenalina = Activación sin inhibición comportamental.
- Alteraciones serotoninérgicas = Elevado riesgo de autolesión.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA PSICODINÁMICA

Primeros analistas 3 tipos de funcionamiento:

- ▶ Normal.
- ▶ Neurótico.
- ▶ Psicótico.

Todo individuo no psicótico se beneficiaría del psicoanálisis.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA PSICODINÁMICA

Stern acuñó el término “límite de la neurosis”.

- ▶ Neurótico - Refractario al psicoanálisis.

Knight - Deficiente funcionamiento del “Yo”.

- ▶ Ante estrés, traumas y relaciones patológicas, deterioro en;
 - » -Integración.
 - » -Formación de conceptos.
 - » -Razonamiento, planificación realista...
 - » -Defensa de la irrupción en el pensamiento consciente del “ello”.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA PSICODINÁMICA

- ▶ *Kernberg;*

Normales (sanos) - Buena integración de si mismo y los demás
“Identidad del yo”.

- ▶ Autoconocimiento.
- ▶ Gustos y aversiones...
- ▶ Dirección en la vida.

Una buena integración *“El ancla permite que el barco resista la tormenta”*.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA PSICODINÁMICA

- TLP - Habitualmente elevado funcionamiento y capacidad de juicio de la realidad.
- Mecanismos primitivos de disociación.
- Clara separación imágenes buenas/malas (de ahí la atribución dicotómica).
- Según Kernberg: Estancamiento en fase de separación - individuación (Previa a la de constancia de los objetos).
- De ahí en la vida adulta:
 - ▶ Ansiedad por separación.
 - ▶ Dependencia.
 - ▶ Necesidad afectiva.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA INTERPERSONAL

Iracundos, inestables, impulsivos y caóticos - Buen funcionamiento en un marco estructurado.

Personas próximas - Entornos estables y de aceptación.

Potencial de inestabilidad interpersonal - Interpretaciones erróneas y estereotipadas.

Aíslan al sujeto, le ayudan y complementan el juicio de realidad.

Concepto gradual de TLP;

- ▶ Individuos con peor integración del “yo” - Pocas personas capaces de establecer “ambiente de apoyo” fuera del despacho.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA INTERPERSONAL

- Anhelos por conseguir una figura que:
 - ▶ Confirme su existencia.
 - ▶ Proteja.
 - ▶ De seguridad.
- Idealización de la persona - Sensación de bienestar por la reciprocidad.
- Como consecuencia de la necesidad de sentir vinculación intensa - Temor al abandono.
- Para compensar el miedo al abandono, la persona idealizada ha de;
 - ▶ Estar físicamente disponible SIEMPRE.
 - ▶ Dar cariño.
 - ▶ Proteger.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA INTERPERSONAL

Interpretación aberrante. Ej; “Este mediodía necesito el coche” - Interpretación “Y tu no vendrás conmigo”.

Acontecimientos irrelevantes - Catástrofes interpersonales.

Interpretación del TLP; “Pronto acabaré sólo, abandonado, sin nadie que me cuide”.

La sensación de distanciamiento - Reacción de emergencia.

RESULTADO: Esfuerzo frenético para evitar la separación que provoca lo contrario.

- DIMENSIONALIDAD

PERSPECTIVA COGNITIVA

- Estilo cognitivo determinado por la estructura disociada de sus interpretaciones objetales.
- Buen funcionamiento con objeto constante / Funcionamiento regresivo en ausencia tranquilizadora de los demás.
- Cuando las relaciones se ven amenazadas;
 - ▶ Paso de proceso secundario de pensamiento (basado en el principio de realidad) a proceso primario de pensamiento (deseos, fantasías e IMPULSOS).
- Pensamiento dicotómico - Principal distorsión cognitiva del TLP.
- Cognición & Emoción estrechamente ligadas - Oscilación entre polos opuestos (con igual intensidad).

BIBLIOGRAFÍA

1. [Blashfield RK, Intoccia V. Growth of the literature on the topic of personality disorders. Am J Psychiatry 2000; 157:472.](#)
2. [Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. Am J Psychiatry 2001; 158:295.](#)
3. [Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry 2007; 62:553.](#)
4. [Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2008; 69:533.](#)

**TEMA 83. FÁRMACOS
ANTIPSIKÓTICOS
EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

**TERESA LÓPEZ ARTEAGA
PEDRO PADILLA ROMERO
CARLOTA MARTÍN ROMERO**

ÍNDICE

- ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS
 - MECANISMO DE ACCIÓN
 - TIPOS
 - PERFIL FARMACOLÓGICO
 - EFECTOS ADVERSOS
 - INDICACIONES
 - PRECAUCIONES
- ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

ÍNDICE

- ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS
 - HIPÓTESIS DOPAMINÉRGICA
 - CRITERIOS DE ATIPICIDAD
 - FUNCIONAMIENTO
 - TIPOS
 - SIN EXTRAPIRAMIDALISMO
 - FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

ANTIPSIKÓTICOS TÍPICOS

- También llamados de 1ª generación, clásicos, convencionales, tradicionales, neurolépticos, tranquilizantes mayores.
- Inicio como nuevos antihistamínicos para potenciar la anestesia (Clorpromacina 1952).
- Haloperidol 1958
- Neuroplépticos: “retraso psicomotor, quietud emocional, indiferencia afectiva”

ANTIPSIKÓTICOS TÍPICOS: MECANISMO DE ACCIÓN

- Bloqueo dopaminérgico postsináptico D2 en la vía mesolímbica (óptimo cuando hay una ocupación receptorial del 60-80%).
- VÍAS DOPAMINÉRGICAS:
 - MESOLÍMBICA: hiperactividad de vía= sst positivos alucinaciones y delirios (tb: placer, gratificación, conducta de refuerzo, sitio de acción de drogas de abuso)..

ANTIPSIKÓTICOS TÍPICOS: MECANISMO DE ACCIÓN

- CORTICOLÍMBICA: sst negativos producidos por los fármacos (parkinsonismo cognitivo) anergia, apatía, falta de espontaneidad.
 - Deficiencia DA primaria de la propia enfermedad
 - Deficiencia secundaria por F.
 - Deficiencia relativa por serotonina hiperactiva → inhibición de la liberación de DA
- NIGROESTRIATAL: sintomatología motora (extrapiramidal).
- TUBEROINFUNDIBULAR O HIPOTÁLAMO-HIPOFISARIA: hiperprolactinemia → amenorrea

ANTIPSIKÓTICOS TÍPICOS: CLASIFICACIÓN

FENOTIACINAS

- (ALIFÁTICAS)LARGACTIL clopromacina (no efectos extrapiramidales)
 - (Piperazinas)
 - SINOGAN® levomepromacina
 - DECENTAN® perfenacina
 - ESKAZINE® trifluoperazina
 - MODECATE® flufenazina

ANTIPSIKÓTICOS TÍPICOS: CLASIFICACIÓN

- DIBENZOXACEPINA: DESCONEX® loxapina
- DIBENZOTIAZEPINA: ETUMINA® clotiapina
- BUTIROFENONAS: HALOPERIDOL
- DIFENILBUTILPIPERIDINAS: ORAP® pimocide
- BENZAMIDAS:
 - DOGMATIL® sulpiride
 - TIAPRIZAL® tiapride
- TIOXANTENOS: CLOPIXOL® zuclopentixol

ANTIPSIKÓTICOS TÍPICOS: PERFIL FARMACOLÓGICO

Los antipsicóticos menos potentes (menos incisivos= menos efecto extrapiramidal) son más sedantes, más antiACh, más bloqueantes alfa1, más bloqueantes histaminérgicos y carecen de SEP

Bloqueo D2

Bloqueo M1: xerostomía, midriasis, estreñimiento, retención urinaria, taquicardia sinusal, confusión, alteraciones cognitivas, íleo paralítico, glaucoma ángulo cerrado

Bloqueo alfa1: hipoTA ortostática, prolongación QT, taquicardia refleja, mareo, incontinencia, sedación. (alfa2: eyaculación retrógrada y priapismo)

Bloqueo H1: somnolencia, sedación y aumento de peso.

ANTIPSIKÓTICOS TÍPICOS: EFECTOS ADVERSOS

- Disonía aguda: contracción muscular aguda y sostenida tras horas-días de tratamiento antipsicótico. Tratamiento antiACh.
- Parkinsonismo: responde a descenso de dosis, cambio de antipsicótico.
- Discinesia tardía: 3-6 meses de tratamiento. Aumenta con la edad, tr.afectivos y sexo femenino. Producido por hipersensibilidad del receptor dopaminérgico crónicamente bloqueado.
- Acatisia: tratar con benzodicepinas y/o propanolol

ANTIPSIKÓTICOS TÍPICOS: EFECTOS ADVERSOS

- Mecanismo farmacológico de SEP: deficiencia relativa de DOPA y exceso de Ach. DOPA y Ach tienen acción recíproca en vía dopaminérgica nigroestriada (conexiones postsinápticas). DOPA suprime Ach → si se bloquea DOPA no hay inhibición Ach → Ach aumenta. (por eso tb el uso de antiAc)
- Sd. Neuroléptico maligno: rigidez muscular, fiebre, inestabilidad autonómica y alteración del nivel de conciencia, elevación de CPK, leucocitosis, elevación enzimas hepáticas, mioglobinemia, mioglobinuria. Muerte: IR por rabdomiolisis, neumonía por aspiración y arritmias. Tto: interrupción antipsicótico, bromocriptina como agonista DOPA y dantroleno.

ANTIPSIKÓTICOS TÍPICOS: INDICACIONES

- Esquizofrenia y tr. esquizofreniforme
- Tr. esquizoafectivo
- Tr. depresivo con síntomas psicóticos y tr. maniaco
- Tr. delirante
- Psicosis inducidas por el consumo de sustancias
- Agitación-agresividad-demencia
- Sd. Confusional
- Tr. de la personalidad
- TOC, usados como potenciador
- Huntington (los de alta potencia mejoran la corea)
- Náuseas, vómitos, hipo: baja potencia (por bloqueo H1).

ANTIPSIKÓTICOS TÍPICOS: PRECAUCIONES

- Delirium AntiACh: delirium, inquietud, fiebre, piel seca, dilatación pupilar, retención urinaria, íleo paralítico.
- Disminución umbral convulsivo: si riesgo utilizar los incisivos
- Hiperprolactinemia
- Regulación térmica
- Leucopenias transitorias, neutropenias graves y agranulocitosis.
- Ictericia colestásica

ANTIPSIKÓTICOS TÍPICOS: PRECAUCIONES

- Opacidad de cristalino
- Fotosensibilidad, eritemas maculopapulosos, coloración azulada.
- Pasan placenta y leche materna: haloperidol.
- Hipotensión ortostática y taquicardia refleja (poco incisivos):
 - Prolongación QRS o QTc
 - Pimocide propiedades antagonistas Calcio

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS

- PROBLEMAS ASOCIADOS:
 - Tasas de respuesta del 60-70%
 - Efectos adversos relacionados con los trastornos del movimiento
 - Lentitud del razonamiento cognitivo “parkinsonismo cognitivo”.
 - Síntomas negativos asociados.

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS: HIPÓTESIS DOPAMINÉRGICA

- Incremento de actividad dopaminérgica en el área mesolímbica es responsable de los síntomas positivos.
- Hipoactividad dopaminérgica en circuitos mesocorticales (en especial las proyecciones a lóbulos frontales) explicarían los sst negativos. Esta hipoactividad dopaminérgica del lóbulo frontal puede desinhibir la actividad dopa mesolímbica por feed-back.
- Además, la serotonina modula DOPA. De los núcleos del rafe a estriado (inhibe secreción de DOPA) y lob.frontal (modula neuronas piramidales y puede modificar la secreción de glutamato).

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS: CRITERIOS DE ATIPICIDAD

- Perfil amplio: eficacia al menos similar al de los típicos con menor incidencia de síntomas extrapiramidales
- Perfil restrictivo: efectividad para pacientes resistentes y eficacia sobre síntomas negativos.

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS: FUNCIONAMIENTO

- **D2 AGONISMO PARCIAL** : mejoría síntomas positivos, negativos, cognitivos, y posible efecto activador conductual.
- **5HT2A**: mejoría síntomas negativos, pocos efectos extrapiramidales, aumento de peso.
- **5HT2C**: liberación de prolactina, aumento de peso, pocos efectos extrapiramidales
- **5HT1A**: mejoría síntomas positivo y cognitivos, contrarresta aumento de peso, ¿pro convulsivo?
- **X2**: mejoría cognitiva, pocos efectos extrapiramidales, elevación del humor
- **H1**: sedación

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS: TIPOS

- CLOZAPINA (LEPONEX®), NEMEA®) 300-600MG
- Dibenzapina
- Ocupación del 20-67% de D2: menos efectos secundarios. Coeficiente 5HT_{2A}/D2 del doble.
- Alta afinidad por D4 (más abundante en corteza que en estriado), X1 y M1.
- Agranulocitosis (NO CARBAMACEPINA ASOCIADA), crisis convulsivas.
- Esquizofrenia refractaria, psicosis en Enf. de Parkinson o pacientes susceptibles de extrapiramidalismo.

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS: TIPOS

- RISPERIDONA (RISPERDAL®)
- Bezisoxazol
- [plasma]en 1h; unión fuerte a prot. Plasma, metabolismo hepático. Vida media de 20h.
- Coeficiente favorable de 5HT sobre D2, bloqueo X1, H1
- Unión al receptor NO laxa: efectos secundarios derivados de hiperprolactinemia y cierto parkinsonismo.
- Demencia y agitación en el anciano (aumento de riesgo de ACV en ancianos con ASD)
- SEP, hiperprolactinemia, hipoTA ortostática, aumento de peso.

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS: TIPOS

- PALIPERIDONA (INVEGA®)
- Benzisoxazoles.
- 5HT_{2A}, D₂, X₁, X₂
- Mecanismo de liberación osmótica → menos fluctuación de dosis → menos SEP.
- Mínimo metabolismo hepático: pocas interacciones
- Formas de administración mensual (XEPLION®) y trimestral (TREVICTA®).

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS: TIPOS

- OLANZAPINA (ZYPREXA®)
- Vida media de 30h, unión a prot. Plasma, metabolismo hepático
- D2, D3, D4, D5, 5HT2, M1, H1, X1
- Aumento de peso, hiperglucemia, hiperlipemia, elevación transitoria de enzimas hepáticas al inicio del tto.
- No hiperprolactinemia, no leucopenia, no efecto cardiovascular

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS: TIPOS

- No extrapiramidalismo:
 - Unión laxa al receptor
 - Actuación preferencial sobre el tracto dopaminérgico A10 (área tegmental ventral hasta área mesolímbica) en lugar de A9 (proyecciones nigroestriadas).
 - Coeficiente de bloqueo 5HT₂/D₂
- Tr. esquizotípico, Tr. bipolar. Mantenimiento, fase maniaca, fase depresiva, estados de ansiedad.

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS: TIPOS

- QUETIAPINA (SEROQUEL®)
- [plasma] 1-2h, semivida 7 horas, unión prot., metabolismo hepático.
- 5HT_{2A}, D₂, X₁(hacer escalada de dosis por el la hipoTA ortostática)
- hipoTA, elevación transitoria enzimas hepáticas en 3 sem, leucopenia transitoria, alteraciones tiroideas sin significación clínica, opacidad del cristalino CATARATAS, insomnio, cefalea, aumento de peso, DM.
- Ptes EP

ANTIPSIKÓTICOS ÁTÍPICOS: TIPOS

- ZIPRASIDONA (ZELDOX®)
- Mejora biodisponibilidad en presencia de alimentos, semivida 6 h, unión prot, metab. Hepático.
- 5HT_{2A}, D₂, 5HT_{1A} → en corteza mejoría sst cognitivos y negativos
- CARDIOVASCULARES: prolongación QT, suspender si QT > 500mseg.

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS: TIPOS

- ARIPIPRAZOL (ABILIFY®)
- Dihidroquinolonas
- Agonista parcial de receptores dopa postsinápticos D2 y D3
- Agonista parcial serotonina 5HT1A
- Antagonista 5HT2A
- D4, X1, H1
- [plasma] 4-5h, semivida 90h, unión prot, metab. Hepático
- Menos efectos adversos, insomnio, ansiedad, cefalea

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS: TIPOS

- AMISULPIRIDE (SOLIAN®) 100-800mg
- Benzamidas
- D2, D3 (no tiene acción sobre serotonina)
- <400mg → post bloquea DOPA: sst+
- <300mg → pre activa DOPA: sst-

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS: TIPOS

- ASENAPINA (SYCREST®)
- Oxapinas
- Antagonista serotoninérgico 2A, 2B, 2C, 6 y 7.
- Antagonista alfa adrenérgico 1A, 2A, 2B y 2C.
- Antagonista dopaminérgico D2, D3 y D4.
- Ausencia de actividad muscarínica significativa.
- Pico plasmático después de 0.5 a 1.5 horas y una vida media de eliminación de 24 horas.
- No precisa de ajuste de dosis en insuficiencia renal, ni en insuficiencia hepática leve o moderada, sí en grave.

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS: SIN EFECTOS EXTRAPIRAMIDALES

- 5HT “frena” liberación DOPA porque 5HT se proyecta desde negroestriado y bloquea el receptor postsináptico en la neurona dopaminérgica.
- Ocupación recept. Por 5HT → bloqueo D2 → DESINHIBICIÓN → dopa libre que compite con el ASD → no extrapiramidalismo
- Otra posibilidad que evita los efectos parkinsonianos: rápida disociación de unión con el receptor, se separan con rapidez en presencia de dopa.

ANTIPSIKÓTICOS ATÍPICOS: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

- De más a menos frecuencia de generar factores de riesgo cardiovascular:

CLOZAPINA>OLANZAPINA>

RISPERIDONA>QUETIAPINA>

ZIPRASIDONA>ARIPIPRAZOL.

- Debido a su acción sobre bloqueo H1 y 5HT2C

BIBLIOGRAFÍA

- Stahl SM. Psicofarmacología esencial de Sthal. 4^a ed. España. UNED; 2014.
- Stahl SM. Psicofarmacología esencial de antipsicóticos. 2^a ed. España. Editorial Ariel; 2003.
- Stahl SM. Guía del prescriptor en Psicofarmacología. 5^a ed. España. Aula Médica; 2015
- Salazar M, Peralta C, Pastor J. Tratado de Psicofarmacología. 2^a ed. España. Panamericana; 2010.