

Libro II Curso Cirugía Menor
Universidad de Murcia
Noviembre 2015

ISBN: 978-84-608-7596-3

Indice

1. Actuación de enfermería en urgencias neurológicas: ictus
2. Pioderma gangrenoso a propósito de un caso clínico
3. Manejo del paciente séptico: Antibioterapia precoz
4. Clorhexidina vs povidona yodada
5. Taponamiento nasal
6. Cuidados de enfermería en colostomías
7. Cuidados de enfermería en el postoperatorio de una artroplastia total de rodilla
8. Tratamiento de la osteonecrosis de la cabeza del fémur con células madre

9. Cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro hospitalizado. Un proyecto de futuro
10. Relación entre el estrés y la hipertensión y la relajación como técnica de control
11. Valoración neurológica en enfermería: determinación del nivel de conciencia y exploración de pupilas.
12. Cateterización arterial
13. Arteriopatía periférica
14. Elaboración de un plan de cuidados. Paciente con anorexia nerviosa
15. Reservorio subcutáneo
16. La bioética en los cuidados centrados en el desarrollo neonatal

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA
EN URGENCIAS
NEUROLÓGICAS: ICTUS

LAURA LÓPEZ FERNÁNDEZ
RAQUEL GAITANO ESCRIBANO

1. INTRODUCCIÓN
2. DEFINICIÓN ICTUS
3. MANEJO DEL ICTUS EN FASE AGUDA
4. CÓDIGO ICTUS
 - 4.1 ESLABONES DEL CÓDIGO ICTUS
 - 4.2 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN EN EL CÓDIGO ICTUS
5. FACTORES DE RIESGO
6. ESCALAS DE VALORACIÓN DEL PACIENTE CON ICTUS
7. TRATAMIENTO DEL ICTUS EN FASE AGUDA
8. CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL CÓDIGO ICTUS
9. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares son aquellas alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno vascular. Su manifestación aguda se conoce con el término ICTUS, por su aparición súbita y violenta.

2. DEFINICIÓN ICTUS.

Trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo.

Los ictus isquémicos representan entre el 80-85% de todos los ictus mientras que el 15-20% restante corresponde a ictus hemorrágicos.

3. MANEJO DEL ICTUS EN LA FASE AGUDA.

El tratamiento del Ictus comienza en el momento en el que se detecta emergencia neurológica, aunque los síntomas sean ligeros o transitorios. Su pronóstico dependerá de las medidas adoptadas de manera precoz.

El tiempo es crítico, por ello, actuar de manera eficaz es prioritario en las primeras horas para salvar el tejido cerebral.

Para ello se implantó el “**Código Ictus**”.

4. CODIGO ICTUS.

Protocolo de atención urgente al Ictus estructurado en varias fases, con actuaciones diferentes y enfoque multidisciplinar.

El objetivo principal es evaluar y decidir el tratamiento dentro de los primeros 60 minutos tras la llegada del paciente a los servicios de urgencias del hospital.

Otros objetivos del código ictus son:

- Disminuir el tiempo entre el inicio del ictus y el acceso a un diagnóstico y tratamiento rápido.

- Incrementar el número de pacientes que acceden a cuidados intermedios en una Unidad de Ictus

- Incrementar el número de pacientes con infarto cerebral tratados con fibrinólisis.

- Reducir la mortalidad y las secuelas que pueda dejar el Ictus.

Por ello ante un paciente con un síndrome clínico de Ictus se debe realizar una valoración general y neurológica lo más rápidamente posible. Las primeras medidas deben ir dirigidas a mantener la estabilidad hemodinámica.

4.1 ESLABONES DEL CODIGO ICTUS

1. Reconocimiento del propio enfermero de los síntomas del Ictus.
2. Los profesionales sanitarios que trabajan en urgencias de AP, hospitales, servicios de urgencias extrahospitalarias, a este personal le corresponde asistir de inicio al paciente: identificar el posible ictus, aplicar las medidas de estabilización básicas, notificar al centro de coordinación de urgencias para avisar a neurólogo de guardia para tener coordinada la emergencia a la llegada del paciente al hospital de referencia.
3. Protocolo de atención urgente en el servicio de urgencias hospitalarias.

4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN EN EL CÓDIGO ICTUS.

Criterios de inclusión:

- Paciente > 18 años independientemente de las actividades básicas de la vida diaria.
- Síntomas focales, definidos por la escala de Cincinnati.
- Tener familiar localizado o paciente capaz de entender y firmar el consentimiento informado.
- Inicio de los síntomas < 3 horas.

Criterios de exclusión.

- Paciente en coma
- Crisis epilépticas con convulsiones al inicio del ictus
- Tratamiento actual con anticoagulantes orales
- Cirugía reciente (2 semanas previas)
- Paciente > 80 años.

5. FACTORES DE RIESGO

Son aquellas circunstancias o aspectos que aumentan la probabilidad de que ocurra un daño y se pueden clasificar en:

Factores de riesgo modificables y/o controlables:

- Tabaco
- Consumo de alcohol.
- Exceso de peso.
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Sedentarismo
- Hipercolesterolemia
- Enfermedad cardíaca

Estos factores de riesgo indudablemente pueden ser reducidos con educación a la sociedad, cambios de estilos de vida y con tratamiento.

Factores de riesgo no modificables:

-Edad

-Género

-Historia familiar

La detección y el manejo de los factores de riesgo para Ictus, son la mejor manera de disminuir el verdadero riesgo, para lo cual los integrantes del equipo de salud deben mantener una actitud de promoción y prevención.

5. ESCALAS DE VALORACION DEL PACIENTE CON ICTUS.

Se utilizan las escalas de valoración neurológica internacionales validadas.

La más usada es la NIH (NIHSS) que permite cuantificar el grado de déficit neurológico así como facilita la comunicación entre profesionales, permite un diagnóstico precoz y ayuda a la indicación del tratamiento. Esta escala a nivel de extrahospitalaria es demasiado extensa por lo que se utilizan más escalas como: Cincinnati, la LAPSS, la Escala de Coma de Glasgow y la escala FOUR.

- Escala de Coma de Glasgow.

Esta escala valora el estado neurológico del paciente desde el punto de vista de sus respuestas motoras sensoriales y verbales. **(Tabla1).**

- Escala Cincinnati.

Valora la presencia o ausencia de alteraciones faciales, movilidad de extremidades o el habla. Es la más utilizada en emergencias extrahospitalarias. **(Figura 1-2).**

Apertura de ojos	Espontánea	4
	Estimulo verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Ausente	1
Respuesta Motora	A un orden	6
	Al dolor orientada	5
	Retirada	4
	Flexión anormal	3
	Extensión	2
	Ausente	1
Respuesta verbal	Confusa	4
	Incoherente	3
	Incomprensible	2
	Ausente	1
Total puntuación		

Tabla 1. Escala Coma de Glasgow

Asimetría facial

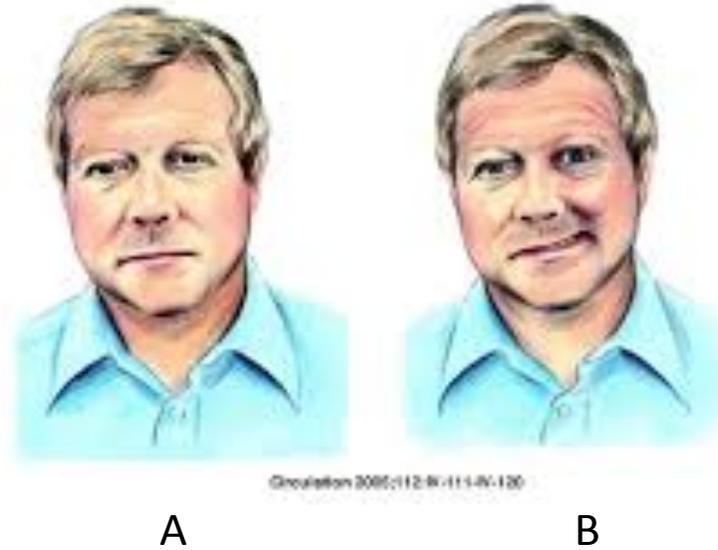


Figura1. Asimetría de la cara en un paciente con Ictus o ACV. A, normal, B, asimetría de la cara evidente en el lado derecho cuando el paciente intenta sonreír. **Escala Cincinnati.**

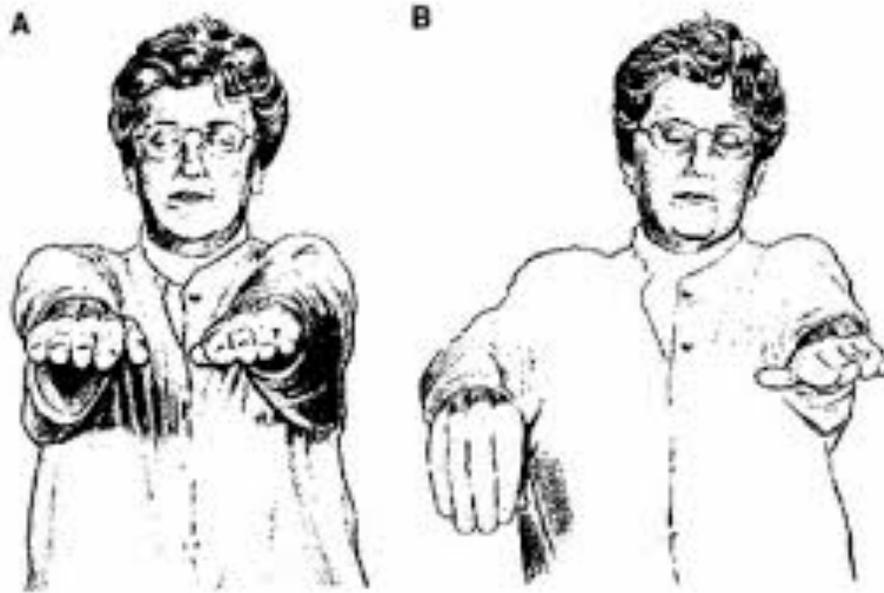


Figura 2. Descenso del brazo. Cuando se le pide al paciente que cierre los ojos y levante los dos brazos con las palmas hacia abajo o arriba, se aprecia que la debilidad en un lado del cuerpo se vuelve más evidente. **Escala Cincinnati.**

A la hora de evaluar el lenguaje, comprobaremos que el paciente utiliza palabras correctas sin farfullar. O por el contrario, al hablar arrastra palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar.

6. TRATAMIENTO DEL ICTUS EN FASE AGUDA

Los objetivos principales del tratamiento del Ictus en la fase aguda son:

- Preservar la integridad de las neuronas que aún no presentan daño irreversible
- Prevenir y resolver las posibles complicaciones

La mayoría de los Ictus isquémicos obedecen a la oclusión de una arteria extra o intracraneal. Cuanto mayor es la duración de la oclusión arterial, mayor es la extensión del daño tisular cerebral, así como el riesgo de hemorragia por reperfusión.

En septiembre de 2002 la Agencia Europea del Medicamento aprobó la fibrinolisis intravenosa con rt-PA como tratamiento de eleccion en la fase aguda del Ictus isquemico dentro de las 3 primeras horas del inicio de los sintomas.

De ahí la importancia de que el paciente llegue a un centro hospitalario en la mayor brevedad posible.

La anticoagulacion de forma generalizada no esta indicada en la fase aguda del Ictus y esta contraindicada en pacientes con ictus moderados-graves, ya que su empleo se asocia con un incremento del riesgo de complicaciones hemorrágicas intracraneales graves.

8. CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL CODIGO ICTUS.

-Valoración neurológica: mediante el uso de escalas.

-Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

Mantener la cabecera del paciente semiincorporada 30°, siempre que no haya disminución del nivel de conciencia para así evitar broncoaspiraciones.

Si saturación de O₂ < 92% administra O₂ en gafas nasales (2-4 l/min) o mascarilla ventimask (35-50% de FiO₂).

Si hay disminución de conciencia, aspirar secreciones y colocar cánula de Guedel si inconciencia.

Control de la situación hemodinámica del paciente:

- Control de la presión arterial: la hipertensión arterial es una respuesta fisiológica para mantener una buena perfusión en las zonas perilesionales y nunca se reducirá farmacológicamente de manera brusca.
- Actuaremos si las cifras de TA sistólica son > 185 mmHg y TA diastólica > 110 mmHg. Se evitara bajar la TA más de un 20% en la primeras 24h.
- La hipotensión arterial es rara en el Ictus isquémico agudo. Puede aumentar el tamaño de la lesión por ello habrá que tratarla.
- Control de la glucemia: las hiperglucemias no son beneficiosas y las hipoglucemias pueden dar clínica similar al ictus, si aparece debe tratarse de manera inmediata.
- Control de la Temperatura: mantener temperatura por debajo de $37,5^{\circ}$ ya que la fiebre empeora el pronóstico
- No administrar AAS en ningún caso.

Monitorización cardíaca:

Buscar la presencia de bradicardia sinusal o ritmos lentos que nos hagan sospechar de un aumento de la PIC

(Presión intracraneal).

Canalización de vía venosa periférica en el brazo no parético:

Solo se usará SF (suero fisiológico), solo se usará Suero Glucosado en caso de hipoglucemia.

9. BIBLIOGRAFIA

- <http://www.ictussen.org/files3/ProtocoloComVal.pdf>
- Ministerio de sanidad y política social. Estrategia en Ictus del sistema nacional de salud. 2009.
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategialctusSNS.pdf>
- Sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. “Proceso Ictus y Código Ictus”. Actuación en el servicio de Urgencias. Revista nº 48, febrero. www.enfermeriadeurgencia.com
- A. Caravaca Caballero. “Asistencia integral al Ictus agudo, una cuestión de consenso”. Puesta al día en Urgencias, Emergencias y Catástrofes. Vol. 7, núm. 3, 2007, pp. 89-96.

- Plan de cuidados estandarizado del paciente con ACV (Accidente Cerebro Vascular).
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjfiles/pdf/1342104540.pdf>
- Programa de atención al Ictus en la Región de Murcia. 2009-2011.
<https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/155902-155902-ictus.pdf>

PIODERMA
GANGRENOSO A
PROPÓSITO DE UN
CASO CLÍNICO

Mario Aroca Lucas
Maria Josefa Verdejo Abellán
Carmen Calleja Lafuente

INDICE

- Introducción.
- Pioderma gangrenoso.
- Caso clínico (Información personal, antecedentes personales, intervenciones quirúrgicas, tratamiento habitual, enfermedad actual, descripción de la lesión y estado actual de la lesión).
- Proceso de enfermería (evolución de curas).
- Bibliografía.

INTRODUCCIÓN

- El presente capítulo tiene como fin realizar un repaso breve a una lesión dermatológica como es el pioderma gangrenoso, a propósito de un caso clínico, incidiendo en las curas y evolución de la lesión durante el periodo que se trató a la paciente (Junio 2015 – Agosto 2015).
- La paciente estuvo durante todo el proceso siendo revisada periódicamente por la unidad de cirugía de mama de su hospital de referencia y por dermatología.
- En el último momento, la pauta de curas se acordó entre el equipo de enfermería de la residencia donde vivía, la unidad de mama y el equipo de cuidados paliativos domiciliarios.
- La familia está informada y consiente el uso de la información para ilustrar el ejemplo que se trata en el presente capítulo.

PIODERMA GANGRENOSO

- El pioderma gangrenoso es una patología cutánea de característica inflamatoria, reactiva, no infecciosa y no tumoral, descrita por primera vez en 1930. Puede variar desde una úlcera moderada, crónica y localizada, hasta una enfermedad multisistémica asociada principalmente a patologías autoinmunes.
- Su descripción clásica es la presencia de una o más lesiones ulceradas cutáneas, dolorosas, de aspecto infeccioso, secreción purulenta, de bordes irregulares y con una desmesurada respuesta al trauma local.
- El diagnóstico es básicamente por presunción y descarte de otras hipótesis etiológicas.
- El laboratorio muestra un patrón infeccioso, donde priman la leucocitosis y las formas juveniles, PCR elevada y cultivos de herida o hemocultivos negativos. El estudio anatomopatológico informa generalmente tejido inflamatorio. No existe ningún marcador diagnóstico específico.

CASO CLÍNICO

- Información general:
 - Mujer, 89 años, institucionalizada.
 - Semiautónoma, deambula con ayuda de un andador.
 - Orientada temporal y espacialmente.
 - Sin necesidades especiales.
 - Eliminación y descanso efectivos.
 - Alimentación e hidratación adecuados.
 - Sin deterioro cognitivo aparente.
 - Independiente para ABVD.

CASO CLÍNICO

- Antecedentes personales:
 - HTA, no DM.
 - Alérgica al grupo PARA, ibuprofeno y ácidos arilpropiónicos.
 - Dislipemia.
 - Artrosis.
 - Trastorno distímico.
 - Hernia de hiato con esofagitis crónica.
 - Ferropenia.
 - Pioderma gangrenoso.
 - Carcinoma ductal infiltrante pobremente diferenciado, grado III, según Scarff-Bloom-Richardson.

CASO CLÍNICO

- Intervenciones quirúrgicas:
 - Cistocele.
 - Cataratas bilaterales.
 - Prótesis de ambas caderas.
 - Mastectomía derecha.

CASO CLÍNICO

- Tratamiento habitual:
 - Pantoprazol 20 mg.
 - Calcium Sandoz D 600mg/400UI.
 - Osteomerk sobres diarios.
 - Torasemida 5 mg.
 - Enalapril 10 mg.
 - Pravastatina 10 mg.
 - Sertralina 50 mg.
 - Lorazepam 1-1-0.
 - Noctamid 2 mg 0-0-1.
 - Nobritol 1-1-1.
 - Ácido ibandrónico 150 mg.
 - Fendivia parche c/72 h.

CASO CLÍNICO

- Enfermedad actual:
 - 2008: Controlada por Dermatología por pioderma gangrenoso en miembro superior derecho.
 - 2010: Pioderma gangrenoso en cadera izquierda tratado con corticoides orales.
 - Octubre de 2014: Nueva lesión en mama derecha (pioderma gangrenoso), ingresa en el hospital a estudio, donde se le diagnostica carcinoma ductal en mama derecha.
 - Febrero de 2015: Mastectomía derecha. A partir de la herida quirúrgica de dicha intervención, se forma el pioderma en cuestión.

CASO CLÍNICO

- Descripción de la lesión:
 - Pioderma gangrenoso en región mamaria derecha (8x5x1 aproximadamente), que se extiende desde la línea clavicular media hacia la línea axilar media, dejando el pectoral mayor expuesto. Borde inferior interno infiltrado y con fibrina.
 - Excavos puntos de sangrado en el lecho de la herida, exudado mucoso espeso en regiones localizadas y exudado seroso muy abundante generalizado.
 - Lesión muy exudativa, que huele moderadamente y que duele, precisando Morfina SC en algunas curas.

CASO CLÍNICO

- Estado actual de la lesión:
 - Cuando se comienzan las curas, la paciente toma corticoides 1 mg/kg/día en pauta descendiente (precisa controles de glucemia diarios y Actrapid S/P).
 - Herida recién desbridada por Dermatología.
 - Infiltrado reciente con Tramcinolona local, y curas pautadas con Iruxol y Diprogenta.
 - Tto oral con Amoxicilina-Clavulánico para prevenir infección.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- Inicialmente, la lesión presenta un aspecto estable, tras un periodo de empeoramiento que remitió.
- Se realizan curas c/48 con:
 - Limpieza con abundante SF.
 - Irujol mono en el lecho de la herida.
 - Diprogenta perilesional.
 - Apósitos + vendaje circular para reforzar.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- El porqué de la cura:
 - Para eliminar exudado y detritus del lecho se usan para limpiar gasas estériles impregnadas de SF, ejerciendo la mínima fuerza mecánica.
 - Para realizar un desbridamiento enzimático del lecho de la herida se usa Iruxol mono.
 - Para disminuir la inflamación del tejido perilesional se utiliza Diprogenta (corticoides + gentamicina tópicos), realizando controles periódicos del Eje Ht-Hf-Spr.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- Tras interconsulta de control con la unidad de mama, cambian pauta de curas:
- Se realizan curas c/48 con:
 - Limpieza con abundante SF.
 - Aquacel Ag en el lecho de la herida.
 - Diprogenta perilesional.
 - Packing para absorber el exudado y Tegaderm apósito para sujetar.
 - Vendaje circular para reforzar apósitos.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- El porqué de la cura:
 - Utilizamos Aquacel Ag porque nos ayuda absorbiendo el abundante exudado, tiene acción antimicrobiana, contribuye a mantener el medio húmedo y eliminando el tejido necrótico (desbridamiento autolítico).
 - El packing con gasas estériles es usado ya que observamos en las curas que no es suficiente con el Aquacel Ag para absorber todo el exudado.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- Diagnostican a la paciente de metástasis, y se decide entre todos los especialistas, el equipo de enfermería de la residencia y la familia, comenzar con cuidados paliativos.
- Se aumenta la analgesia y se coloca a la paciente una bomba elastomérica para infundirle Morfina en perfusión continua SC.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- Pauta definitiva de curas:
- Cura c/8h o S/P con:
 - Limpieza con SF.
 - Urgoclean en borde inferior interno.
 - Urgostart en el resto de la herida.
 - Elocom en tejido perilesional.
 - Packing y apósitos.

PROCESO DE ENFERMERÍA

- El porqué de la cura:
 - Usamos Urgoclean para el desbridamiento de la parte de la herida que presenta gran cantidad de fibrina y exudado.
 - En el resto del lecho, utilizamos UrgoStart para reequilibrar las condiciones fisiológicas de la herida y acelerar la cicatrización.
 - Para disminuir la inflamación del tejido perilesional se utiliza Elocom (corticoides tópicos).

BIBLIOGRAFÍA

- López de Maturana L Donald, Amaro B Patricio et al. Pioderma gangrenoso: experiencia clínica en 11 pacientes. Rev. méd. Chile [Internet]. 2001 Sep [citado 2015 Nov 12] ; 129(9): 1044-1050. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000900010&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000900010>.
- Eulufí M Alex, Calderón O Wilfredo et al. Pioderma gangrenosa en cirugía plástica: Comunicación de tres casos. Rev. méd. Chile [Internet]. 2006 Mar [citado 2015 Nov 12]; 134 (3): 339-344. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000300011&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006000300011>.
- www.infomecum.com

MANEJO DEL PACIENTE SÉPTICO: ANTIBIOTERAPIA PRECOZ

Autores:

Óscar Izquierdo Jerez

Sofía Urrea Jiménez

Indice

1. Introducción
2. Definiciones
3. Epidemiología
4. Aproximación al enfermo séptico
5. Sospecha de sepsis: “Tiempo es tejido”
6. Bibliografía

1. Introducción

- La evolución de los pacientes con infecciones graves cambió radicalmente con la introducción de la penicilina, lo que permite en la actualidad contar con un arsenal terapéutico de eficacia demostrada.
- En los últimos años se está produciendo un aumento de la incidencia de la sepsis (1,5% por año) debido a:
 - *Mayor sensibilidad en su diagnóstico, envejecimiento poblacional, aumento de pacientes con inmunosupresión, mayor uso de dispositivos invasivos y mayor número de microorganismos resistentes.
- El coste anual de la sepsis en España se estima en 500 millones de euros.

2. Definiciones

GRAVEDAD

-Shock séptico: hipotensión arterial persistente no explicada por otras causas diferentes a la sepsis, y que no se recupera a pesar de la resucitación con volumen.

-Sepsis grave: sepsis asociado a disfunción orgánica, hipoperfusión - hiperlactacidemia $>2-2.5$ mmol/l o hipotensión atribuible a la sepsis (TAS < 90 mmHg o TAM < 70 mmHg).

-Sepsis: SIRS + infección documentada.

-SIRS: Respuesta clínica a la agresión con >2 de: $T^a > 38^{\circ}\text{C}$ o $< 36^{\circ}\text{C}$, Frec. Card. > 90 lpm, Frec. Resp. > 20 rpm, Leucocitosis > 12000 o leucopenia < 4000 o recuento normal con más del 10% de formas inmaduras.

3. Epidemiología

-Incidencia de sepsis grave: 50-100 nuevos casos/100.000 año y habitantes.

-Mortalidad global: sepsis (25-30%) y shock séptico(35-60%).

-Alrededor del 25-30% son de foco desconocido.

Órgano en fallo	Porcentaje	Mortalidad
Respiratorio	45,8%	40,1%
Cardiovascular	24,4%	32,4%
Renal	22%	38,2%
Hematológico	20,6%	22,8%
SNC	9,3%	24,4%
Hepático	1,3%	54,3%

4. Aproximación al enfermo séptico

-Enfermería debe conocer y observar los signos y síntomas que indican sepsis: fiebre, escalofrío, taquicardia, taquipnea, hipoxemia, irritabilidad, estupor, coma, etc.

-La respuesta del huésped es tan importante como el lugar de infección o el microorganismo causante.

-Pueden existir situaciones que nos sugieran el foco de infección: presencia de sondaje vesical, expectoración purulenta, disnea, presencia de catéter, etc.

Control de constantes	Signos clínicos de perfusión tisular
Tensión arterial Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria Temperatura	Relleno capilar Situación neurológica Diuresis(mayor de 0,5ml/kg/h)

5. Sospecha de sepsis: “Tiempo es tejido”

Secuencia de actuación

-Diagnóstico de presunción del foco infeccioso.

-Extracción de gasometría arterial con solicitud de Lactato:
Indica metabolismo anaerobio e hipoperfusión.

-Obtención de hemocultivos:
Su realización tras el inicio de la antibioterapia puede retrasar o impedir la identificación del agente responsable.

-Antibioterapia precoz de carácter empírico (75,5% de los casos) a administrar en la primera hora.

Secuencia de actuación

Tto. guiado por los patógenos probables del medio, la localización de la infección y las características individuales del paciente.

Eficacia antimicrobiana

Resistencias

Efectos adversos

Coste razonable

La mortalidad es un 10-15% mayor en pacientes que no han recibido tratamiento empírico adecuado (mayor reducción en los episodios más graves).

La prescripción sin obtener muestras de los tejidos infectados no es justificable.



Secuencia de actuación

El retraso en la antibioterapia causa peor evolución, por lo que la prescripción de tratamiento no puede esperar a la confirmación microbiológica y debe basarse en el diagnóstico clínico.

-Estudios complementarios (no deben retrasar el tratamiento):

Hemograma, Estudio de Coagulación, Bioquímica Básica, Gasometría arterial, Sedimento de orina, Punción Lumbar y Procalcitonina.

Muestras microbiológicas según el foco de sospecha.

Secuencia de actuación

-Confirmación del tratamiento:

Evolución favorable: Se identifica la etiología y se mantiene el tto inicial hasta que lleguen los datos de sensibilidad (prescribiendo agentes de espectro más reducido).

Evolución desfavorable: Repetición de la toma de muestras. Si según la etiología y el antibiograma el tto es correcto pero la evolución es desfavorable se revisará la pauta.

-Duración del tratamiento:

Empírica (condicionada por el tipo de infección y la evolución) y suficiente para la desaparición de síntomas. Retirada tras 48-72h de su control.

-En presencia de hipotensión o lactato mayor de 3-4mmol/L:

Iniciar la resucitación hemodinámica con un mínimo de 20 ml/kg de cristaloides (colocación de sonda urinaria con medición horaria de diuresis si no existiera); el daño orgánico es menor y la mortalidad baja de 46,5% a 30,5%.

Emplear vasopresores (noradrenalina, dopamina y dobutamina) para tratar la hipotensión si persiste tras administrar de 2 a 3 litros de cristaloides.

-En presencia de shock séptico:

Medición de la PVC (mayor de 8)y Saturación Venosa Mixta(SvO₂ mayor de 65%) o central de O₂ (ScO₂ mayor de 70%).

6. Bibliografía

- Palomar Martínez, M, Importancia del tratamiento antibiótico en al sepsis grave, Revista Electrónica de Medicina Intensiva. 2004, 4(10).
- Palencia Herrejón E., Tratamiento del enfermo con sepsis grave, Revista Electrónica de Medicina Intensiva. 2005; 5(3).
- Huarte I, Azkarabe I, Goenaga MA, Arruabarrena I, Protocolo de Atención de Pacientes con Sepsis Grave/Shock Séptico en Urgencias, Hospital Universitario de Donostia. 2012.
- Arias J. Generalidades Medico-Quirúrgicas. 1ª Edic, Editorial Tebar. 2001.
- Palencia E, Epidemiología de la sepsis. Curso en Internet de sepsis grave. Capítulo 1, 2ª parte. 2004; 4(7).
- Álvarez Lerma F, Palomar M, Decálogo de la utilización de antibióticos. Med Intensiva. 2000; 117: 1496-1499.
- León Gil C., García-Castrillo Riesgo L., Moya Mir M., Artigas Raventós A., Borges Sa M., Candel González F.J. et al . Documento de Consenso (SEMES-SEMICYUC): Recomendaciones del manejo diagnóstico-terapéutico inicial y multidisciplinario de la sepsis grave en los Servicios de Urgencias hospitalarios. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2007 ; 31(7): 375-387.

CJORHEXIDINA
VS
POVIDONA YODADA

Marta Vera Campos
Natalia Sánchez Rodríguez
María José Moreno Alfaro

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. CONCEPTOS
4. ANTISÉPTICOS
 - 4.1. CLORHEXIDINA
 - 4.2. POVIDONA YODADA
5. CONCLUSIONES
6. COMPARATIVA
7. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

- En todo procedimiento cruento (desde una inyección hipodérmica hasta una intervención de cirugía mayor) se contempla la aplicación de antisépticos.



- Gran importancia evitar la aparición de infecciones en el campo de la prevención y la promoción de la salud.

2.OBJETIVOS

- Estandarizar el uso correcto de antisépticos
- Informar sobre los beneficios de la clorhexidina frente a la povidona yodada

3. CONCEPTOS

- **ANTISEPSIA:** Conjunto de maniobras y prácticas que tienen como finalidad la destrucción o inhibición del desarrollo del microorganismo localizado en la superficie del cuerpo humano (piel y/mucosas)
- **ANTISÉPTICO:** Fármaco que destruye los microorganismos o impide su crecimiento, y se aplica externamente sobre los seres vivos o en cavidades en contacto con el exterior

4. ANTISÉPTICOS

- Tienen como principal objetivo **disminuir la colonización de microorganismos**
- Son sustancias ampliamente utilizadas en la práctica clínica
- Para garantizar su eficacia y seguridad han de **emplearse de forma adecuada** y racional
- Alcohol (no elimina esporas, muy irritante). H₂O₂ (actividad bacteriana débil, escozor + quemazón). Mercromina (toxicidad mercurio)

4.1. CLORHEXIDINA

- Biguanida con **potente actividad antiséptica**
- Antiséptico quirúrgico importante
- Rápidamente bactericida (G+ y G-)
- Impide germinación de esporas
- No virucida
- Toxicidad reducida
- Rara vez provoca reacciones alérgicas

4.1. CLORHEXIDINA

- **Antiséptico de elección:**
 - Frente a una reacción al yodo
 - Embarazo
 - Parto
 - Lactancia
 - Ombligo del recién nacido

4.1. CLORHEXIDINA

- Estabilidad: Necesita ser protegida de la luz. No se desactiva en presencia de materia orgánica
- Mecanismo de acción: Provoca ruptura de la membrana plasmática. El inicio de su acción es rápida: **15-30 segundos. Duración 6 horas**
- Coeficiente fenólico: **250**

4.1. CLORHEXIDINA

- **Aplicaciones**

- Lavado de manos en general y quirúrgico
- Antisepsia prequirúrgica
- Desinfección de heridas y quemaduras
Lubricación de catéteres vesicales.
- Cura del cordón umbilical (hoy cura seca)
- Escasas reacciones alérgicas e irritación de piel y mucosas.

❑ No aplicar sobre SNC, meninges o en oído medio por su neuro y ototoxicidad

4.1. CLORHEXIDINA

- **Presentaciones**

- Solución alcohólica 0,5%
- Solución acuosa 0,05-2%
- Solución acuosa 4% más detergente
- Crema 1%
- Preparado comercial 1%(Cristalmina)

4.2. POVIDONA YODADA

- Derivado yodado (yodóforos) de amplio espectro con acción bactericida, fungicida, antiviral y esporicida
- Espectro de actividad: Bacterias y hongos
- Bactericida de potencia intermedia
- Mycobacterias y esporas en menor grado

4.2. POVIDONA YODADA

- **Estabilidad**

- La liberación del yodo (polímero yodado) se ve influenciado por la temperatura y esto debe ser tenido en cuenta durante su almacenamiento. Se inactiva con materia orgánica

- **Mecanismo de acción**

- Liberan yodo, responsable de su acción antiséptica. Oxidante, provoca una precipitación de proteínas bacterianas y ácidos nucleicos. Inicio de acción: **3 minutos. Duración 3 horas**

- Coeficiente fenólico: **200**

4.2. POVIDONA YODADA

- **Aplicaciones**

- Preparación quirúrgica de la piel
- Antisepsia de la piel intacta para preparación previa a procedimientos
- Heridas, vaginitis, flebitis

- **Toxicidad y otros efectos adversos**

- No recomendado en neonatos o embarazadas (aumento de captación de yodo)
- Retrasa cicatrización
- Poco común: dermatitis de contacto y acidosis metabólica con el uso prolongado

4.2. POVIDONA YODADA

- **Presentaciones**

- Solución jabonosa 7,5%
- Solución acuosa 5%
- Solución alcohólica o acuosa 10%
- Pomada o gel 10%
- Preparación vaginal 10%

5. CONCLUSIONES

- Tras aparición de reacciones adversas, se debe interrumpir la aplicación y continuar el tratamiento con otro antiséptico menos irritante.
- Instruir al paciente en la no exposición al sol durante su aplicación.
- En recién nacidos, mujeres embarazadas, parto y durante la lactancia el antiséptico de elección es la **clorhexidina**, al igual que ante una reacción de hipersensibilidad al yodo.
- El uso indiscriminado de povidona yodada ha sido bastante discutido en los últimos tiempos ya que, al igual que altera el crecimiento de las bacterias lo hace también con las células sanas

5. CONCLUSIONES

- Cuidado con pacientes alérgicos al yodo, o que presenten alteraciones tiroideas y no se debe usar con preparados mercuriales, ni junto con la colagenasa a la que inactiva.
- Destacar que la **absorción sistémica de la clorhexidina es prácticamente nula**, se han descrito **escasas reacciones alérgicas** o de irritación de piel y mucosas además de permanecer **activa aun en presencia de materia orgánica**. En cambio, la povidona yodada puede presentar dermatitis de contacto y acidosis metabólicas con el uso prolongado. En cuanto a la relación coste-efectividad la clorhexidina también sería el antiséptico de elección
- Como conclusión final, podemos decir que la clorhexidina debe considerarse como el antiséptico de elección

6. COMPARATIVA

COMPUESTO	MECANISMO DE ACCIÓN	EFEECTO RESIDUAL	INACTIVACIÓN POR MATERIAL ORGÁNICO	INICIO DE ACCIÓN	TOXICIDAD
Clorhexidina	Disrupción de la membrana nuclear	Prolongado	Mínimo	15 - 30 segundos	Ototoxicidad Queratitis Dermatitis
Yodóforos	Oxidación Sustitución	Mínimo	Marcado	3 minutos	Absorción a través de piel con posible toxicidad sistémica. Dermatitis de contacto

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Espejo MD, Armero D. Procedimientos clínicos en enfermería del adulto. 2ª ed. Murcia: Diego Marín Librero-Editor, 2007.
2. Castells S, Hernández M. Farmacología en enfermería. 3ª ed. Barcelona: Elsevier, 2012.
3. Vademecum.es [sede web]. Madrid: UBM Medica España; 2015 [acceso 3 de Octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.vademecum.es/>
4. Maya JJ, Ruiz J, Pacheco R, Valderrama SL, Villegas MV. Papel de la clorhexidina en la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud. Infect. [revista en Internet]. 2011 Junio [acceso 16 octubre de 2015]; 15(2): 98-107. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012393922011000200004&lng=en

TAPONAMIENTO NASAL

Natalia Sánchez Rodríguez

Marta Vera Campos

Mercedes Moreno Alfaro

INDICE

1. EPISTAXIS
2. CAUSAS
3. TIPOS DE EPISTAXIS
4. INDICACIONES TAPONAMIENTO NASAL
5. ACTITUD TERAPÉUTICA
6. TAPONAMIENTO ANTERIOR
7. TAPONAMIENTO POSTERIOR
8. COMPLICACIONES
9. CUIDADOS POST-TAPONAMIENTO
10. CONCLUSIONES
11. BIBLIOGRAFÍA

1. EPISTAXIS

- *Epistaxis* proviene del griego, y significa *fluir gota a gota*
- Se define como la salida de sangre al exterior por vía anterior o posterior
- Se trata de un signo clínico y no de una enfermedad
- Motivo de consulta extremadamente frecuente en los servicios de urgencia y AP

2. CAUSAS

LOCALES

- Idiopática: lesiones en la pared de los vasos. Frecuente en niños
- Microtraumatismos
- Rinitis seca anterior
- Factores ambientales (sustancias químicas, humos, cambios bruscos de presión...)
- Cuerpos extraños nasales
- Tumores nasales y senos

SISTÉMICAS

- Infección
- Hipertensión, aterosclerosis, DM, feocromocitoma
- Vasculopatías
- Problemas de coagulación
- Enfermedades carenciales
- Nefropatías, hepatopatías
- Farmacológicas
- Hormonales

3. TIPOS DE EPISTAXIS

E. ANTERIOR

90 % de todas las epistaxis
Plexo de Kiesselbach
Cuantía leve/moderada
Frecuente en niños y jóvenes
Fácil solución, buen pronóstico

E. POSTERIOR

10 % de todas las epistaxis
Ramas de las arterias esfenopalatinas y etmoidales
La sangre proviene de la parte posterior de las fosas nasales
Complicada visualización
Cuantía moderada/grave
Frecuente en adultos
Difícil solución, pronóstico grave

4. INDICACIONES TAPONAMIENTO

ANTERIOR

- Hemorragia que no cede con maniobras más sencillas
- Algunas epistaxis posteriores

POSTERIOR

- Epistaxis muy abundante
- Situaciones urgentes

5. ACTITUD TERAPÉUTICA

1. MEDIDAS GENERALES

- Tranquilizar al paciente
- Paciente sentado, ligeramente inclinado hacia delante
- Limpiar los coágulos mediante sonado o sonda de aspiración
- Constantes vitales, coloración de piel y mucosas
- Si HTA, controlar primero epistaxis y después PA

2. LOCALIZAR LA ZONA SANGRANTE

- Diagnóstico diferencial (hemoptisis, hematemesis, tumores)

3. COMPRESIÓN, VASOCONSTRICCIÓN

- Compresión digital sobre alas nasales de 5 a 10 min
- Si no cede empapar algodón en H₂O₂ o vasoconstrictor

6. TAPONAMIENTO ANTERIOR

Cutanplast[®] (Spongostan[®])

Autoabsorbible

No necesita retirarse ni antibioterapia

Colocación dificultosa

Taponamiento de material expansible (Merocel[®])

Fácil colocación

Lubricación previa

Empapar con SSF una vez colocado

Retirar 48 h

Requiere antibioterapia

6. TAPONAMIENTO ANTERIOR

- Gasa orillada (en su defecto gasa normal), impregnada con vaselina estéril o pomada antibiótica
- Un cabo de gasa colgará en el exterior y lo sujetaremos con la mano no dominante. Con unas pinzas de bayoneta se dispone la gasa del suelo al techo y de atrás hacia delante (como un acordeón)
- Introducir la gasa rellenando la cavidad completamente
- El trozo sujeto con la mano no dominante es el último en introducirse, evitando así el deslizamiento de la gasa a rinofaringe
- Rellenaremos con algodón el vestíbulo nasal
- Por el exterior se coloca un esparadrapo evitando la expulsión del tapón
- Si se dispone de esponja Merocel®, cuya colocación es más rápida, primero hacer sonar cada fosa, insertar la esponja y seguidamente humedecer con suero fisiológico hasta taponar totalmente la fosa nasal

7. TAPONAMIENTO POSTERIOR

Sonda de doble balón o de balón posterior (Reuter[®], Epistat[®])

Requiere ingreso

Avisar a ORL

Taponamiento posterior clásico (bolo de gasas y tira de gasa bordeada)

Requiere anestesia general por ORL e ingreso

Sonda Foley[®]

7. TAPONAMIENTO POSTERIOR

- Explicar procedimiento y tranquilizar al paciente
- Realizar una prueba de inflado del balón, previa a su inserción
- Se introduce la sonda con balón no hinchado impregnada de vaselina estéril o lubricante hasta que se visualice en la orofaringe
- Si se realiza con sonda de Foley, introduciremos 10 ml. de aire en el balón y retraeremos el catéter contar la coana posterior. Si es con una sonda especializada para epistaxis, introduciremos 10-12 cc de aire en el balón posterior y empujaremos la sonda para asentarla. Posteriormente, inflaremos el balón anterior con 30 cc de aire
- Se comprueban signos de sangrado de faringe
- Comprobar regularmente la presión de los balones
- Posteriormente se realiza taponamiento anterior bilateral

8. COMPLICACIONES

- Aspiración
- Alteraciones hemodinámicas
- Infección
- Desplazamiento del taponamiento
- Traumatismo nasal
- Riesgo de isquemia y necrosis si el TN es superior a 72 horas

9. CUIDADOS POST-TAPONAMIENTO

- Asegurar ausencia de sangrado posterior
- Informar sobre posibles molestias: cefalea, sequedad bucal, y epifora
- En pacientes con patología pulmonar se debe tener mayor precaución por riesgo de hipoxia
- Cobertura antibiótica para evitar cuadros de sinusitis y otitis media, por haber bloqueado los drenajes de los senos paranasales
- Analgesia
- Evitar ejercicio intenso o levantamiento de peso, bebidas alcohólicas, bebidas calientes, tos, sonarse la nariz, abrir la boca para disminuir la presión

9. CUIDADOS POST-TAPONAMIENTO

- Evitar estreñimiento
- Dieta blanda y fría
- Recurrir a urgencias en caso de: hemorragia recurrente, dificultad respiratoria, deslizamiento de sangre a la garganta, fiebre, exantema
- Retirar taponamiento anterior de forma ambulatoria en 48 h. El taponamiento posterior se retirará a los 3-5 días por el ORL en medio hospitalario
- Especial vigilancia a pacientes anticoagulados
- Cortar las uñas a los niños

10. CONCLUSIONES

- La elección de la técnica más adecuada será de vital para su resolución
- Los cuidados posteriores al taponamiento son esenciales, por lo que se insistirá en su comprensión y correcta aplicación
- Si aseguramos al paciente que la hemorragia puede controlarse, le ayudaremos a reducir su ansiedad
- Aún con la significativa expansión de alternativas para el tratamiento de las epistaxis (materiales tipo coloides, uso de endoscopia, fibra óptica, láser y técnicas de embolización selectiva), las técnicas tradicionales siguen resultando exitosas

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez A, Chacón J, Padilla M, Hernández FB. Epistaxis. En: Julián A, coordinador. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 4ª ed. Toledo: SANED;2014. P. 1237-1240.
2. García FJ, Muñoz M, Achiques MT, Frías S, Montoro MJ, Marco J. Taponamiento nasal en la epistaxis posterior. Comparación de dos métodos. Acta Otorrinolaringol Esp. 2010; 61(3): 196-201.
3. Morales IM. Epistaxis: Atención de enfermería. SEEUE Ciber Revista [revista en Internet] 2011 julio-agosto. [acceso 18 de noviembre de 2015]; 20: [aproximadamente 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2011/pagina7.html>
4. Alzérreca E, León K, Boettiger P, Naser A. Tratamiento endoscópico de las epistaxis posteriores. Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los años 2007 y 2011. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2012; 72: 169-174.
5. Moreno RE, Figueroa AJ, Díaz A. Epistaxis. Consideraciones sobre el tratamiento clínico y terapéutico en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet] 2007 [acceso el 18 de noviembre de 2015]; 23(4): [aproximadamente 6 pantallas]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_4_07/mgi08407.html
6. Calderón D, Mairena A, Mata C. Epistaxis: Generalidades y manejo en atención primaria de salud. Rev Med Costa Rica Centroamérica. 2014; LXXI(610): 219-223.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN COLOSTOMIAS

RAQUEL GAITANO
ESCRIBANO

LAURA LÓPEZ FERNÁNDEZ

INDICE

1. Definición
2. Tipos de ostomías
3. Indicaciones
4. Factores de riesgo
5. Productos sanitarios para colostomías
6. Elección del dispositivo según el tipo de ostomía digestiva
7. Cuidados enfermeros
8. Complicaciones y tratamiento de las colostomías
9. Efectos en el paciente
10. Conclusión
11. Bibliografía

1. DEFINICIÓN

El término ostomía hace referencia a un procedimiento quirúrgico cuyo resultado es la creación de un estoma o apertura artificial que comunica dos órganos entre sí o una viscera y la pared abdominal, facilitando la salida de sustancias orgánicas de desecho. Esta derivación quirúrgica puede tener un carácter temporal o definitivo. Su finalidad puede ser una de las siguientes: eliminación (de heces u orina), nutrición (administración de alimentos y líquidos) u oxigenación (conservación de la función respiratoria)¹.

En España existen aproximadamente unas 32.000 personas ostomizadas, de las cuales el 75% aproximadamente son portadoras de una colostomía, el 12% de una urostomía y el 10% de una ileostomía ².

Dado los avances en las intervenciones quirúrgicas y en los productos destinados al cuidados de los estomas y al incremento de formación de los profesionales de enfermería en este ámbito se evidencia la mejora de la atención sanitaria a estos pacientes, así como un descenso en la incidencia de complicaciones.

Resulta fundamental el papel que debe desempeñar el colectivo enfermero en el proceso de rehabilitación de estos pacientes, ya que deben ofrecer una adecuada información para poder realizar una correcta higiene del estoma, crear estrategias para adaptarse tanto física como psico-socialmente a esta nueva situación en que se encontrarán, así como para saber identificar posibles complicaciones del estoma, para poder ser tratados precozmente.

2. TIPOS DE OSTOMIAS

Según la zona anatómica de realización de la ostomía, diferenciamos ¹:

- **Traqueostomía** o derivación de la tráquea, que suele tener carácter temporal.
- **Laringostomía** o derivación de la laringe, también de carácter temporal.
- **Enterostomía** u ostomía que afecta a los intestinos delgado y grueso.
- **Urostomía** o procedimiento que excluye alguna porción de la vía urinaria.
- **Nefrostomía** o drenaje por punción y cateterismo desde el riñón.

El término enterostomía abarca ¹:

- **Colostomía:** creación quirúrgica de una apertura del colon a la piel de la pared abdominal con el propósito de desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso.
- **Cecostomía:** creación de un estoma a nivel del ciego. Es un tipo de ostomía poco frecuente, que se aplica en situaciones de urgencia para descomprimir el intestino distendido.
- **Ileostomía:** apertura del íleon distal hacia la pared abdominal. Esta cirugía es más exigente en su confección que la colostomía, ya que el contenido ileal es más líquido y muy rico en enzimas proteolíticas que dañan la piel al estar expuesta a ellos; por eso esta ostomía debe ser siempre protruida 2-3 cm sobre el plano de la piel.

Según el tiempo de permanencia, las ostomías serán ¹:

- **Temporales**, si se puede restablecer la función normal del aparato afectado tras resolverse la causa que lo originó.
- **Definitivas**, si no existe solución de continuidad, ya sea por amputación total del órgano afectado o cierre del mismo.

Otra clasificación de las ostomías diferencia entre¹:

- **Ostomía de eliminación**, que hace referencia a la derivación quirúrgica del aparato digestivo o del aparato urinario para eliminar los residuos del organismo.
- **Ostomía de alimentación**, la cual precisa de una abertura permanente que comunique el estómago con la pared abdominal, en la que se coloca una sonda que permite la alimentación enteral artificial a largo plazo.

Según la porción del intestino abocada, las colostomías digestivas serán¹:

- **Ascendente.** El estoma se coloca en la parte derecha del abdomen (porción ascendente del colon).
- **Transversa.** El estoma se coloca indistintamente en la parte derecha o izquierda del abdomen (porción transversa del colon).
- **Descendente.** El estoma se coloca en la parte izquierda del abdomen (porción descendente del colon).
- **Sigmoide.** El estoma se coloca en la parte izquierda del abdomen (porción sigmoidea del colon).

En general, el sitio óptimo para la ubicación de la colostomía debe estar dentro del músculo recto anterior y del campo visual del paciente, y alejado del borde condral de la cresta iliaca, del ombligo, pliegues, arrugas y cicatrices de la línea natural de la cintura³.

3. INDICACIONES

Para la realización de cualquier tipo de ostomía será imprescindible tener en cuenta la localización y el estadio de la enfermedad, la situación general del paciente, la técnica quirúrgica elegida por el cirujano y las preferencias del paciente.

1. Las indicaciones para la realización de una cecostomía son muy escasas (pseudoobstrucción del colon o Síndrome de Ogilvie o el tratamiento de urgencia en determinadas oclusiones) ¹.
2. Las indicaciones para efectuar una ileostomía están actualmente en franco retroceso (colitis ulcerosa y poliposis familiar de colon se resuelven mediante reservorios ileales con anastomosis ileoanales). Lo habitual es que estos pacientes es que requieran de una ileostomía temporal mientras el reservorio se acomode y cicatrice en la cavidad pelviana ¹.

3. Indicaciones para la realización de una colostomía¹:

- **Obstrucción del colon**, una de las causas más frecuentes, ya sea por enfermedad maligna o benigna (enfermedad diverticular obstructiva, enfermedades inflamatorias del intestino grueso, etc).
- **Perforación del colon**, acompañada de peritonitis localizada o generalizada, lo que hace no aconsejable efectuar resecciones y anastomosis inmediata. En esas situaciones una colostomía es lo recomendable, además de la resección del segmento patológico afectado.
- **Traumatismos de colon**, como daños titulares graves, grandes laceraciones, zonas desvascularizadas, etc.
- **Intervenciones quirúrgicas**, como la resección del recto en su totalidad en continuidad con el aparato esfinteriano que requiere la confección de una colostomía terminal y permanente².

4. FACTORES DE RIESGO

Diferentes estudios han identificado factores de riesgo como son la edad, enfermedad inflamatoria intestinal, índice de masa corporal, comorbilidad, diabetes, riesgo anestésico, falta de cuidados preoperatorios por parte de la enfermera estomaterapeuta o la cirugía de urgencia^{4, 5, 6}.

En la Guía de Buenas Prácticas de la RNAO para el cuidado de las ostomías se hace referencia a ciertas variables que podría influir tanto en la necesidad de creación del estoma como en sus complicaciones ⁵:

- **Intervención de urgencia**: mayor probabilidad de ubicación incorrecta del estoma y complicaciones por fugas de heces.
- **Obesidad (IMC>25kg/m²)**: se relaciona con problemas en el estoma y en la piel periestomal.
- **Enfermedades comórbidas**: mayor probabilidad de complicaciones. Las enfermedades que más se relacionan son la enfermedad inflamatoria intestinal, la diverticulitis y la diabetes mellitus.
- **Edad**: no representa un factor de riesgo independiente.
 - **Neonato**: la piel del recién nacido se considera un factor de riesgo que puede influir en las complicaciones producidas en el estoma.
- **Género**: no representa un factor de riesgo independiente.
- **Colostomía**: mayor incidencia de problemas en la piel periestomal que la ileostomía.

5. PRODUCTOS SANITARIOS PARA COLOSTOMIAS

- **Dispositivos colectores¹.**

- De 1 pieza, adhesivo y bolsa forman una única pieza.
- De 2/3 piezas, adhesivo y bolsa van por separado. El adhesivo puede permanecer puesto 3-4 días si no se despega; a su vez, el adhesivo puede ser liso o convexo. Este último es el más adecuado para el uso en estomas hundidos o muy planos.
- Las bolsas cerradas no pueden vaciarse, debiendo por tanto desecharse cada vez que se cambian. En general suelen llevar un filtro para salida de gases, con lo que evitan el mal olor.
- Las bolsas abiertas pueden vaciarse a través de su extremo inferior y volverse a cerrar.

- **Accesorios o complementos:**

- Sistema de irrigación, que permite el lavado intestinal para limpiar el colon y así obtener una continencia de heces de 48 a 72 horas.
- Tapón con obturador
- Cinturón para la sujeción de la bolsa.
- Desodorante para introducir dentro de la bolsa.
- Filtros.
- Pastas o resinas moldeables para ajustar el dispositivo en estomas complicados o pieles irritadas.
- Accesorios para el cuidado de la piel
- Toallitas limpiadoras, cremas de barrera para la piel, productos para espesar las heces dentro de la bolsa...

6. ELECCIÓN DEL DISPOSITIVO SEGÚN EL TIPO DE OSTOMÍA DIGESTIVA

Ostomía	Efluente	Caract. efluente	Tipo de bolsa
Colost. sigmoide	Heces formadas	No irritante	Cerrada
Colost. transversa	Heces semiblandas	Poco irritante	Cerrada/abierta
Colost. ascendente	Heces semilíquidas	Irritante	Abierta
Ileostomía	Heces líquidas	Muy irritante	Abierta

7. CUIDADOS ENFERMEROS

7.1. Cuidados preoperatorios

Cuando se requiere la realización de un estoma en un paciente, se generan numerosas cuestiones y dudas tanto en el paciente como en su familia.

Los profesionales de la salud son los responsables de resolver todas las dudas que se tengan, así como explicar el procedimiento quirúrgico, el pronóstico, la nueva situación a la que se va a enfrentar, etc. Por ello, la adaptación al estoma comienza mucho antes de la realización del estoma.

Los beneficios aportados relacionados con el asesoramiento preoperatorio son menor ansiedad, reducción de la anestesia, menos complicaciones y estancias más cortas en el hospital⁷.

- Por tanto, con la educación sanitaria preoperatoria se adquieren las destrezas necesarias para el manejo posterior de la ostomía y la adaptación a largo plazo a un estoma permanente⁵.
- Recientes estudios ponen en evidencia que la educación preoperatoria de estos pacientes reduce la estancia hospitalaria y por ende el coste económico, y que ésta información resulta de mayor utilidad que la facilitada en el postoperatorio⁸.

- Una cuestión que adquiere gran relevancia en esta fase es la elección del lugar donde se situará el estoma. El marcaje de la ubicación del estoma lo realizará la enfermera estomaterapeuta o un profesional sanitario formado para ello, en los casos en los que la cirugía no conlleve urgencia, ya que numerosos estudios demuestran que se ven reducidas las complicaciones del estoma y piel periestomal si previamente se selecciona el lugar junto con el paciente^{2, 4, 5}.
- El lugar idóneo² se elegirá evitando pliegues cutáneos, prominencias óseas, cicatrices y lesiones cutáneas, además de ser consensuado con el paciente. Éste podría llevar una bolsa adherida a la piel los días previos a la intervención con el fin de observar si se despega, si se hacen arrugas en la piel en sedestación o bipedestación, etc.

7.2. Cuidados posoperatorios

- La atención por parte del personal sanitario en este momento es fundamental para detectar y corregir las posibles complicaciones inmediatas tras la intervención. Además, el funcionamiento del colon tras la intervención podría tardar unos días en normalizarse. Conviene aclarar al paciente que tras la cirugía puede aparecer un edema mucoso fisiológico que cede progresivamente².
- En ocasiones, el peristaltismo puede verse aumentado, y los alimentos podrían aparecer en la bolsa sin digerir. Progresivamente, el tránsito se normalizará y no se necesitará de ninguna medida especial⁵.

- Antes del que el paciente reciba el alta, el personal sanitario deberá ofrecer instrucciones sobre el cambio de la bolsa y la identificación de posibles complicaciones en el estoma y/o piel periestomal, implicando en la enseñanza a los familiares que convivan con él.
- Tras el alta se programaran una serie de visitas al estomaterapeuta para continuar con la educación sobre la higiene y los cambios del dispositivo, incluyendo todos los aspectos de la vida socio-laboral que se vean afectados. Se hará especial hincapié en la prevención de posibles complicaciones, aumentando la calidad de vida del paciente y reduciendo los costes económicos⁹.

7.3. Cuidados diarios del estoma:

- La piel periestomal se limpiará suavemente con agua y jabón neutro mediante movimientos circulares de dentro hacia fuera.

Seguidamente, se secará con una toalla a toques, sin frotar. Una vez esté la piel totalmente seca se podrá colocar la bolsa. Primero se medirá el diámetro del estoma y se recortará el adhesivo de la bolsa o del disco según la medida tomada. A continuación, se adherirá el dispositivo alrededor del estoma, de abajo hacia arriba. Si el dispositivo elegido consta de 3 piezas, se adaptará la bolsa sobre el aro del enganche del disco hasta que ajuste completamente. Éste último es el dispositivo ideal, ya que se puede cambiar la bolsa varias veces al día sin necesidad de despegar la placa adhesiva¹.

- La frecuencia de recambio² va a depender de varios factores que afecten a la adherencia del adhesivo como la sudoración, el tipo de piel, la actividad del paciente, la ubicación del estoma, los pliegues cutáneos, etc.
- Para retirar el dispositivo, despegaremos lentamente de la piel, empezando de arriba abajo y sujetando la piel con la otra mano. A la hora de colocar un nuevo dispositivo, no hay que olvidar que el estoma se suele reducir de tamaño durante los primeros meses después de la intervención por el proceso de cicatrización, de modo que es preciso medirlo asiduamente para ir reduciendo el diámetro del dispositivo. Esto nos permitirá cerciorarnos de que no hay piel expuesta al efluente, y así evitaremos la irritación cutánea¹.

7.4. Consideraciones especiales:

Dieta

- No se requiere ningún tipo de dieta especial.
- En el postoperatorio inicial puede aumentar el peristaltismo, haciendo que los alimentos aparezcan en la bolsa son digerir. Se deberá explicar al paciente que progresivamente se tornará al tránsito normal, y que con una masticación adecuada, esta situación se resolverá en poco tiempo.
- Se aconseja hacer varias comidas el día (4 a 6 veces) de menor cantidad en lugar de 3 comidas copiosas⁵.
- Debido al desarrollo de bolsas de materiales a prueba de olores, filtros de gas y desodorantes de bolsas y heces, los pacientes pueden tener mayor libertad de elección de los alimentos.

- Sin embargo, se debe tener en cuenta que ciertos alimentos pueden causar algún tipo de incomodidad. Alimentos⁵ tales como las legumbres, huevos, manzana, lechuga, coliflor, pepino, brócoli, cerveza y bebidas carbonatas, melón, cebolla, repollo, nabo y col de Bruselas aumentan la flatulencia intestinal y deberían tomarse con precaución. Otros como el ajo, pescado, espárragos o huevos aumentan el mal olor.

Irrigaciones

- Una estrategia recomendada a los pacientes con colostomía son las irrigaciones. De hecho, se ha demostrado que constituye una alternativa eficaz para conseguir la continencia de la colostomía, lo cual provoca un impacto positivo en los pacientes⁵.

- El sistema de irrigación consiste en la introducción masiva de agua en el colon con el objeto de estimular la motilidad intestinal y arrastrar las heces, obteniendo un periodo libre de emisión incontrolada de heces que permita al paciente ir sin bolsa colectora¹⁰ hasta la siguiente irrigación, que se realiza entre las 36 y las 48 horas según el tránsito intestinal del paciente¹¹.
- Para su uso, se requiere de una enfermera estomaterapeuta que proporcione información y las destrezas necesarias⁵. Con ello se pretende controlar las evacuaciones, de tal manera que se puede conseguir la continencia durante unas 48 horas tras la irrigación. En estos casos se pueden utilizar obturadores (tapones) y cubre estomas para evitar tener que llevar la bolsa colgando¹².

- Parece no existir un consenso sobre la cantidad exacta de agua a introducir, aunque las recomendaciones varían entre 500 y 1000 ml, con un tiempo recomendado para la introducción entre 5 y 10 minutos. La literatura recomienda comenzar con la irrigación a los 3 meses de la intervención quirúrgica¹¹.
- Los beneficios de la irrigación repercuten en la calidad de vida percibida por el paciente, aumentando la autonomía y reduciendo las limitaciones. Son numerosos los estudios que avalan esta técnica, dando como resultado pacientes adaptados a su entorno habitual, con menor temor de que la bolsa se despegue en cualquier momento^{10, 13, 14}.
- Por el contrario, el desconocimiento de esta técnica puede dar lugar a que las personas sean reticentes a realizarla a pesar de los beneficios que conlleva. De ahí la importancia que tiene el que se informe y se enseñe correctamente¹⁵.

Higiene y ropa:

- En lo que se refiere al baño e higiene, no existe ninguna observación en cuanto a la frecuencia de su realización, ni tampoco a si se realiza con la bolsa adherida o sin ninguna bolsa⁷.
- En el caso de la ropa de baño, se puede utilizar bañador en lugar de bikini u obturador junto con un tatuaje adhesivo, con lo que se consigue la ocultación del estoma.
- Y en cuanto al uso de ropa interior, en las personas ileostomizadas va encaminado a evitar que se produzcan fugas, mientras que en el caso de las personas colostomizadas, este cambio va encaminado a conseguir una mayor sujeción de la bolsa. Además, en ileostomías, por la localización del estoma, el empleo de tirantes en vez de cinturón proporciona mayor comodidad¹².

Deporte

- Se desaconsejan deportes de contacto, como puede ser la lucha⁷. Para la realización de actividades se pueden utilizar bolsas de menor capacidad.

Embarazo

- No representa ningún problema para la concepción de un hijo. En el caso de la mujer se recomienda el embarazo tras los dos años de la intervención quirúrgica. Lo único que se debe de tener en cuenta en el caso de un embarazo en la mujer ostomizada es que el diámetro de la ostomía cambiará de manera proporcional al cambio del diámetro del abdomen por tanto será necesario la adaptación del disco y bolsa. El estoma, tras el alumbramiento, volverá a su tamaño anterior¹⁶.

8. COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO

Se estima que la mitad de los pacientes con estoma intestinal van a presentar complicaciones, incluso se encuentran estudios que describen tasas de hasta el 80% en las tres semanas posteriores a la cirugía⁴.

8.1. Complicaciones precoces:

- Se consideran complicaciones precoces aquellas presentadas desde el postoperatorio inmediato hasta pasado un mes de la cirugía.
- Representan el 39-82% de las complicaciones de los estomas⁴.
- Suponen un aumento de la estancia hospitalaria y de los cuidados ambulatorios, lo que incrementa los costes tanto económicos como psicológicos.

- **Edema**

El edema de la mucosa de la colostomía es frecuente en los primeros días del postoperatorio, siendo fisiológico y debido al trauma quirúrgico. Desaparece tras los primeros días y no suele ocasionar complicaciones. La única precaución que se debe tomar es la de aumentar el diámetro de las bolsas de colostomía o de las placas adhesivas para que no se produzcan lesiones mucosas por irritación traumática².

- **Infección/ absceso**

La infección periestomal suele ser más frecuente tras intervenciones de urgencia en las que las condiciones generales del paciente suelen ser peores². Su tratamiento incluye antibioterapia y curas locales. En el caso del absceso es necesario drenarlo. El área cruenta suele cicatrizar por segunda intención una vez controlada la infección. Si el área de dehiscencia es muy amplia se pueden dar puntos de aproximación².

- **Dehiscencia de la unión mucocutánea**

Puede ser limitada a un sector o total, y es un factor predisponente de estenosis. Se ha observado mayor incidencia con sutura multifilamento trenzada y menor con monofilamento⁴.

Se deberá mantener limpio el espacio subcutáneo entre el estoma y la piel, rellenándolo con productos absorbentes, pasta o polvo según la profundidad, hasta que la nueva unión mucocutánea se forme por segunda intención ⁴.

- **Sangrado**

Suele producirse en las primeras horas tras la cirugía. El origen del sangrado puede estar en la lesión de algún vaso submucoso o del tejido celular subcutáneo². Puede resolverse aplicando compresas con suero frío o adrenalina. Si hay un vaso sangrante se hace hemostasia local con sutura reabsorbible. En caso de hematoma puede ser necesaria la revisión quirúrgica para hacer hemostasia ⁴.

- **Alteraciones hidroelectrolíticas**

Existe un riesgo de deshidratación grave y de desequilibrio hidroelectrolítico en la primera semana tras la intervención quirúrgica ⁴.

Hasta el 20% de pacientes portadores de ileostomía padecen diarrea y deshidratación, con pérdidas importantes de sodio ^{17,18}.

Se ha visto que un 16% de los pacientes ileostomizados tienen en las primeras 3 semanas de hospitalización débitos altos (>2.000 cc/24h), asociados a deshidratación, hipomagnesemia y desnutrición ¹⁹.

Un estudio reciente ha observado que la tasa de reingresos a los 60 días tras la resección colorrectal con ileostomía fue del 16,9% siendo la causa más frecuente la deshidratación (43,1%) ²⁰.

- **Necrosis**

La necrosis se produce por insuficiente vascularización del estoma. Es importante conocer la extensión de la necrosis porque en ciertos casos será necesaria la intervención quirúrgica². Inicialmente se tomará una actitud expectante, si, posteriormente, se produce estenosis u otra complicación, se puede reconstruir el estoma de forma electiva⁴.

- **Obstrucción intestinal**

La obstrucción intestinal parece ser más frecuente en pacientes portadores de ileostomía²¹.

Inicialmente, la actitud que tomaremos será conservadora para evaluar la evolución. Si el problema no se resuelve, se puede probar a insertar una sonda tipo Foley a través del orificio de la ileostomía, con el fin de descomprimir la porción intestinal obstruida o bien, realizar una irrigación con suero salino fisiológico²¹.

- **Hundimiento**

El hundimiento o retracción ocurre cuando el extremo del estoma se sitúa por debajo de 0,5 cm de la superficie de la piel durante las 6 primeras semanas ⁴.

El hundimiento del colon puede producirse secundariamente a la necrosis o la infección de la colostomía.

Se debe sellar el dispositivo sobre la pared abdominal para evitar el escape de heces, despegamiento de la bolsa y dermatitis irritativa.

Si el hundimiento es completo, con desprendimiento mucocutáneo, peritonitis y/o sepsis, se debe reintervenir de forma urgente ⁴

8.2 Complicaciones tardías:

Son aquellas que ocurren al pasar el primer mes tras la intervención. Se describen principalmente en estomas definitivos. Sin embargo, algunas pueden manifestarse tempranamente o presentarse en estomas temporales.

- **Estenosis**

Consiste¹ en el estrechamiento de la luz del estoma producido por mala cicatrización, circulación sanguínea deficiente, lesiones periestomales, etc.

Puede ser secundaria a complicaciones del periodo postoperatorio inmediato como son la necrosis, infección o retracción de la colostomía, en las que se ha producido cicatrización por segunda intención. Otra causa de estenosis es la elección incorrecta de la ubicación de la colostomía que podría quedar situado en un pliegue cutáneo².

Para su tratamiento se pueden emplear medidas dietéticas, sobre todo para evitar el estreñimiento, teniendo cuidado con la fibra, que debe triturarse.

Se suele tolerar bien pero puede ocasionar crisis suboclusivas por impactación fecal. Si no se resuelve se debe rehacer el estoma mediante laparotomía o laparoscopia ⁴.

Como medida correctora y bajo supervisión de un estomaterapeuta, se podrán realizar dilataciones del estoma digitales y valorar la posibilidad de aplicar técnicas de irrigación y obturadores ¹.

- **Prolapso**

Consiste en la protusión excesiva del asa estomal sobre el plano cutáneo.

Inicialmente se debe valorar el restablecimiento del tránsito. Si el prolapso es pequeño, el experto puede enseñar a reducirlo manualmente. Deberán evitarse esfuerzos, así como golpes fuertes de tos ^{1,2}.

Si el estoma es muy grande se requerirá tratamiento quirúrgico con resección del tramo evertido y nueva fijación cutáneo-mucosa^{2,4}.

La reubicación del estoma está indicada cuando la localización es inadecuada, o cuando existe otra complicación asociada que precise esta recolocación. Las opciones descritas son diversas e incluyen su reubicación en el lado opuesto del abdomen, la utilización de malla por laparotomía o abordaje laparoscópico ⁴.

- **Hernia paraestomal**

Consiste en la protrusión intermitente o permanente de la colostomía debido a un defecto de la pared abdominal o a la laxitud muscular propia de los pacientes ancianos ².

En ocasiones se recurre al uso de fajas compresivas que contrarrestan la presión abdominal y permiten el paso de las heces. Una medida preventiva supone la utilización de una malla profiláctica tras la intervención^{4,22}.

Cuando la hernia produce molestias no toleradas por el paciente, se deberá realizar la reparación quirúrgica.

Se aconseja no realizar esfuerzos físicos, una dieta de fácil digestión y con fibra fragmentada. El estomaterapeuta indicará si está o no contraindicada la irrigación como técnica de contención fecal¹.

- **Malposición**

Ésta es una complicación frecuente, que dificulta el autocuidado e impide la correcta adhesión de la bolsa a la piel, provocando irritaciones por fugas de las heces. Su tratamiento supone un reto para el estomaterapeuta, dado que el estoma estará situado en pliegues o en zonas inadecuadas.

Son numerosos los estudios que recomiendan marcar el lugar del estoma antes de la cirugía, ya que supone una reducción considerable de las complicaciones posteriores ^{2, 4, 5}.

Para la solución de estos problemas se usarán dispositivos de tipo convexo, pastas de relleno, o cinturones, para mejorar la adherencia y evitar fugas⁴.

8.3. Complicaciones cutáneas:

Son producidas por el contacto de heces y/o orina con la piel. Se evitan con una higiene y un dispositivo adecuados, ajustando el adhesivo perfectamente al estoma.

Este tipo de complicaciones suponen una causa habitual de consulta al estomaterapeuta²³.

Su incidencia es mayor en ileostomías, dado que las heces son más líquidas y su emisión más frecuente²⁴.

El tratamiento consiste en la limpieza cuidadosa de la piel y aplicación de pastas, polvos o cremas protectoras. Se debe adaptar correctamente el diámetro de la abertura de las placas al tamaño del estoma. Se recomienda la utilización de dispositivos de varias piezas para disminuir los cambios del dispositivo adherido a la piel.

8.4 Complicaciones cutáneas tardías específicas poco frecuentes:

- **Fístula**

Las fístulas periostomales se detectan por la aparición de un orificio fistuloso cutáneo próximo al estoma, cuya etiología puede ser recidiva de la enfermedad causal. Frecuentemente es ocasionada por una mala utilización de los dispositivos o por la exteriorización del rechazo de algún punto de sutura. Como medida terapéutica, se deberán realizar curas periódicas del orificio fistuloso, teniendo en cuenta que se debe mantener un correcto drenaje del contenido intestinal a su través. En los cuidados diarios, se debe adherir la placa adhesiva también a la fistula, para evitar la salida del contenido intestinal a la piel, y evitar así una posible sepsis local ^{2,4}.

- **Pioderma gangrenoso**

Supone la aparición de ulceraciones inflamatorias dolorosas en la piel periestomal, sobre todo en ileostomías de pacientes con enfermedad inflamatoria. El tratamiento inicial es sistémico, intralesional o tópico con corticoides. Si fracasa es necesaria la reubicación del estoma ⁴.

- **Granuloma**

Los granulomas son lesiones mucosas o cutáneas producidas por reacción al material de sutura o al traumatismo continuado sobre la piel. Se pueden cauterizar y se deberá evitar su infección con cuidados antisépticos locales. En ocasiones, los granulomas como reacción a un cuerpo extraño pueden derivar en un absceso que drena espontáneamente al exterior y deberá tratarse mediante puesta a plano, cura local y cicatrización por segunda intención ².

- **Sangrado periestomal**

Causado por ulceración, traumatismo, pólipos, enfermedad de Crohn recurrente, varices secundarias a hipertensión portal, etc. Se puede tratar con compresión, esclerosis o desinsertando la unión mucocutánea y realizando una sutura hemostática del borde distal del estoma ⁴.

9. EFECTOS EN EL PACIENTE

La vivencia de sufrir una ostomía varía en función de la personalidad y características de cada uno, pero, en general, podemos decir que provoca modificaciones importantes en la vida de las personas. Deben adaptarse a la pérdida de control voluntario del esfínter anal y a un nuevo lugar de salida de las heces situado en el abdomen. Esta pérdida de continencia se relaciona con un trastorno de la imagen corporal, que puede afectar al ámbito personal, social y laboral.

Por todo ello, la persona portadora de un estoma debe reunir una serie de estrategias de afrontamiento para poder adaptarse a la nueva situación en que se encuentra.

FASES DEL AFRONTAMIENTO

Un estudio ⁷ llevado a cabo en 2001 expone los siguientes periodos:

1. Shock o escepticismo
2. Depresión
3. Reconocimiento o aceptación: interés en la reintegración
4. Adaptación o resolución: se alcanza el nivel funcional

CONSECUENCIAS

Otro estudio ²⁵ analiza las consecuencias más comunes de la realización de un estoma:

- Pérdida de autonomía
- Pérdida de la capacidad laboral
- Cambios en la rutina sexual
- Sentimientos de vergüenza e inseguridad
- Disminución de la participación en sociedad
- Alteraciones emocionales

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Un estudio reciente¹² determina las estrategias de afrontamiento que adaptan las personas ostromizadas:

1. La irrigación. Aporta beneficios al sujeto ya que posibilita una vida más autónoma con menos limitaciones. Por el contrario, el desconocimiento de esta técnica hace que los pacientes se muestren reticentes a realizarla.
2. La disponibilidad de una amplia variedad de productos para el estoma mejora la calidad de vida de éstos.
3. La obtención de información, ya sea por parte de los profesionales sanitarios o por búsqueda autónoma.
4. Pertener a un grupo de personas que porten una ostromía es percibido por el paciente como un gran apoyo.

5. SEXUALIDAD. El hecho de tener una colostomía es percibida por los pacientes como una amenaza para su vida sexual satisfactoria, impactando así en las relaciones íntimas y sexuales, tanto del paciente como de su pareja.

Un estudio²⁶ realizado a mujeres evidenció la dificultad para reanudar la actividad sexual, ya sea por vergüenza de su nueva imagen o por miedo al rechazo por su pareja. Puesto que la creación de un estoma puede suponer una barrera importante para estas personas y sus parejas, los profesionales de la salud deben proporcionar estrategias educativas para ayudar a estas personas a superar sus traumas.

Un estudio¹⁶ publicado en 2011 analiza la relación entre el tipo de intervención quirúrgica y el grado de disfunción sexual.

- Las resecciones anteriores bajas y las amputaciones abdominoperineales, se relacionan con mayor tasa de disfunción sexual (60% de ausencia de eyaculación y 17% de impotencia eréctil).
- La amputación abdominoperineal se asocia con disfunción sexual entre el 50% - 100% en los hombres, en las mujeres la afectación más importante en ambos casos es la dispareunia.
- Las localizaciones más altas del colon el mayor problema se relaciona con las reacciones psicológicas.

Para este último caso, se recomiendan ^{5, 7, 16} la irrigación, vaciamiento de la bolsa, uso de bolsas de colostomía opacas, uso de obturadores de estoma, uso de bolsas mini-cap, desodorante para la bolsa y filtro de gases, terapia psicológica adecuada, etc.

10. CONCLUSIÓN

La realización de una colostomía supone un gran cambio en la vida de las personas, que puede afectar a diferentes áreas, como la psicológica, la social, la cultural, etc.

A todo esto, hay que añadirle los cambios propios de la colostomía, que conllevan una alteración en la funcionalidad del intestino, el requerimiento de aprendizaje de los propios cuidados, la adquisición de destrezas, etc.

Se debe tener en cuenta que la adaptación a una ostomía es un cambio que comienza antes de que tenga lugar la intervención, y que finaliza mucho después de que las heridas hayan cicatrizado.

Como resultado, se podrían ocasionar situaciones de rechazo, preocupación o temor por parte del paciente y/o sus familiares.

Sin embargo, gracias al desarrollo de nuevos dispositivos para las ostomías, muchas de las incomodidades que preocupaban a los pacientes se han visto reducidas.

Además, la información proporcionada por los profesionales sanitarios consigue una mayor autonomía y seguridad del paciente portador de colostomía.

Por todo lo anteriormente expuesto, se hace evidente la necesidad de la figura de la enfermera durante todo el proceso de atención del paciente ostomizado. Su labor asistencial debe ir dirigida, no sólo a los cuidados propios del estoma, sino a la rehabilitación integral del paciente y sus familiares, reduciendo de esta manera las consecuencias biopsicosociales derivadas de la colostomía.

Podemos concluir que la enfermería posee un papel clave en el proceso de reinserción del paciente ostomizado, al cual debe ayudar para hacer frente a los cambios que conlleva la formación de un estoma. Para ello, se debe comprender la situación actual y la repercusión que el estoma tiene en cada persona, así como las estrategias y destrezas que cada uno posee, siendo consciente de que una correcta educación, desde antes de la intervención, y atención continuada durante todo el proceso mejorará la calidad de vida de las personas y disminuirá sus temores y preocupaciones.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Gómez A. El paciente ostomizado. Farmacia Comunitaria. 2006; 20(8).
2. Corella JM, Vázquez A, Tarragón MA, Mas T, Corella JM, Corella L. Estomas. Manual para enfermería. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2005.
3. Calatayud J, Mas Vila T, Bernal J. Complicaciones de las Colostomías. Revista Española de Coloproctología. 1997; (4):10-15.
4. De Miguel M, Jiménez F, Parajó A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. Cirugía Española. 2014; 92(3): 149-156.
5. Registered Nurses Association of Ontario. Cuidado y manejo de la ostomía. Toronto Investén; 2009.

6. Villalba J, et al. Colostomías indicaciones y complicaciones. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*. 2006; 39(1).
7. Noda CL, et al. Problemática actual del paciente con ostomía. *Rev Cub Med Mil*. 2001 30(4): 256-262.
8. Chaudhri S, Brown I, Hasson I, Horgan AF. Preoperative intensive community based vs traditional stoma education: A randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48:504-9.
9. Jeffries E. Consulta de estoma. En: Ortiz H, Martí J, Foulkes B (eds.) *Indicaciones y cuidados de los estomas*. Barcelona: Ed. Jims; 1989; 367-72.
10. Barbero FJ, Martín FJ, Galbis V, García J. Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado. *Nure Investigación*. 2004; (7).
11. Cobos M, Gómez JL, Sánchez I, Barrio T, Sánchez M. Influencia de la continuidad de cuidados en la percepción de la calidad de vida en pacientes con irrigación por colostomía. *Paraninfo Digital*. 2013; 7(19).

12. Bonill C, Celdrán M, Hueso C, Morales JM, Rivas C, Fernández M. Conviviendo con estomas digestivos estrategias de afrontamiento de la nueva realidad corporal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(3): 394-400.
13. Varma S. Issues in irrigation for people with a permanent colostomy: a review. Br J Nurs. 2009; 18(4): 15-8.
14. Carlsson E, Gylín M, Nilsson L, Svensson K, Alverslid I, Persson E. Positive and negative aspects of colostomy irrigation: a patient and WOC nurse perspective. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2010; 37(5):511-6.
15. Maruyama SAT, Barbosa CS, Bellato R, Pereira WR, Navarro JP. Auto-irrigação – estratégia facilitadora para a reinserção social de pessoas com colostomia. Rev Eletr Enferm. 2009; 11(3):665-73.
16. Ribes AB. La sexualidad en pacientes con ostomías digestivas y urinarias. Enfermería Integral. 2011; (95): 40-44.

17. Ladefoged K, Olgaard K. Sodium homeostasis after smallbowell resection. *Scand J Gastroenterol*. 1985; 20:361–9.
18. Kennedy HJ, Al-Dujaili EA, Edwards CR, Truelove SC. Water and electrolyte balance in subjects with a permanent ileostomy. *Gut*. 1983; 24:702–5.
19. Baker ML, Williams RN, Nightingale JM. Causes and Management of a high-output stoma. *Colorectal Dis*. 2011; 13:191-7.
20. Messaris E, Sehgal R, Deiling S, Koltun WA, Stewart D, McKenna K, et al. Dehydration is the most common indication for readmission after diverting ileostomy creation. *Dis Colon Rectum*. 2012; 55:175–80.
21. Gordon P, MacDonald J, Cataldo P. Intestinal stomas. En: *Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus*. 3. Ed. New York; Informa Healthcare; 2007.

22. Shabbir J, Chaudhary BN, Dawson R. A systematic review on the use of prophylactic mesh during primary stoma formation to prevent parastomal hernia formation. *Colorectal Dis.* 2012; 14: 931-6.
23. Ratliff CR, Donovan AM. Frequency of peristomal complications. *Ostomy Wound Manage.* 2001; 47:26–9.
24. Colwell JC, Ratliff CR, Goldberg M, Beharestani MM, Bliss DZ, Gray M, et al. MASD part 3: Peristomal moisture-associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis: A consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011; 38:541-53.
25. Bodega C, Marrero CM, Muñíz N, Pérez AJ, Rojas AA, Vonghsavath S. Cuidados Holísticos y atención domiciliaria al paciente ostomizado. *ENE. Revista de Enfermería.* 2013; 7(3)
26. Calcagno G, Peres P, Pizarro A, Pereira A, Silva E, De Oliveira VL. Ser mujer con ostomía: la percepción de la sexualidad. *Enfermería Global.* 2012; (27): 22-33.

CUIDADOS DE
ENFERMERÍA EN EL
POSTOPERATORIO DE
UNA ARTROPLASTIA
TOTAL DE RODILLA

RUIZ REVERTE SALVADOR,
LORENTE FERNÁNDEZ
FRANCISCO, MARÍN LUÍS
MARISOL

Índice

- Introducción.
- Marco Teórico.
- Objetivos.
- Métodos.
- Resultados.
- Discusión.
- Conclusiones.
- Bibliografía.

Introducción

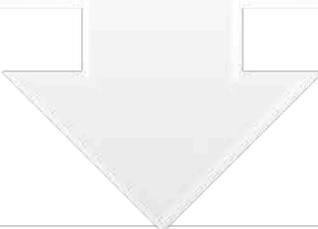
En la actualidad los procedimientos quirúrgicos de reemplazo articular, son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad.

Este procedimiento se conoce con el nombre de ATR.



Según la OMS, las enfermedades reumáticas, representan el 3^{er} problema de salud más importante (Wolf AD. et al, 2003).

La artrosis es la más frecuente, afecta al 80% de la población.

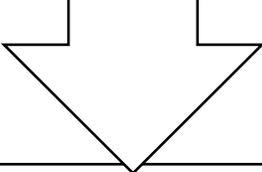


El aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población, harán de la artrosis la 4^o causa de discapacidad en el año 2020.

Introducción

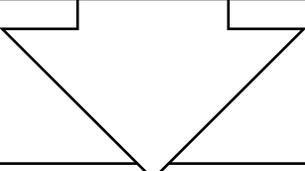
Según el estudio EPISER, 22,6% de los españoles mayores de 20 años padece algún tipo de enfermedad, (Carmona L. et al, 2001).

El número de reemplazos ha aumentado en los últimos 20 años.



Las principales articulaciones afectadas por patologías reumáticas son las manos, pies, caderas y rodillas (Morgado I. et al, 2005).

La rodilla es una de las articulaciones más expuestas a sufrir desgaste óseo y tener que ser sometida a una cirugía de sustitución total articular.



Debido a la carga de trabajo a las que están sometidas, provocando un número importante de consultas (Aguilera JM. et al, 2007).

Marco Teórico

La sustitución protésica de la rodilla supone una alternativa para los pacientes que presentan dolor incapacitante junto con limitación funcional.

La ATR es la reconstrucción quirúrgica de la articulación. Es una intervención muy frecuente. Se implantan aproximadamente 25.000 prótesis/año en España (Pagés E. et al, 2002).

Marco Teórico

La edad ideal para recibir una prótesis de rodilla está por encima de los 60 años. (Felson DT. 1990).

Un porcentaje muy elevado de la personas candidatas, van ha ser sujetos que padezcan una “enfermedad reumática”, caracterizada por dolor intenso, grave deformidad y rigidez en la articulación. (Castiella S. et al, 2007).

Las indicaciones patológicas para la realización de una ATR son:

- Artrosis u Osteoartrosis.
- Artritis reumatoide.
- Tratamiento por secuelas de traumatismos y fracturas.

Marco Teórico

- La artrosis es la causa más importante de discapacidad funcional del aparato locomotor.
- Es una enfermedad crónica que consiste en un trastorno progresivo, no inflamatorio, caracterizado por el deterioro del cartílago articular.

La artrosis es un proceso multifactorial, en los que pueden estar implicados los siguientes factores (Jordan KM. et al, 2003):

1. Edad.
2. Obesidad.
3. Sexo Femenino.
4. Factores Genéticos.

Marco Teórico

La ATR es la reconstrucción quirúrgica de la articulación (Atkinson K. et al, 2007).

Los principales objetivos de la ATR son:

- Reducir el dolor.
- Mejorar la función articular.
- Dar mejor calidad de vida al paciente.

Complicaciones de la ATR:

- Enfermedad tromboembólica venosa.
- Infección periprotésica.
- Rigidez articular.

Marco Teórico

Tratamiento del paciente con ATR en fase de postoperatorio inmediato (Florez MT. et al, 2001):

- Analgesia.
- Profilaxis antibiótica.
- Profilaxis antitrómbica.
- Control de la hemorragia a través del sistema de drenaje (redón).

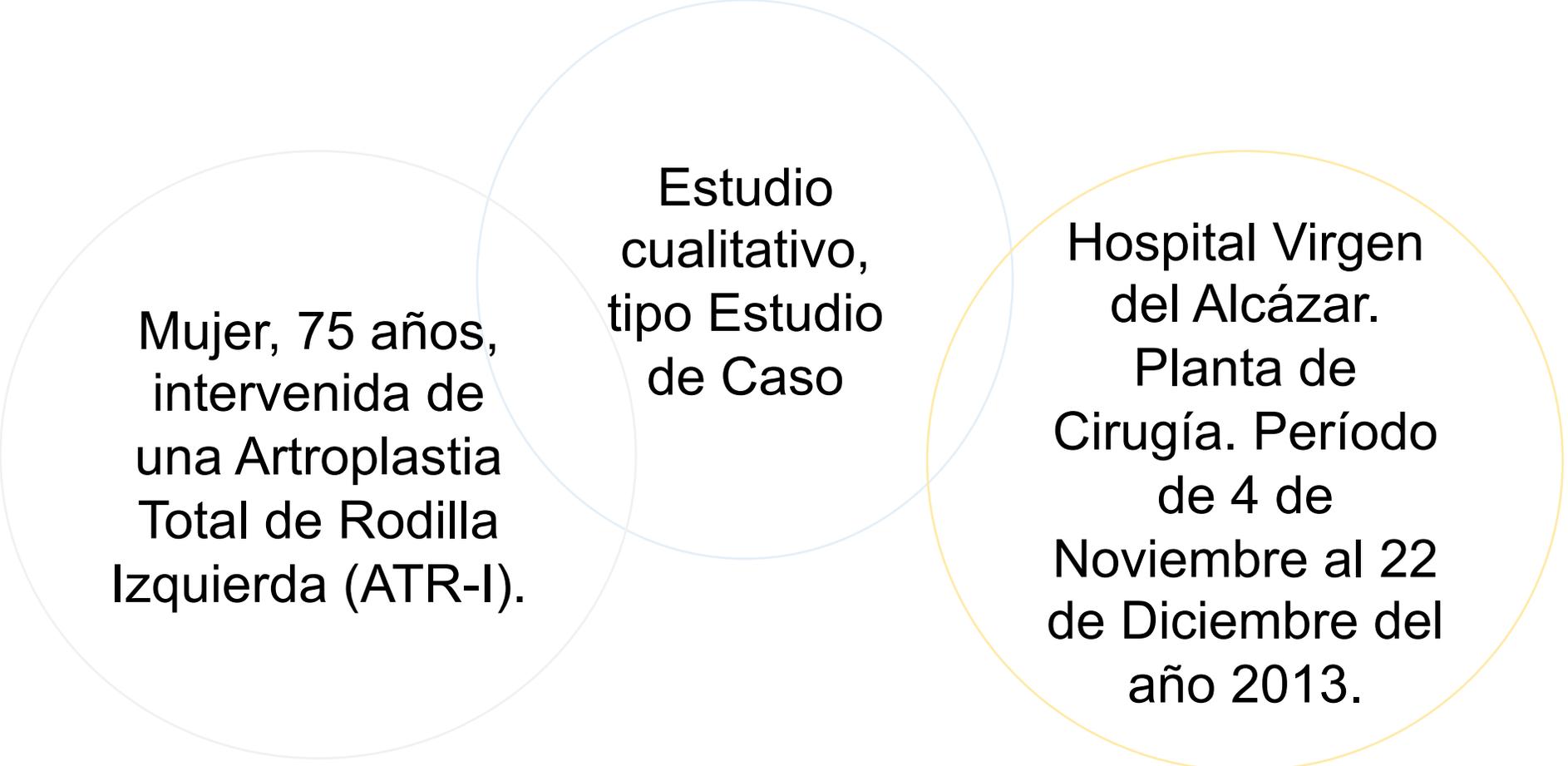
Objetivos

Protocolizar los cuidados que reciben los pacientes y dotar al profesional de enfermería de un instrumento que mejore la práctica profesional con el fin de prevenir posibles complicaciones, reducir costes y conseguir una recuperación más temprana del paciente.

Objetivos Específicos

- Realizar un cuidado integral al paciente, registrar todas las actividades de enfermería, educar e implicar al paciente y familia en los cuidados básicos de su enfermedad.
- Describir las indicaciones patológicas para la realización de una artroplastia total de rodilla.
- Conocer el papel de enfermería en los cuidados postoperatorio de una ATR.
- Describir los principales signos y síntomas de la artrosis.
- Analizar los conocimientos que deben de tener los profesionales de enfermería en la unidad de traumatología.

Métodos



Mujer, 75 años,
intervenida de
una Artroplastia
Total de Rodilla
Izquierda (ATR-I).

Estudio
cualitativo,
tipo Estudio
de Caso

Hospital Virgen
del Alcázar.
Planta de
Cirugía. Período
de 4 de
Noviembre al 22
de Diciembre del
año 2013.

Métodos

Fuente de información

- Observación directa.
- Forma indirecta, ayudándonos de la familia y de la H^a.C del paciente.
- Valoración enfermera mediante los 11 patrones de Marjory Gordon.
- Búsqueda en Bases de Datos, trípticos.

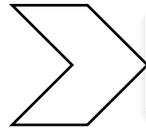
Procedimiento de información

- Revisión de la historia clínica de la paciente (antecedentes quirúrgicos, enfermedades crónicas, etc.).
- Valoración enfermera mediante los 11 patrones de Marjory Gordon.

Procesamiento de los datos

- Realización de un análisis crítico mediante la red de razonamiento, obteniendo tanto el DxE como el CP.
- Plan de cuidados de acuerdo con NANDA, NIC y NOC.

Resultados



DXE PRINCIPAL

(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la movilidad física m/p destrucción tisular.

NOC: (1101)
Integridad tisular:
piel y membranas
mucosas .

NOC: (1102)
Curación de la
herida: por primera
intención .

Tabla 5.7. Resumen de la evaluación de los objetivos NOC¹⁰⁴ del diagnóstico enfermero principal.

	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación actual	Tiempo (días)
Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)	Lesiones cutáneas (110115) *	1	2	3	4
	Integridad de la piel (110113) **	1	3	2	4
Escala de Likert*: 1) Grave; 2) Sustancial; 3 Moderado); 4) Leve; 5) Ninguno					
Escala de Likert**: 1) Gravemente comprometido; 2) Sustancialmente comprometido; 3) Moderadamente comprometido; 4) Levemente comprometido; 5) No comprometido.					

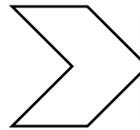
Resultados

Tabla 5.8. Resumen de la evaluación de los objetivos NOC¹⁰⁴ del diagnóstico enfermero principal.

	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación actual	Tiempo (días)
Curación de herida: por primera intención (1102)	Secreción serosanguinolenta de la herida (110215)	3	4	4	4
	Secreción serosanguinolenta del drenaje (110207)	3	4	4	4
	Eritema cutáneo circundante (110208)	3	4	4	4
Escala de Likert: 1) Grave; 2) Sustancial; 3 Moderado); 4) Leve; 5) Ninguno					

Fuente: Elaboración propia basada en el NOC¹⁰⁴.

Resultados

 **C.P. PRINCIPAL**

INFECCIÓN

NOC: (0703)
Severidad de la
infección.

NOC: (1912)
Control de
riesgo

Tabla 5.9. Resumen de la evaluación de los objetivos NOC¹⁰⁴ de la complicación potencial principal.

	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación actual	Tiempo (días)
Severidad de la infección (0703)	Supuración fétida (070303)	3	4	4	4
	Dolor/hipersensibilidad (070308)	3	4	4	4
	Colonización del cultivo en la herida (070323)	3	4	4	4

Escala de Likert: 1) Nunca demostrado 2) Raramente demostrado; 3) A veces demostrado; 4) Frecuentemente demostrado; 5) Siempre demostrado.

Fuente: Elaboración propia basada en el NOC¹⁰⁴.

Resultados

Tabla 5.10. Resumen de la evaluación de los objetivos NOC¹⁰⁴ de la complicación potencial principal.

	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación actual	Tiempo (días)
Control del Riesgo (1902)	Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo (190208) *	2	4	4	4
	Utiliza los sistemas de apoyo personal para controlar el riesgo (190214) **	2	4	4	4
Escala de Likert*: 1) Gravemente comprometido; 2) Sustancialmente comprometido; 3) Moderadamente comprometido; 4) Levemente comprometido; 5) No comprometido.					
Escala de Likert**: 1) Grave; 2) Sustancial; 3 Moderado); 4) Leve; 5) Ninguno.					

Fuente: Elaboración propia basada en el NOC¹⁰⁴.

Discusión

- En el contexto de las artropatías, la artrosis es la que presenta una mayor prevalencia.
- La artrosis se considera la causa más importante de incapacidad funcional (Miralles I. et al, 2007).
- Cuando el tratamiento conservador no ha podido limitar o ralentizar la evolución del proceso, los pacientes son sometidos a una sustitución total de la articulación.
- Los grandes reemplazos articulares permiten una gran resolutivez en el contexto de la dependencia. (Ortega M. et al, 2001).
- Este trabajo se ha diseñado y realizado con la finalidad de analizar la importancia que tienen estos pacientes y la intervención precoz de enfermería.

Discusión

- En nuestro trabajo nuestra paciente ha sido intervenida de una ATR-I. Nuestro estudio se encuentra en coherencia con (Sanz Ayán MP. et al, 2005) sobre una muestra de población de 100 sujetos. En este estudio determina que 53 sujetos son intervenidos de la rodilla izquierda y 37 de la derecha.
- Con respecto al sexo, la mujer es más propensa a recibir una ATR que el hombre. Estos datos están en consonancia con los resultados publicados por (Fortuño J. et al, 2010), de un total de 38 pacientes, 33 sujetos fueron mujeres.
- El tratamiento enfermero juega un papel destacado en la recuperación de los pacientes sometidos ATR, tanto para aumentar el rendimiento funcional, así como, para conseguir una mejor calidad de vida.

Conclusiones

El plan de cuidados, permite identificar rápidamente los problemas que pueden sufrir el paciente intervenido de ATR. Facilitando el trabajo del profesional de enfermería.

Aunque es muy importante , no olvidar, que cada paciente es un ser individual y que un plan de cuidados debe de servir de modelo para elaborar un plan de cuidados individualizado a cada paciente.

Conclusiones

Las principales indicaciones patológicas para la realización de una ATR son: artrosis u osteoartrosis, artritis reumatoide, tratamiento por secuelas de traumatismos y fracturas.

La enfermera tiene un papel fundamental, dentro del equipo multidisciplinar en este procedimiento, constituyendo el enlace entre el paciente y los diferentes profesionales

Los principales signos y síntomas que podemos encontrar en los afectados por la artrosis son: rigidez articular, dolor, derrame sinovial.

Conclusiones

Los profesionales de enfermería tienen que seleccionar y aplicar los mismos conocimientos de enfermería como conocimientos de muchas otras disciplinas.

La realización de un plan de cuidados estandarizado de una paciente que ha sido sometida a una ATR-I. Permitted identificar como diagnóstico enfermero principal “Deterioro de la integridad tisular r/c deterioro de la movilidad física m/p destrucción tisular”, asociado la complicación potencial principal “infección”. Los resultados obtenidos permitieron la mejora de la calidad asistencial y de vida de la paciente.

Bibliografía

- Wolf AD, Fleer B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ. 2003; 81(17): 646-656.
- Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Affton A. EPISER study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. Ann Rheum Dis. 2001; 60(21): 1040-5.
- Morgado I, Pérez AC Moguel M, Pérez-Bustamante FJ, Torres LM. Guía de manejo clínico de la artrosis de cadera y rodilla. Rev Soc Esp Dolor. 2005; 12(5): 289-302.
- Aguilera JM, Gutiérrez G, Pérez J. Actualidades en la cirugía de reconstitución articular de rodilla. Reumatol Clin. 2007; 3(3): S54-6.
- Pagés E, Iborra J, Rodríguez S, Jou N, Cuxart A. Prótesis de rodilla. Estudio de los factores determinantes del alta hospitalaria en rehabilitación. Rehabilitación. 2002; 36(4): 202-7.

Bibliografía

- Felson DT, Nevitt MC. Epidemiologic Studies for osteoarthritis: new versus conventional study design approaches. *Rheum Dis North Am.* 2007; 30: 783-97.
- Castiella S, López MA, No J, García I, Suárez J, Bañales T. Artroplastia de rodilla. *Rehabilitación.* 2007; 418(6): 290-308.
- Jordan JM, Helmick CG, Renner JB, Luta G, Dragomir AD, Woodard J et al. Prevalence of knee symptoms and radiographic and symptomatic knee osteoarthritis in African Americans and Caucasians: the Johnston County Osteoarthritis Project *Rheumatol.* 2007; 34(1): 172-80.
- Atkinson K. Enfermedades reumáticas. En: Atkinson K, Coutts F, Hassenkamp AM. *Fisioterapia en ortopedia: un enfoque basado en la resolución de problemas.* Barcelona: Elsevier; 2007. p. 155-227

Bibliografía

- Florez MT, Echevarri C, Alcántara S, Pavón M, Roldán P. Guía de práctica clínica. Tratamiento rehabilitador durante la fase de hospitalización en los pacientes intervenidos con prótesis de rodilla. Rehabilitación. 2001; 35(1): 35-46.
- Gordon, M. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 11ª. Edición. McGraw-Hill. Madrid. 2007.
- Bulechek, GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª Ed. Barcelona: Mosby-Elsevier. 2009.
- Morrhead S, Johnson M, Maas MI, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Ed. Barcelona: Mosby-Elsevier. 2009.

Bibliografía

- Miralles I, Montull S. Fisiopatología de la rigidez articular: bases para su prevención. *Fisioterapia*. 2007; 29(2): 90-8.
- Ortega M, Rodríguez EC, Alonso G. Recambios protésicos de rodilla. Madrid: Médica-Panamericana; 2001.
- Sanz Ayán MP, Solera Pacheco D, Robles Gómez E. Estudio descriptivo sobre artroplastia de rodilla tratamiento rehabilitador vs no tratamiento. *Avances Traum*. 2005; 35(3): 182-187.
- Fortuño J, Martín M, Kadar E, Redondo I, Gallardo B. Disminución del dolor y el peso durante el tratamiento de fisioterapia en pacientes intervenidos de prótesis de rodilla. *Fisioterapia*. 2010; 32(1): 11-16.

TRATAMIENTO DE LA OSTEONECROSIS DE LA CABEZA DEL FÉMUR CON CÉLULAS MADRE.

Francisco Lorente Fernández.

Salvador Ruiz Reverte.

María Sol Marín Luis.

INTRODUCCIÓN

- El propósito del estudio.
- Motivo del estudio.
- Sujeto de estudio.
- Historia.(Landro et al 2010)

MARCO TEORICO

- Médula ósea.
- Células madre adultas.
- Propiedades de las células madre mesenquimales:
 - Autorrenovación.
 - Proliferación.
 - Capacidad de diferenciación en múltiples tipos celulares. (Rackwitz et al 2012).

MARCO TEORICO

- Los mecanismos de reparación propuestos para la regeneración de tejidos por las células madre mesenquimales son:
 - Diferenciación.
 - Emisión de señales.
 - Liberación de moléculas.
 - Incremento de la vascularización (Landro et al 2010)

MARCO TEORICO

- Las cuatro principales estrategias basadas en células de ingeniería tisular que se desarrollarán en el futuro, son:
 - El trasplante de células progenitoras.
 - Focalización de progenitores.
 - Trasplante de progenitores.
 - Trasplante de tejido totalmente formado generado *in vitro* (Hernigou et al 2005).

MARCO TEORICO

➤ Osteonecrosis:

- Definición. (Houdek et al 2014)
- Características. (Houdek et al 2014)
- Diagnóstico. (Álvarez et al 2004)
- Tratamiento.

OBJETIVOS.

- **Objetivo general.**
 - 1. Conocer los aspectos generales del tratamiento con células madre de médula ósea autóloga para el tratamiento de la osteonecrosis de la cabeza del fémur.
- **Objetivos específicos.**
 - 1. Conocer el papel de enfermería en el posoperatorio de los pacientes sometidos al tratamiento con células madre de médula ósea autóloga para la osteonecrosis de la cabeza del fémur.
 - 2. Identificar las distintas opciones de tratamiento de la osteonecrosis de la cabeza del fémur.
 - 3. Desarrollar un plan de cuidados estandarizado según la taxonomía normalizada (NANDA), objetivos (NOC), e intervenciones (NIC), a un paciente que ha recibido un injerto con células madre de médula ósea autóloga para el tratamiento de la osteonecrosis de la cabeza femoral.

METODOS

- Estudio cualitativo tipo Estudio de Caso.
- Varón de 45 años, intervenido de osteonecrosis de la cabeza del fémur, grado II, con células madre de medula ósea autóloga más adición de plasma rico en plaquetas.
- Realizado en el Servicio de Reanimación del Hospital Virgen de la Arrixaca. Periodo del 4/10/2013 al 20/04/2014.

RESULTADOS

- DxE Principal: 00085 Deterioro de la movilidad física.
- Noc: 0208 Movilidad.

	P. inicial	P. diana	P. actual	Tiempo
020801 Mantenimiento del equilibrio	2	5	5	2 días
020804 Movimiento articular	3	5	5	5 días

RESULTADOS

- DxCP Principal: Infección.
- NOC: 1807 Conocimiento control de la infección.

	P. Inicial	P. diana	P. actual	Tiempo
180701 Descripción del modo del transmisión	5	5	5	1 día
180703 Descripción de prácticas que reduzcan la infección.	4	5	5	1 día

DISCUSION

- Normalmente afecta a pacientes entre las edades de 20 a 60 años. (Houdek et al 2014)
- Se han encontrado diferencias en cuanto a la estancia promedio para dar de alta a este tipo de pacientes después de la intervención.
- Resultados radiológicos satisfactorios.
- Someterse a este tipo de tratamientos **no implica** un mayor riesgo a padecer cáncer.(Hernigou et al 2013)

CONCLUSIONES

- **Objetivos generales.**
- 1. La información precedente da una idea general de los avances experimentados por este campo de la medicina en un tiempo relativamente corto, pero debe tenerse en cuenta que la medicina regenerativa y, en particular, la terapia con células madre, es un tema en pleno desarrollo. A pesar de que las investigaciones con células madre son muy prometedoras, necesitamos saber más sobre su biología y los mecanismos que permiten su especialización, en paralelo con el diseño de mejores tecnologías que posibiliten su aislamiento y manipulación en cultivos in vitro.

CONCLUSIONES

- La combinación de la descompresión de la cadera y la inyección de las células madre mesenquimales en la lesión necrótica proporciona resultados satisfactorios en pacientes con osteonecrosis de la cabeza del fémur (ONFH) etapa temprana y puede conducir a la resolución completa de la lesión necrótica. Esta intervención es segura y eficaz para retrasar o evitar el colapso de la cabeza del fémur, lo que podría requerir el reemplazo total de cadera, y ser capaz de volver a la función y las actividades de la vida diaria normal.

CONCLUSIONES

- **Objetivos específicos.**
- 1. La enfermería tiene una función fundamental, dentro del equipo multidisciplinar en este tipo de procedimientos, constituyendo el enlace entre el paciente y los diferentes profesionales. Los cuidados posoperatorios en este tipo de pacientes, no requieren una preparación especial del personal de enfermería, se basan en la administración de medicación, cura de herida quirúrgica y asegurarse de que el paciente entiende las recomendaciones al alta, sobre todo el reposo relativo en descarga del miembro operado, durante el tiempo prescrito.

CONCLUSIONES

- 2. Para enfermería es importante que conozca en qué consiste el tratamiento con células madre, así como los distintos procedimientos que existen para el tratamiento de la necrosis avascular de la cabeza del fémur, con el fin de poder aumentar su conocimiento y despejar las dudas que le puedan surgir a los pacientes.

CONCLUSIONES

- 3. Se ha realizado un plan de cuidados estandarizado a un paciente que ha sido sometido a un injerto con células madre de médula ósea autóloga más la adición de plasma rico en plaquetas, para el tratamiento de la osteonecrosis de la cabeza del fémur. La realización de este proceso enfermero permitió identificar como diagnóstico principal, “(00085) deterioro de la movilidad física r/c prescripción de restricción de movimientos m/p limitación en la amplitud de movimientos”, asociado a la complicación potencial, “infección r/c el procedimiento no ha seguido las normas de asepsia”. Los resultados obtenidos permitieron la mejoría de la calidad asistencial y de la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Houdek MT, Wyles CC, Martin JR, Sierra RJ. Stem cell treatment for avascular necrosis of the femoral head: current perspectives, (on-line). Access: 07/05/2014. Available in: www.ncbi.nlm.nih.gov › ... › PubMed Central (PMC)
2. Rackwitz L. Stem cell- and growth factor-based regenerative therapies for avascular necrosis of the femoral head, (on-line). Access: 07/05/2014. Available in: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22356811
3. Gao YS1, Zhang CQ Cytotherapy of osteonecrosis of the femoral head: a mini review, (on-line). Access: 07/05/2014. Available in: www.ncbi.nlm.nih.gov ›... › v.34 (6); Aug 2010

BIBLIOGRAFIA

- 4. Tan G1, Kang PD, Pei FX.. Glucocorticoids affect the metabolism of bone marrow stromal cells and lead to osteonecrosis of the femoral head: a review, (on-line). Access: 07/05/2014. Available in: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2234048
- 5. Nöth U et.al. Cell based therapy for the treatment of femoral head necrosis, (on-line). Access: 07/05/2014. Available in: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17479247
- 6. Gangji V1, Toungouz M, Hauzeur JP. Stem cell therapy for osteonecrosis of the femoral head, (on –line). Access: 07/05/2014. Available in: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15934823

“CUIDADOS CENTRADOS EN
EL DESARROLLO DEL RECIÉN
NACIDO PREMATURO
HOSPITALIZADO. UN
PROYECTO DE FUTURO”

MARÍN LUÍS MARÍA SOL
LORENTE FERNÁNDEZ FRANCISCO
RUIZ REVERTE SALVADOR

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
 - Definición de prematuro
 - Incidencia de parto prematuro
- OBJETIVOS
 - Objetivo general
 - Objetivos específicos
- MARCO TEÓRICO
 - Factores de riesgo y causa de la prematuridad
 - Características funcionales del prematuro

ÍNDICE

- Descripción de las intervenciones de los cuidados centrados en el desarrollo
- Mejora del entorno de las UCIS Neonatales
- Disminución del ruido
- Adecuación de la luz
- Cuidados de la posición corporal
- Analgesia no farmacológica
- Sacarosa
- Succión no nutritiva
- Lactancia materna

ÍNDICE

- Contención
- Método madre Canguro
- Participación de la familia en los cuidados

- METODOLOGÍA
 - Diseño del estudio
 - Sujeto del estudio
 - Ámbito y periodo del estudio
 - Procedimiento y recogida de información

ÍNDICE

- RESULTADOS
- DISCUSIÓN
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

- Se define recién nacido prematuro: cuando nace antes de que se hayan cumplido las 37 semanas de gestación.
- En Europa, la tasa de prematuridad se sitúa entre el 7 y 8%, y de forma generalizada en todos los países va en aumento¹. (OMS, 2013)
- El número de nacimientos prematuros afecta también a nuestro país llegando a convertirse la región de Murcia en la que más índice de prematuridad obtuvo en el año 2005 respecto a las demás comunidades autónomas.

INTRODUCCIÓN

- Este incremento de nacimientos prematuros, así como las complicaciones y los problemas que pueden adquirir, supone un desafío científico para los profesionales de la salud y representa una gran carga económica para la sociedad, lo que justifica la importancia del estudio.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Conocer los Cuidados Centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro hospitalizado.

OBJETIVOS

Objetivos Específicos

- Conocer los factores causales de los partos prematuros.
- Identificar las características funcionales en el recién nacido pretérmino.
- Describir las intervenciones de aplicación de los cuidados centrados en el desarrollo al recién nacido prematuro hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos neonatal.

OBJETIVOS

Objetivos Específicos

- Elaborar un proceso enfermero utilizando la taxonomía NANDA, clasificación NOC y NIC y el modelo Bifocal, mediante priorización del modelo AREA, en un recién nacido prematuro.

MARCO TEÓRICO

Factores de riesgo y causas prematuridad.

- Pretérmino anterior o antecedentes de fetos muertos, embarazos múltiples, Edad materna, estado nutricional materno, estrés laboral o psicológico materno, bajo nivel socioeconómico de la madre, tabaco y alcoholismo, infecciones maternas, factores uterinos.
- Raza y sexo del bebé.² (Chaure, 2004)

MARCO TEÓRICO

Características funcionales del prematuro.

- Inmadurez de órganos y sistemas.
- Mayores problemas a menor edad de gestación.

MARCO TEÓRICO

ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO (CCD).

- Últimos 10 años nueva filosofía del cuidado del prematuro. Los cuidados centrados en el desarrollo.
- En nuestro país, se comenzó a hablar sobre este tipo de cuidados con el nombre de atención temprana hacia la segunda mitad del siglo XX.³ (Gutierrez-Cuevas, 2012)

MARCO TEÓRICO

- Entre las intervenciones de los cuidados centrados en el desarrollo encontramos la **mejora del entorno de las unidades de cuidados intensivos neonatales**.

DISMINUCIÓN DEL RUIDO.

- Excesivos ruidos producen en el prematuro hipoxemia, bradicardia, aumento de la presión intracraneana, hipertensión arterial, apnea, estrés, perturbaciones del sueño, irritabilidad, cansancio, daño auditivo, vómitos y pérdida de apetito. ⁴ (Gallegos-Martínez et al, 2011)

MARCO TEÓRICO

- ADECUACIÓN DE LA LUZ.
- El exceso de luz trastorna su patrón de sueño. La disminución de la intensidad de luz en las UCIN, aumenta los periodos de sueño y la ganancia de peso, mejora los patrones de comportamiento, facilita el descanso y disminuye la actividad motora, la frecuencia cardiaca y las fluctuaciones de la tensión arterial. ⁵ (Egan, 2012)

MARCO TEÓRICO

- CUIDADOS DE LA POSICIÓN CORPORAL.
- El posicionamiento correcto del prematuro desempeña un papel muy importante dentro de sus cuidados y afecta a la formación de las articulaciones, del cráneo y de la curvatura de la columna vertebral. ⁶
(Sweeney, 2002)

MARCO TEÓRICO

- La posición ideal es la más parecida al útero materno, la cual se consigue mediante contención, es decir, rodeando y arropando al prematuro con rollos o nidos brindándole seguridad y protección.

MARCO TEÓRICO

- ANALGESIA NO FARMACOLÓGICA.
- La analgesia no farmacológica consiste en una serie de medidas profilácticas no invasivas cuyo objetivo es la disminución del dolor del recién nacido producido por procedimientos dolorosos.
- Estas medidas son: la administración de sacarosa por vía oral, utilización de chupete para estimular la succión no nutritiva, el amamantamiento...

MARCO TEÓRICO

- SACAROSA.
- Como medida no farmacológica contra el dolor en estos pacientes se utiliza la administración de sacarosa (azúcar) por vía oral, ya que ésta se relaciona con el alivio del dolor en prematuros sometidos a procedimientos dolorosos, disminuciones del tiempo de llanto, las expresiones faciales, la frecuencia cardiaca y la actividad motora⁷. (Carbajal et al, 1999)

MARCO TEÓRICO

- SUCCIÓN NO NUTRITIVA.
- Se consigue cuando se utiliza junto con la El uso del chupete estimula una succión no nutritiva que tranquiliza al bebé y contribuye a reducir el malestar inducido por el dolor. El efecto máximo administración de sacarosa.

MARCO TEÓRICO

- LACTANCIA MATERNA.
- El amamantamiento durante un procedimiento doloroso elimina el llanto, la expresión dolorosa y los signos de dolor⁸. (Aguilar Cordero et al, 2014)

MARCO TEÓRICO

- CONTENCIÓN.
- Mantener al niño en una posición de flexión con las extremidades próximas al tronco y hacia la línea media durante un procedimiento doloroso hace que recuperen antes la frecuencia cardiaca basal y que se disminuya el dolor⁹. (Huang et al, 2004)
- Un correcto posicionamiento y manipulación antes y después de un procedimiento doloroso ayuda a los neonatos a volver a un estado de reposo y calma en el que se encuentran tranquilos, el cual es necesario para su crecimiento y desarrollo.

MARCO TEÓRICO

- MÉTODO MADRE CANGURO.
- Este método se inició en América del Sur y se ha extendido a muchas unidades de cuidados intensivos. Consiste en colocar al niño desnudo, sólo con el pañal, en contacto directo sobre la piel de la madre o el padre. Suele realizarse en un lugar de la unidad tranquilo, con poca luz, en un sillón y cubiertos por una sábana para procurarles privacidad. Este método, además de servir como medida farmacológica, ayuda en la termorregulación y fomenta la interacción padres-niño, haciendo que los padres se sientan como parte activa del cuidado de su hijo⁸¹. (Lizarro-Medina et al, 2012)

MARCO TEÓRICO

- PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS.
- La participación de los padres en los cuidados de su recién nacido prematuro produce beneficios que favorecen la estabilidad clínica del prematuro y su proceso de crecimiento y desarrollo.

METODOLOGÍA

- En cuanto a la metodología, el diseño fue un estudio cualitativo tipo estudio de caso.
- El sujeto del estudio es un recién nacido prematuro que ingresa en UCI Neonatal por prematuridad, bajo peso al nacer y dificultad respiratoria.
- Este estudio se llevó a cabo en la unidad de cuidados intensivos neonatal de un hospital de Murcia en los meses de Junio de 2014 a Febrero de 2015.

METODOLOGÍA

- Como fuente de información hemos utilizado los siguientes instrumentos de recogida de datos:
- -La observación directa del paciente.
- -La historia clínica del paciente con el debido consentimiento y garantizando la confidencialidad de los datos.
- -Examen físico del paciente.
- -Los registros de evolución médica y enfermera.
- -La valoración de enfermería
- -Revisión científica de las bases de datos.

METODOLOGÍA

- Los datos fueron analizados y organizados en base a la metodología enfermera, realizándose un plan de cuidados según la taxonomía NANDA y clasificación NOC y NIC¹⁰⁻¹² y una revisión de toda la bibliografía recopilada.

RESULTADOS

-Se realiza un plan de cuidados enfermero según la taxonomía NANDA/ NOC/NIC y problemas de colaboración según la clínica de la patología a un recién nacido prematuro de 26 semanas + 3 días de gestación que presenta bajo peso al nacer y dificultad respiratoria.

-Se obtiene como Diagnóstico Enfermero Principal:

Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de los músculos respiratorios m/p bradipnea.

METODOLOGÍA

-Como complicación potencial principal encontramos:

Hipoglucemia.

-Tras realizar las actividades propuestas en dicho plan se observó gran mejoría en el paciente y se evitó la complicación potencial. Se alcanza el resultado en el Diagnóstico Enfermero Principal y se han mantenido los indicadores en los límites de la normalidad.

DISCUSIÓN

- -Sánchez-Rodríguez et al¹³ así como Sánchez et al¹⁴ coinciden en que se ha generado un mayor interés como respuesta a la preocupación acerca del posible impacto del ambiente nocivo de las unidades de cuidados intensivos neonatales en el desarrollo de los niños prematuros a largo plazo y que debido a ello, se ha creado una nueva filosofía del cuidado del niño prematuro, basada en la atención del desarrollo.
- -Ginovart¹⁵ añade que este modelo de atención pretende mejorar el desarrollo del niño a través de intervenciones que favorecen al recién nacido y a su familia, entendiéndolos como una unidad.

DISCUSIÓN

- -Als et al¹⁶ aportan el programa NIDCAP, el cual permite programar los cuidados favoreciendo el desarrollo de forma individualizada.
- - En el caso de nuestro paciente, le fue implantado este tipo de atención para favorecer su correcto desarrollo coincidiendo con la aplicación del cuidado del niño prematuro basada en la atención del desarrollo de Sánchez-Rodríguez et al y Sánchez et al, aunque no fue posible llevar a cabo el programa NIDCAP por no estar implantado actualmente en España.

DISCUSIÓN

- Macías et al¹⁷ y Valenzo-Catalán et al¹⁸ encontraron una relación más estrecha en pacientes con edad materna mayor de 35 años con recién nacidos prematuros.
- En cambio, Cortes-Castell et al¹⁹ hacen referencia a la relación entre madres adolescentes con recién nacidos prematuros.
- A pesar de no disponer de evidencias clínicas al respecto en el caso de nuestro paciente, parece lógico suponer que los 13 años de edad pertenecientes a la madre pueda ser un factor causante de la prematuridad de su hijo.

DISCUSIÓN

- Pérez²⁰, propone como etiqueta diagnóstica: “(00002) desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades”, que no corresponde con ninguna de nuestras etiquetas diagnósticas identificadas tras la valoración de enfermería.
- Según el plan de cuidados propuesto por Colpas et al²¹, las etiquetas diagnósticas enfermeras son: “(00004) riesgo de infección” y “(00032) patrón respiratorio ineficaz”, coincidiendo en esta última con la nuestra, por lo que estamos de acuerdo en trabajar principalmente la etiqueta: patrón respiratorio ineficaz, sin embargo, los factores de riesgo del patrón respiratorio ineficaz varían, siendo el propuesto por Colpas “disfunción neuronal (centro respiratorio inmaduro)” y en nuestro caso es: “fatiga de los músculos respiratorios” y la característica definitoria “bradipnea”.

CONCLUSIONES

1. Hemos conocido los cuidados centrados en el desarrollo pertenecientes a una nueva filosofía del cuidado del recién nacido prematuro, basados en la mejora del desarrollo, con una atención más cálida, humana y que cubre las necesidades del bebe prematuro y de su familia.
2. Hemos conocido los factores que causan prematuridad, que están relacionados en mayor medida a factores maternos siendo estos los siguientes: nacimiento múltiple, deficiente control prenatal, bajo nivel socioeconómico, edad materna menor de 15 y mayor de 35 años, exposición a enfermedad durante el embarazo, rotura prematura de la membrana amniótica, cervicovaginitis e infección en las vías urinarias.

CONCLUSIONES

3. Hemos identificado que las características funcionales del recién nacido prematuro están relacionadas con la inmadurez de todos sus órganos y sistemas generando problemas que dependerán de la edad de gestación del niño y por las condiciones que han causado la prematuridad, así como las repercusiones que éstas hayan tenido sobre el crecimiento fetal.

CONCLUSIONES

4. Hemos descrito las intervenciones de aplicación de los cuidados centrados en el desarrollo al recién nacido prematuro hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos neonatal siendo estas: mejora del entorno de las UCIN adecuando la luz y disminuyendo el ruido, realizando cuidados específicos de la posición corporal en el recién nacido prematuro, fomentando la participación de los padres en los cuidados de sus hijos, haciendo uso de analgesia no farmacológica utilizando: medidas de contención, el chupete como succión no nutritiva, lactancia materna, método madre canguro, y administración vía oral de sacarosa así como otras medidas como la música, la exposición al olor materno, los estímulos sensoriales, y el masaje.

CONCLUSIONES

5. Hemos propuesto un plan de cuidados en nuestro paciente que permitió identificar el “*PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ*” como etiqueta diagnóstica principal proponiendo objetivos e intervenciones que consiguieron resolverlo con éxito. También identificamos la “*HIPOGLUCEMIA*” como C.P. principal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nacimientos Prematuros. [Internet] Noviembre 2013 [consultado 27 diciembre 2014] Disponible en: <http://www.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- 2. Chaure-López I. Enfermería pediátrica. [1ª ed., 2ª reimp.]. ed. Barcelona [etc.] : (sp): Masson,; 2004.
- 3. Gutiez-Cuevas P, Ruiz-Veerman E. Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en Nuestro País. Agentes Contextos y Procesos. (Spanish). Psicología Educativa 2012 12;18(2):107-122.
- 4. Gallegos-Martínez J, Reyes-Hernández J, Fernández-Hernández V, González-González L. Índice de ruido en la unidad neonatal. Su impacto en recién nacidos. (Spanish). Acta Pediátrica De México [serial on the Internet]. (2011, Jan), [cited January 23, 2015]; 32(1): 5-14.
- 5. Egan F, Quiroga A, Chattás G. Cuidado para el neurodesarrollo. Revista de enfermería neonatal. FUNDASAMIN. 2012;(14).

BIBIOGRAFÍA

- 6. Sweeney J, Gutierrez T. Musculoskeletal implications of preterm infant positioning in the NICU. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2002; 16(1):58-70.
- 7. Carbajal R, Chauvet X, Couderc S, Oliver-Martin M. Randomized trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates. *BMJ*. 1999; 27; 319 (7222):1393-6.
- 8. Aguilar Cordero M, Mur Villar N, García García I, Rodríguez López M, Rizo Baeza M. Oral glucose and breast milk as a strategy for pain reduction during the heel lance procedure in newborns. *Nutricion Hospitalaria* [serial on the Internet]. (2014, Nov), [cited January 31, 2015]; 30(5): 1071-1076.
- 9. Huang CM, Tung WS, Kuo LL, Ying-Ju C. Comparison of pain responses of premature infants to the heelstick between containment and swaddling. *J Nurs Res*. 2004;12(1):31-40.

BIBLIOGRAFÍA

- 10. Lizarazo-Medina J, Ospina-Diaz J, Ariza-Riaño N. [The kangaroo mothers' programme: a simple and cost-effective alternative for protecting the premature newborn or low-birth-weight babies]. *Revista De Salud Pública (Bogotá, Colombia)* [serial on the Internet]. (2012, June), [cited February 4, 2015]; 14 Suppl 232-45.
- 11. NANDA International: Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Amsterdam; Madrid: Elsevier; 2013.
- 12. Moorhead S, Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4º ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
- 13. Sánchez-Rodríguez G, Quintero-Villegas L, Rodríguez-Camelo G, Nieto-Sanjuanero A, Rodríguez-Balderrama I. Disminución del estrés del prematuro para promover su neurodesarrollo: nuevo enfoque terapéutico. (Spanish). *Medicina Universitaria* 2010 jul;12(48):176-180.

BIBLIOGRAFÍA

- 14. Sánchez PG. Cuidado neonatal con atención al desarrollo. Rev Esp Pediatría 2002;58:28-36.
- 15. Ginovart G. Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. Aloma: revista de psicología, ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna (26):15-27.
- 16. Pérez-Molina J, Cobián-López B, Silva-Maciel C. [Maternal risk factors and premature birth in a public hospital at west of Mexico]. Ginecología Y Obstetricia De México [serial on the Internet]. (2004, Apr), [cited January 4, 2015]; 72:142-149.
- 17. Macías G, Torres M, Valdés N, Vidal M. factores prenatales relacionados con la prematuridad. Revista Cubana De Pediatría [serial on the Internet]. (2001, Jan), [cited January 4, 2015]; 73(1): 11.

BIBLIOGRAFÍA

- 18. Valenzo Catalán E, Peña Alejandro M. Condición clínica al nacer los niños de madres con edad avanzada. Revista Mexicana De Pediatría [serial on the Internet]. (2014, Sep), [cited January 4, 2015]; 81(5): 166-168.
- 19. Miranda DOH, Cardiel MLE, Reynoso E, Oslas LP, Acosta GY. Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex2003;66:22-8.
- 20. Pérez M. Plan de cuidados estandarizados para el recién nacido enfermo. [Internet] Mayo 2013 [consultado el 14 Mayo 2014] Disponible en: <http://www.slideshare.net/MarisolPerez1/plan-de-cuidados-estandarizados-para-el-recien-nacido-enfermo>
- 21. Colpas A, Daza Y. Alteraciones respiratorias. [Internet] Sep 2012 [consultado el 14 Mayo 2014] Disponible en: <http://www.slideshare.net/krorangel/altearaciones-respiratorias-diapo>

“RELACIÓN ENTRE EL
ESTRÉS Y LA
HIPERTENSIÓN Y LA
RELAJACIÓN COMO
TÉCNICA DE CONTROL”

Estefanía Martínez Cantó

María Carrión Fernández

Berta Andúgar García

Presión arterial

- La presión arterial es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias, a medida que el corazón bombea sangre a su cuerpo.
- Las lecturas de la presión arterial generalmente se dan como dos números.
 - El número superior se denomina presión arterial sistólica.
 - El número inferior se llama presión arterial diastólica.
 - Ejemplo: 120 sobre 80 (escrito como 120/80 mmHg).

Hipertensión arterial (HTA)

- Hipertensión es el término que se utiliza para describir la presión arterial alta.
 - Una presión arterial alta (hipertensión) es cuando la presión arterial es de 140/90 mmHg o mayor la mayoría de las veces.

Estrés

- El estrés es un sentimiento de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso.
- Éste es la reacción de su cuerpo a un desafío o demanda. En pequeños episodios el estrés puede ser positivo, como cuando le ayuda a evitar el peligro o cumplir con una fecha límite, sin embargo si dura mucho tiempo puede dañar su salud.
- El estrés es un sentimiento normal.

Tipos de estrés

No todo el estrés es malo. Todos los animales tienen una respuesta de estrés, y puede salvarles las vidas. Pero el estrés crónico puede causar daño tanto físico como mental.

Hay por lo menos tres diferentes tipos de estrés:

- Estrés rutinario relacionado a la presión del trabajo, la familia y otras responsabilidades diarias
- Estrés provocado por un cambio negativo repentina, como la pérdida de un trabajo, divorcio o enfermedad
- Estrés traumático, que ocurre cuando se encuentra en peligro de ser gravemente herido o muerto. Por ejemplo, un accidente grave, guerra, asalto o un desastre natural. Este tipo de estrés puede causar trastorno de estrés postraumático.

Signos de demasiado estrés

El estrés puede causar muchos tipos de síntomas físicos y emocionales.

- Aquí hay algunos signos de que el estrés le puede estar afectando:
 - Diarrea o estreñimiento
 - Mala memoria
 - Dolores y achaques frecuentes
 - Falta de energía o concentración
 - Problemas sexuales
 - Cuello o mandíbula rígidos
 - Cansancio
 - Problemas para dormir o dormir demasiado
 - Malestar de estómago
 - Uso de alcohol o drogas para relajarse
 - Pérdida o aumento de peso

El estrés y su cuerpo

- Su cuerpo reacciona ante el estrés al liberar hormonas. Estas hormonas hacen que su cerebro esté más alerta, que sus músculos se tensionen y aumenta su pulso. A corto plazo, estas reacciones son buenas porque pueden ayudarlo a manejar la situación que causa el estrés.
- Cuando tiene estrés crónico, su cuerpo se mantiene alerta incluso cuando no hay peligro. Con el tiempo, esto le pone en riesgo de problemas de salud, incluyendo:
 - Presión arterial alta
 - Insuficiencia cardíaca
 - Diabetes
 - Obesidad
 - Depresión o ansiedad
 - Problemas de la piel, como acné o eczema
 - Problemas menstruales

Estrés e hipertensión arterial

- El estrés conlleva un exceso en la producción de catecolaminas (parecidas a la adrenalina), provocando a su vez un aumento de la frecuencia cardíaca.
- Lo que se traduce en un aumento de los niveles tanto de grasas como de azúcares, con las consecuencias claramente negativas que esto supone.
- Situaciones continuadas de estrés (estrés crónico), pueden desembocar en la aparición de arritmias, algo que unido a una tensión arterial alta, es algo mucho más peligroso, pudiendo causar además un infarto.

Repercusión del estrés laboral en la HTA

- La actividad laboral se asocia a incrementos en los valores medios de presión arterial que pueden o no atravesar el umbral de hipertensión.
- La respuesta puede ser diferente en hombres y mujeres trabajadores:
 - El varón se ve más afectado por las demandas profesionales y situaciones de agresividad o ira contenidas.
 - La mujer, sobre todo si es además madre de familia, presentaría mayor respuesta al estrés doméstico que al que manifestaba durante el trabajo.
- Algunas personas con antecedentes familiares de hipertensión podrían resultar más sensibles al efecto del estrés y contribuir éste al desarrollo de hipertensión en el futuro.

Influencia de las emociones en la hipertensión: ansiedad (I)

- Determinados rasgos psicosociales como la variabilidad emocional negativa, que suele acompañarse de menor satisfacción social, mayor percepción de estrés diario, rasgos de ansiedad y síndrome depresivo suelen asociarse a una mayor respuesta de presión arterial y frecuencia cardíaca ante las emociones negativas percibidas a lo largo del día.
- A pesar de la alta prevalencia de la ansiedad, a menudo tarda en establecerse su relación con una variedad de síntomas somáticos dirigidos a diferentes órganos y aparatos: cefalea tensional, síndrome del colon irritable, dolor torácico atípico, fibromialgia, síndrome premenstrual...

Influencia de las emociones en la hipertensión: ansiedad (II)

- Los pacientes hipertensos pueden experimentar ansiedad al ser conscientes de su diagnóstico.
- La presión arterial aumenta en las personas que experimentan crisis de angustia. La ansiedad sobre hipertensión provoca más hipertensión, y la hipertensión sobre la ansiedad provoca más ansiedad.

¿Cómo prevenir que el estrés provoque HTA?

- Una de las recomendaciones básicas que deben darse, es la de optar por un estilo de vida tranquilo y relajado, adoptando hábitos de vida saludable.
- Recuerda que no es normal sentir estrés diariamente, ya que ello se debe a una situación personal de incertidumbre que nos genera inseguridad y miedo.

Técnica de control de estrés para controlar la PA: la relajación

- La relajación es una técnica de autocontrol del sistema nervioso que puede ser utilizada como ayuda para el control de la hipertensión arterial.
- Los individuos pueden relajarse voluntariamente en distintas situaciones de su vida personal o profesional, lo cual favorece una disminución de la presión arterial (PA)
- No puede considerarse como la única herramienta para el manejo de la hipertensión.

Manejo activo del estrés

- Para los pacientes hipertensos es importante aprender a enfrentarse al estrés.
- El entrenamiento autogénico ayuda al individuo a hacer frente con confianza a la rutina diaria y al estrés de la vida cotidiana y aumenta el bienestar, de forma suave y continua.
- Con el entrenamiento autogénico, la relajación se logra repitiendo en silencio palabras con visualizaciones (autosugestión). La repetición de las fórmulas tiene un efecto equilibrante sobre el sistema nervioso autónomo.
- El método es igualmente idóneo para niños, adolescentes y adultos.

Ejercicios básicos (I)

- **Ejercicio de pesadez:** La concentración se fija en una parte en particular del cuerpo, normalmente un brazo o una pierna. Una fórmula típica podría ser: "Mi brazo pesa mucho". Más tarde se puede extender la pesadez a otras partes del cuerpo hasta alcanzar la totalidad del mismo.

- **Ejercicio de calentamiento:** al igual que en el ejercicio de gravedad, se sugiere que al principio una parte del cuerpo en particular se sienta realmente caliente. Más tarde, el calor calmante se extiende por todo el cuerpo.

- **Ejercicio de respiración:** Una fórmula podría ser: "Mi respiración es muy tranquila".

- **Ejercicio de estómago:** La concentración se fija en la parte superior del abdomen. Con esto, el calor se canaliza a esta región corporal.

- **Ejercicio cardiaco:** los latidos del corazón se hacen más regulares y tranquilos, a través de la concentración sobre el ciclo del propio latido cardiaco de la persona.

Ejercicios básicos (II)

- Cada ejercicio se realiza con sus diversos componentes (p. ej. "pesadez" y "calor" y "percepción de la propia respiración") que dura en total de 3-5 minutos.
- Se efectúan en posición sentada (o si lo requiere el caso, recostado) con los ojos cerrados.
- El entrenamiento autogénico debe realizarse en un cuarto oscuro que sea lo más tranquilo posible.
- Se recomienda aprender la técnica correcta del entrenamiento autogénico en cursos impartidos por profesionales.

Gestión correcta del tiempo

- El estrés se produce con frecuencia por una gestión incorrecta del tiempo. El estrés se puede evitar con determinadas reglas en la planificación de su tiempo.
- Mediante dicha gestión es posible enfrentarse al estrés tanto en el entorno privado como en el profesional.
- El ajuste de las tareas principales y los tiempos fijos asignados son un importante requisito previo para gestionar el tiempo satisfactoriamente:
 - Sea consciente de sus principales tareas y después anote los tiempos fijados en un diario.
 - Después de esto, se pueden planificar todas las demás tareas y actividades alrededor de estas fechas establecidas.

Reglas para la gestión del tiempo

- Las unidades de trabajo no deben durar más de 60 minutos.
- El mismo trabajo debe agruparse junto en bloques.
- Entre los bloques debe haber variación dentro de las áreas de trabajo.
- Deben incorporarse pequeñas pausas de 5-15 minutos entre las unidades de trabajo.
- Las tareas difíciles que requieran concentración y fuerza no deben realizarse en el "periodo bajo" del día (12.00-15.00 h).
- Además, debe llevar una lista de las cosas a hacer, anotando la tarea, el tiempo estimado que le llevará y la fecha de finalización.

Relajación muscular progresiva

El propósito de la relajación muscular progresiva es experimentar conscientemente la diferencia entre la tensión y la relajación así como la aplicación de presión y el alivio de la presión. Todos los músculos del cuerpo, desde la cabeza a los dedos de los pies, se tensan conscientemente y se relajan de nuevo. Cuando se afloja la tensión muscular causada por el estrés, también se libera el estrés.

Los ejercicios se realizan sentado, con los ojos cerrados.

La relajación muscular progresiva se puede aplicar casi en todas las condiciones, ya sea por la noche antes de quedarse dormido, durante una reunión, en situaciones de miedo, en situaciones de prueba, en el despacho, en el tren/avión o durante una breve pausa durante un largo viaje en coche, y en muchas otras situaciones. Es posible el autoaprendizaje con la ayuda de libros, casetes o CD de relajación.

¿Cómo se hace?

Hay que centrarse en un grupo de músculos, por ejemplo, los de la mano derecha.

- Mantenga la tensión unos 5-8 segundos.
- A continuación, relaje conscientemente las manos durante unos 30 segundos. Repita el ejercicio.
- Tras 40 segundos de relajación, pase al siguiente grupo de músculos.

Con el tiempo la persona es consciente de la contracción (tensión) y la relajación. Uno se da cuenta rápidamente cuando puede aumentar el número de ejercicios, con qué frecuencia se pueden repetir éstos y cuando debe parar para no dejar que el efecto positivo de la relajación muscular progresiva se convierta en contraproducente.

Practicar la técnica con regularidad.

Cambio de Actitudes y rasgos de conducta

- Evitar las expresiones negativas y cambiarlas por actitudes positivas.
- Si está a punto de enfrentarse a un reto o a una situación desagradable, imagine lo que pasaría en el peor de los casos. Piense en una forma viable de esta situación y dele la vuelta para su propio beneficio.
- Valore las situaciones críticas positivamente. Busque el lado positivo de su oponente. Intente comprender su acción y por qué él o ella toma esas decisiones.
- Resuelva sus conflictos interiores. Si es capaz de resolver los conflictos, conseguirá una actitud relajada.
- Analice los estímulos que le preocupan. Después de que usted conozca lo que le preocupa, piense cómo puede minimizar o eliminar estos estímulos.

Actividades cotidianas

- Concédase a sí mismo pausas para relajarse. No sólo durante el trabajo, si no también los fines de semana.
- En particular, asegúrese de dormir lo suficiente.
- Fomente la comunicación positiva.
- Trabaje en los problemas de sus relaciones. Los problemas del matrimonio o de convivencia ejercen una influencia negativa y causan estrés.
- Haga que su tiempo libre sea estimulante y variado.

Bibliografía

- <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000468.htm>
- <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003211.htm>
- <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/stress.html>
- <http://www.psicocardiologia.com.ar/artcomunidad/157-hipertension-estres-y-emociones-negativas.html>

VALORACIÓN NEUROLÓGICA EN ENFERMERÍA: DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA Y EXPLORACIÓN DE PUPILAS.

BERTA ANDÚGAR GARCÍA

MARÍA CARRIÓN FERNÁNDEZ

ESTEFANÍA MARTÍNEZ CANTÓ

ALICIA GARCÍA EGEA

ÍNDICE:

• Estado de conciencia: Escala Glasgow.	3
• Escala Glasgow: Puntuación.	4
• Interpretación Glasgow.	5
• Valoración pupilar.	6
• Pupilas en condiciones normales.	7
• Alteración de tamaño.	8
• Alteración de simetría.	9
• Valoración de la reactividad pupilar.	10
• Bibliografía.	11

ESTADO DE CONCIENCIA: ESCALA GLASGOW.

- Método sencillo, objetivo y fiable.
- Valoración (cuantitativa) del estado de conciencia.
- Indicación principal: TCE (Traumatismo craneoencefálico).

- Se evalúan 
 - APERTURA OCULAR
 - RESPUESTA VERBAL
 - RESPUESTA MOTORA

ESCALA GLASGOW: PUNTUACIÓN

RESPUESTA	MANIFESTACIÓN	PUNTUACIÓN
APERTURA OCULAR	Espontánea	4
	Ante una orden verbal	3
	En respuesta al dolor	2
	No los abre	1
VERBAL	Orientado	5
	Conversación confusa	4
	Se reconocen palabras	3
	Incomprensible (quejidos)	2
	No respuesta, no habla	1
MOTORA	Obedece órdenes	6
	Se mueve hacia estímulo dolor	5
	Retira miembro hacia estímulo	4
	Postura decorticación	3
	Postura descerebración	2
	No respuesta, no se mueve	1
		Máximo: 15 puntos

INTERPRETACIÓN GLASGOW:

- 15 Puntos: Sin afectación cerebral, estado de alerta.
- 15-13 Puntos: Leve afectación cerebral.
- 12-8 Puntos: Moderada afectación.
- Menos de 7 Puntos: Grave compromiso central, coma profundo, mal pronóstico.

VALORACIÓN PUPILAR:

- Se explora {
 - TAMAÑO
 - SIMETRÍA
 - REACCIÓN PUPILAR A LA LUZ
- Obtenemos información del III Par craneal: Motor ocular común (su compresión, parálisis, etc. Responde con alteración de la actividad pupilar.

PUPILAS EN CONDICIONES NORMALES:

- En condiciones de equilibrio entre la inervación simpática y parasimpática las pupilas son **redondeadas y situadas en la línea media del ojo.**
- **Diámetro: 2-3mm de ambas.**
- Las pupilas en estado normal se denominan: **Isocóricas.**

ALTERACIONES DE TAMAÑO:

- **MIDRIASIS:** Aumento del tamaño pupilar (por dominio de la inervación simpática). Causas: Traumatismos oculares, lesión III par craneal, fármacos o drogas anticolinérgicos, colirios con fines diagnósticos, intoxicación por cocaína.
- **MIOSIS:** Disminución del tamaño pupilar (por dominio de la inervación parasimpática). Causas: Cuadros por encefalopatía metabólica, lesiones hemisféricas bilaterales (hemorragia talámica o hidrocefalia), afectación del tronco cerebral o III par craneal. Sobredosis por narcóticos (pupilas puntiformes con diámetro menor de 1mm).

ALTERACIÓN DE SIMETRÍA:

- **ANISOCORIA:** El tamaño de las pupilas es diferente. Aumento o disminución unilateral de una pupila. Causas: Aumento unilateral por presencia de masa ipsilateral (lesión mesencefálica intrínseca). Síndrome de Horner (miosis unilateral por arreactividad a la luz). Miosis unilateral por hemorragia cerebral que afecten al tálamo (afección del mismo lado).

VALORACIÓN DE LA REACTIVIDAD PUPILAR:

- Ante estímulo luminoso:
- **Reflejo fotomotor:** al iluminar el ojo se produce la contracción de la pupila.
- **Reflejo consensuado:** se valora al mismo tiempo que el anterior. La pupila del ojo no iluminado también se contrae (condiciones normales).
- **Reflejo de conjugación de la mirada:** ambos ojos se sincronizan para seguir hacia arriba, abajo, derecha e izquierda una luz en movimiento.
- **Reflejo de acomodación:** el tamaño pupilar cambia al acercarse (contracción) o alejar (dilatación) un objeto al ojo (un dedo).

BIBLIOGRAFÍA:

- Andrés CD. Técnicas y procedimientos habituales en enfermería. Sistema neurológico. En: Monpart MP. Andrés CD. Acebes SE. Manual DAE de Enfermería. EIR. Oposiciones. Vol 1. 2ª ed. España: Difusión Avances de Enfermería (DAE);2011. p. 497-499.
- Grupo CTO. Valoración y cuidados de enfermería a personas con problemas neurológicos. En: Díaz P. Mezcúa NS. Salinero HM. Oposiciones de Enfermería Comunidad Autónoma de las Islas Canarias. Vol 2. CTO Editorial; 2012. p. 583.

CATETERIZACIÓN ARTERIAL

CARMEN M^a CEGARRA
BERENGUER

CONCEPCIÓN ALCÁZAR
GAMBIN

ALICIA GARCÍA EGEEA

BERTA ANDUGAR GARCÍA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. ¿QUÉ ARTERIAS UTILIZAMOS?
3. COLOCACIÓN
4. PROCEDIMIENTO
5. INDICACIONES
6. CONTRAINDICACIONES
7. COMPLICACIONES
8. CUIDADOS ENFERMEROS DEL CATÉTER ARTERIAL
9. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La cateterización arterial es una técnica invasiva, no exenta de complicaciones, que nos permite mantener un acceso directo y permanente con el sistema arterial del paciente. Gracias a ello, y previa colocación de un mecanismo de medición, disponemos de un control continuo de la presión arterial. También nos permite extraer muestras para la determinación de gases.

¿QUÉ ARTERIA UTILIZAMOS?

Deben de reunir una serie de requisitos, como normal general:

Garantía de provisión de sangre arterial en las regiones distales al punto de punción.

Fácil canalización.

Mínimo daño tisular.

Posibilidad de cohibir una eventual hemorragia en el punto de la punción.

Mínima limitación funcional del paciente.

Reducidos cuidados de mantenimiento.

Arteria Radial: es la de elección, pues reúne todos los requisitos.

Otras arterias posibles son la pedia, la humeral y la femoral (ésta última presenta un alto riesgo de infección por ser una zona séptica).

COLOCACIÓN

Una vez elegida la arteria debemos, en primer lugar, identificar adecuadamente el trayecto de la arteria. Antes de la punción hay que inmovilizarla porque su elevada presión interior hace que se desplace lateralmente cuando intentamos punzarla.

Disponemos de dos técnicas:

1. Con los dedos índice y corazón de la mano que no va a realizar la punción se oprime, sin llegar a cortar el flujo sanguíneo, en dos puntos equidistantes del lugar de punción.

2. Con los dedos índice y corazón de la mano libre, se oprimen fuertemente las estructuras que quedan a los lados de la arteria, a la altura del lugar de punción

PROCEDIMIENTO

- Se debe, lo primero, informar al paciente de lo que se va a realizar.
- Rasurado, si procede, y limpieza de la zona.
- Impregnación con yodo.
- Aislamiento con campos estériles e inmovilización de la arteria.
- Punción con trocar.
- Introducción, por su interior, de una guía metálica.
- Retirada del trocar.
- Deslizamiento, sobre la guía, de la cánula definitiva.

- Comprobar reflujo de sangre en concordancia con los latidos cardiacos.

- Fijar con sutura a piel.

-Además, debemos tener preparado el sistema de mantenimiento y medición de la presión arterial:

- Manguito de presión para fluido terapia.

- Suero fisiológico 250cc en envase flexible. Se puede añadir 15 mg de heparina sódica para evitar así la aparición de trombos.

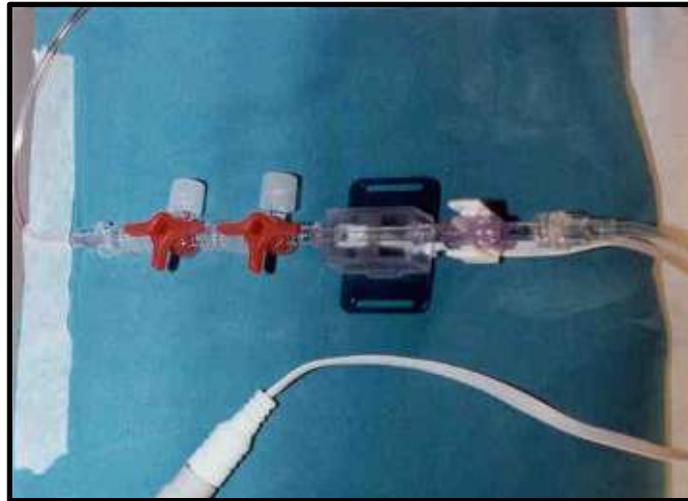
- Sistema de suero.

- Cápsula de presión.

- Soporte de cápsula.

- Regulador de flujo.

- Llave de 3 pasos.
- Alargadera.
- Cable de conexión de la cápsula al monitor.
- Monitor con módulo de medición de presiones.



INDICACIONES

- Monitoreo continuo de la presión arterial es esencial cuando se anticipan cambios hemodinámicos rápidos.
- Muestras frecuentes de sangre arterial.
- Imposibilidad para la medición no invasiva
- Uso de balón de contrapulsación intraaórtico

Errores 2º al sistema de medida: Comprobar ausencia de aire, coágulos y acortar circuitos al máximo.

CONTRAINDICACIONES

- Coagulopatía
- Enfermedad vascular periférica severa o por la presencia de vasos sanguíneos tortuosos
- Obstrucción vascular proximal al sitio de inserción
- Ausencia de circulación colateral
- Lesiones en el sitio de canulación
- Pacientes con VT (válvula tricúspide) protésica
- Pacientes con una deficiencia en el sistema inmunológico

COMPLICACIONES

Aumentan a partir de las 72 horas de canalización.
Destacan:

1. Espasmo arterial. Suele constatarse una ausencia de la curva en el monitor. Para revertirlo puede utilizarse el calentamiento del miembro contralateral o la infusión de lidocaína al 1% (0.1 ml) más 0.9 ml de suero salino. También se puede aplicar pomada de nitroglicerina.

2. Trombosis: Deterioro de la curva, signos de isquemia distal y disminución de la saturación cutánea distal. Se puede revertir desobstruyendo (con estreptokinasa) o retirándola. En caso de trombosis, la recanalización suele ser total en el caso de la arteria radial.

3. Infección: Rara si las medidas de asepsia son rigurosas.

4. Hemorragia por el lugar de punción: Introducir bien el catéter e inmovilizar correctamente. Presionar unos 5-10 minutos sobre el lugar de punción.

5. Desconexión y hemorragia.

6. Embolias gaseosas: Posibles en lavados intermitentes con circuitos no cerrados.

7. Complicaciones menos frecuentes: Lesión en nervios periféricos, arteritis, aneurisma, fístula arteriovenosa.

CUIDADOS ENFERMEROS DEL CATÉTER ARTERIAL

- Preparación del paciente
- Limpieza y desinfección del punto de inserción
- Asepsia del profesional
- Cuidado y mantenimiento del catéter después de su inserción.
- Fijación del catéter
- Punto de inserción
- Apósitos
- Registro
- Extracción de muestras sanguíneas
- Cambio de catéter
- Retirada del catéter

BIBLIOGRAFÍA

- Implantación, cuidado y mantenimiento del PICC. Metas de Enfermería, septiembre 1998.
- Montejo I.C., García de Lorenzo A. y cols. Manual de medicina intensiva. Mosby/Doyma libros S.A. 1996.
- SIMARRO BLASCO, J.A. et al. Estudio comparativo de la presión arterial invasiva frente a la presión arterial no invasiva: Valoración de la diferencia. Enferm. glob. [online]. 2011, vol.10, n.24, pp. 0-0. ISSN 1695-6141. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400006>.

- LAUGA, Aina y D'ORTENCIO, Alfredo. Monitoreo de las presiones de la arteria pulmonar: Catéter de Swan-Ganz Parte I. Insuf. card. [online]. 2007, vol.2, n.1, pp. 5-11. ISSN 1852-3862.
- Cantos Y. Manual de cuidados intensivos para enfermeras. Monitorización invasiva del sistema cardiovascular;53-59.C.D.C. Guía de prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravasculares. EE UU: BD y3M; 2002:44-70-71.
- Ivas nules , Antonio Martinez Sabater.Enfermeria integral .Revista científica del colegio oficial de ATS de Valencia.Dialnet .uniroja.es.ISSN 0214-128 Nª87 2009 Pags 3-5.

ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

CONCEPCIÓN ALCÁZAR GAMBIN

CARMEN M^a CEGARRA
BERENGUER

ALICIA GARCÍA EGEEA

BERTA ANDUGAR GARCÍA

ÍNDICE

1. ARTEREOPATÍA PERIFÉRICA
2. EPIDEMIOLOGÍA
3. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL ITB
4. FACTORES DE RIESGO
5. SIGNOS Y SÍNTOMAS
6. CLASIFICACIÓN DE FONTAINE
7. ULCERA ARTERIAL TÍPICA
8. DIAGNÓSTICO DE AP
9. MÉTODO DOPPLER VS ESFINGOMANÓMETRO DIGITAL
10. ¿A QUE PACIENTES VA DIRIGIDO?

11. ¿COMO SE REALIZA?
12. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
13. LIMITACIONES
14. TRATAMIENTO EAP
15. PLAN DE EJERCICIOS
16. CUIDADOS DE ENFERMERÍA
17. CONSIDERACIONES FINALES
18. BIBLIOGRAFÍA

ARTEREOPATÍA PERIFÉRICA

- Estenosis u obstrucción de la luz arterial debido a la formación de placas de ateroma, que provoca una disminución del aporte sanguíneo a los tejidos.
- Es la manifestación de la arteriosclerosis más silente y menos conocida. Las otras son el ACV isquémico y la cardiopatía isquémica.

TIPOS:

- **AGUDA:** por desprendimiento de una placa de ateroma o eventos trombóticos.
- **CRÓNICA.** Obstrucción progresiva por el crecimiento de placas.

EPIDEMIOLOGÍA

- En 70 años, afecta a un 15-20%.
- Hombres > mujeres (sobretudo en edades más jóvenes). En edades más avanzadas, la diferencia disminuye hasta casi igualarse.
- Aprox. 1 de cada 3-4 pac. con DM tipo II tiene EAP.
- Aprox. 1 de cada 2-3 pac. con ACV isquémico o IAM tiene EAP.

IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL ITB

- Es un indicador de enfermedad arteriosclerótica sistémica
- La prevalencia estimada por ITB es del 26,7% mientras que por clínica solo del 6,4%.
- Control de los FR e iniciar terapia antiagregante.
- Porque es una prueba barata, no invasiva , y de fácil realización en Atención Primaria.

FACTORES DE RIESGO

- NO MODIFICABLES

- Raza
- Sexo
- Edad

- MODIFICABLES

- **Tabaco**
- **DM**
- **Dislipemias**
- HTA
- Hiperhomocisteinemia (Pacientes jóvenes con EAP).
Aumenta la oxidación del LDL y disminuye la síntesis de óxido nítrico.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- La **claudicación intermitente**: dolor quemante que aparece con la actividad y cede tras ella, producido por la formación de ácido láctico en el músculo por metabolismo anaerobio. Aparece en los mismos grupos musculares.
- **Ausencia o disminución de pulsos.** Sobre todo después del ejercicio.



PATOGNOMÓNICOS DE EAP

- La mayoría de casos son asintomáticos debido al desarrollo de circulación colateral. Los síntomas se presentan cuando la obstrucción >70%) Solo 1 de cada 3 presentan síntomas.

CLASIFICACIÓN DE FONTAINE

- **Estadio I:** asintomáticos. Pacientes sedentarios no presentarán clínica y podrán evolucionar repentinamente a un estadio III.
- **Estadio II:** Claudicación intermitente
- **Estadio III:** Dolor en reposo, extremidad fría y pálida. En algunos casos aparece rubor a la pendiente debido a la VD cutánea.
- **Estadio IV:** Isquemia crítica y lesiones tróficas, en partes distales.

ÚLCERA ARTERIAL TÍPICA

ASPECTOS A VALORAR	PERFIL TÍPICO DE LA ÚLCERA ARTERIAL
Localización	Se presentan, generalmente en zonas distales: zona plantar, borde externo del pie, espacios interdigitales, talón y dedos. También pueden localizarse en zonas cercanas a la articulación de la rodilla, sobre todo en la cara lateral externa
Tamaño	Habitualmente, pequeñas
Forma	Redondeada
Profundidad	Con frecuencia es superficial y en ocasiones profundas
Bordes	Lisos, regulares y con frecuencia hiperémicos
Piel perilesional	Pálida, sin vello, brillante, delgada
Dolor	Presente, intenso y continuo, siendo un síntoma clínico de primera magnitud para el diagnóstico diferencial con úlceras de otras etiologías
Fondo	Pálido, esfacelado necrótico y fibroso
Exudado	Seco / No exudativa
Etiología	Isquemia
Infección	Si
Edema	No
ITB	Disminuido

DIAGNÓSTICO DE AP

- Anamnesis y exploración física.
- Pruebas complementarias:
 - ✓ ÍNDICE TOBILLO-BRAZO. Se considera la prueba más rentable por tener buena sensibilidad y reproductibilidad.
 - ✓ Otras: Angiografía, Eco-doppler...

El ITB se puede realizar con doppler o esfingomanómetro digital.

MÉTODO DOPPLER VS ESFINGOMANÓMETRO DIGITAL

- Doppler:
 - Variabilidad interobservador.
 - Requiere un mayor adiestramiento.
 - Mayor consumo de tiempo (>15min)
 - + sensible
- Esfingomanómetro digital:
 - Mas sencillo y económico
 - Tiende a sobreestimar las PAS en tobillo, por lo que **se debería sospechar vasculopatía arterial con valores de 0,9-1.**

¿A QUE PACIENTES VA DIRIGIDO?

Según la American Heart Association (AHA):

- Sujetos >70 años.
- 50-69 años que sean diabéticos o fumadores.
- Aquellos que tengan síntomas sugestivos de EAP.
- <50 años diabéticos + algún FRCV (dislipemias, HTA).

No está recomendado realizarlo a pacientes que hayan padecido otros eventos aterotrombóticos porque las medidas terapéuticas serán las mismas.

¿COMO SE REALIZA?

- Paciente en reposo 10 min previos en decúbito supino.
- Determinación de la PAS en ambos brazos.
- Se dividirá la mayor PAS braquial entre la PAS de ambas EEII.
- Así, obtendremos dos valores de ITB, uno para cada miembro.
- El valor definitivo será el ITB más bajo.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- **En circulación normal:** PAS tobillo = o poco > PAS braquial. Al PAS tobillo/PAS braquial = o > 1.
- **Si insuficiencia arterial:** Pas tobillo < PAS braquial.

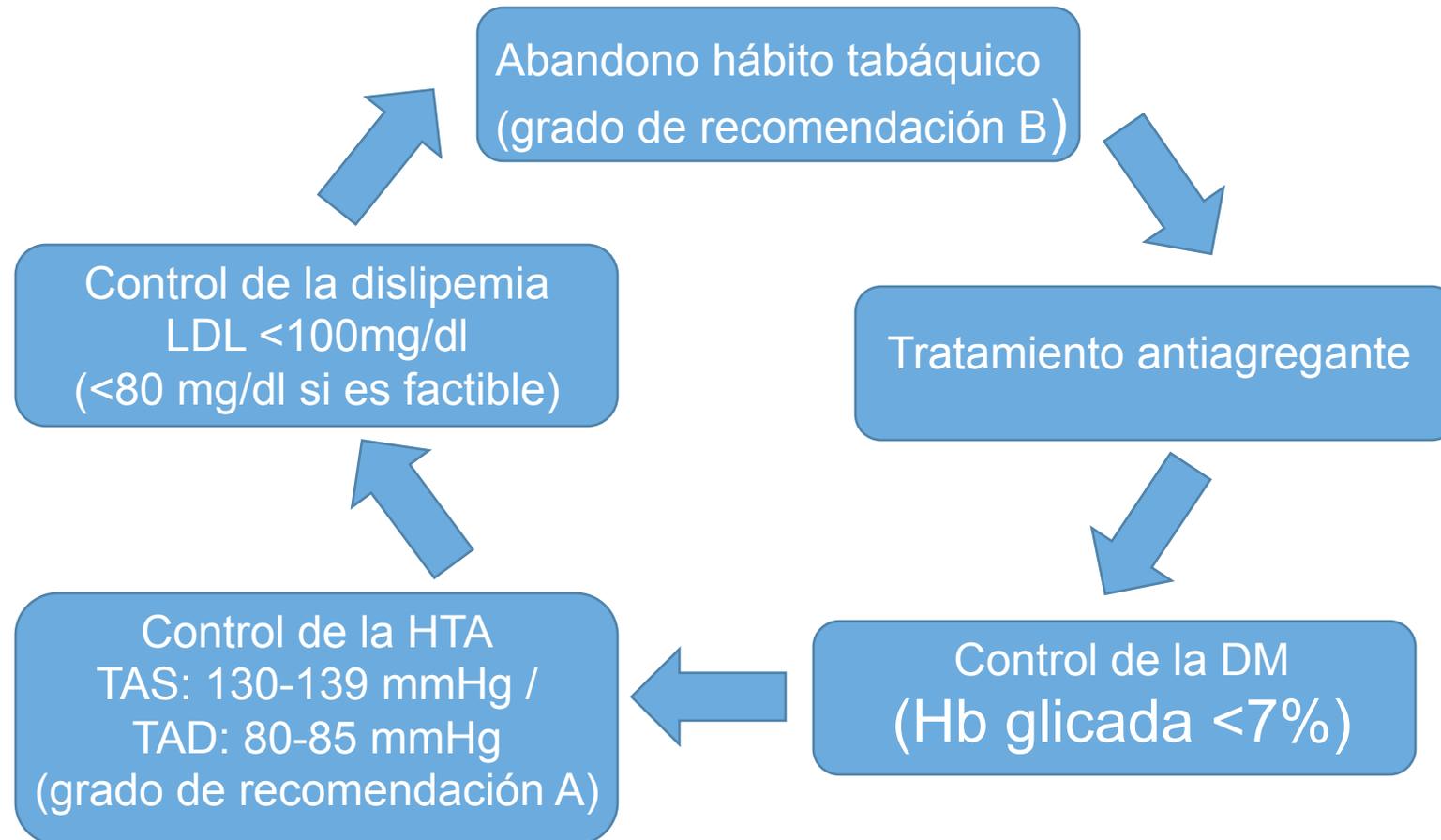
Al % PAS tobillo/PAS braquial <0,9.

- ITB entre 0,9-1,3= Normal
- ITB <0,9 = Dx de A.P
 - Entre 0,7-0,9: Estenosis leve
 - Entre 0,5-0,7: Estenosis moderada
 - Menor 0,5: Estenosis grave. Dolor en reposo. Baja probabilidad de curación si úlcera isquémica. Recanalización arterial.
- ITB >1,3 = Calcificación arterial o insuficiencia venosa (diabéticos, ancianos, tto crónico con corticoides...)

LIMITACIONES

- **CALCIFICACIÓN ARTERIAL: Diabéticos**, ancianos y trasplantados renales. (PAS falsamente elevadas)
 - Así, ante la presencia de una PAS tibial >220 mmHg, el ITB no sería fiable para descartar A.P.
- Si el tensiómetro diera error en varias ocasiones en las EEII, se calificaría al paciente con un ITB $<0,5$, pues no habría detección de pulsos.

TRATAMIENTO EAP



PLAN DE EJERCICIOS

Contribuirá al desarrollo de circulación colateral, disminuirá la viscosidad sanguínea y los FRCV.

- Caminata intermitente: La intensidad del ejercicio deberá ser tal que produzca síntomas a los 3-5'. Recuperación hasta que la claudicación cese.
- Mínimo 3 veces-semana durante 15-60' al menos durante 6 meses.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- En los pacientes con úlceras en MMII es necesario determinar ITB antes de aplicar terapia compresiva.
- La terapia compresiva está indicada para el tto de las úlceras por insuficiencia venosa. Antes de aplicar un vendaje hay que determinar ITB por una posible insuficiencia arterial concomitante.
- Si ITB $>0,8$: indicada terapia compresiva con $P < 40$ mmHg (Proguide).
- Si ITB $0,8-0,6$: terapia compresiva suave. $P=20$ mmHg.
- **Si $<0,6$: CONTRAINDICACIÓN DE TP COMPRESIVA.**

- No efectuar masajes sobre las prominencias óseas: pueden ocasionar daños adicionales y NO previenen lesiones .
- Prevención con ácidos grasos hiperoxigenados.
- Vigilancia de los pies: cortar correctamente las uñas, hidratación...
- En necrosis secas, evitar desbridamiento pues aumenta el riesgo de infección y de amputación. Mantener ambiente seco (antiséptico).

CONSIDERACIONES FINALES

- Evitar la exposición al frío.
- Aplicación de calor, que no debe exceder la temperatura corporal para no aumentar la tasa metabólica.
- Las alteraciones emocionales provocan estimulación del SNS, que produce vc periférica.

BIBLIOGRAFÍA

- Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. Rev Esp Cardiol. 2007;60(9): 969-82
- Directrices para el tratamiento de úlceras venosas. Rev Enf. Global. 2010.
- Guía española de consenso multidisciplinar en Enfermedad arterial periférica de extremidades inferiores. SEMFY 2012.
- Guía de práctica clínica para la prevención y cuidados de las úlceras arteriales (SAS) 2009.

- Arévalo-Manso JJ, Juárez-Martín B, Fernández-Rodríguez G, Martínez-Sánchez P, Parrilla-Novo P, Pérez-Fernández E, et al. Precisión diagnóstica de un dispositivo automático en la determinación del índice tobillo-brazo en pacientes con ictus isquémico. Rev Neurol 2012; 55: 129-36.

“ELABORACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS. PACIENTE CON ANOREXIA NERVIOSA”

MARÍA CARRIÓN FERNÁNDEZ
BERTA ANDÚGAR GARCÍA
ESTEFANÍA MARTÍNEZ CANTÓ

INTRODUCCIÓN

-La anorexia nerviosa ha despertado gran interés en los medios sanitarios y sociales ya que es una enfermedad que esta muy influenciada a nivel sociocultural y tiene un estrecha relación con los cambios en los hábitos alimentarios y el ideal estético.

-Es una enfermedad caracterizada por la pérdida de peso autoinducida acompañada por una distorsión de la imagen corporal, cuya presencia es indicativa de un estado patológico del individuo y puede tener consecuencias muy graves para la salud de quien la sufra.

Consecuencias:

a) Orgánicas, derivadas de la malnutrición.

- Alteraciones hormonales.
- Amenorrea.
- Osteoporosis.
- Fracturas.
- Anemia.
- Deshidratación.
- Alteraciones electrolíticas.

b) Psicológicas:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Obsesión.
- Aislamiento social.
- Problemas sociales.

-Tipos anorexia nerviosa:

- a) Restrictivo, el individuo restringe el tipo y la cantidad de alimento sin recurrir a atracones o purgas.
- b) Compulsivo/purgativo, el individuo también recurre a episodios regulares de atracones y/o purgas.

-El diagnóstico y tratamiento precoces son esenciales porque mejoran considerablemente su pronóstico.

-La enfermera de atención primaria tiene un papel fundamental en el tema de la detección precoz, ya que debería ser el primer contacto ante la enfermedad y porque el seguimiento de estos pacientes es casi de por vida.

-Las causas principales de mortalidad son inanición, suicidio y muerte súbita de causa cardíaca.

OBJETIVOS

- Adquirir los conocimientos enfermeros suficientes para poder intervenir en pacientes que sufran anorexia nerviosa.
- Aumentar la calidad de los cuidados de enfermería en pacientes con anorexia nerviosa en atención primaria.

MÉTODO

Proceso de atención de enfermería:

1. Valoración.

2. Diagnóstico.

3. Planificación.

4. Ejecución.

5. Evaluación.

Caso clínico:

-Paciente de 19 años diagnosticada de anorexia nerviosa en un estadio avanzado, acude a consulta especializada para pedir ayuda e intentar salir de la enfermedad.

Estado físico malo, con extrema delgadez y amenorrea de cinco meses de evolución, presenta carácter agresivo y una relación familiar distante desde el inicio de la enfermedad.

1. VALORACIÓN:

Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal de riesgo que pueden general problemas de salud .

También puede buscar evidencias de los recursos con que cuenta el cliente.

2.DIAGNÓSTICO :

Analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales que contribuyen la base de los cuidados.

También hay que identificar los recursos que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.

3.PLANIFICACIÓN:

- Determinar las prioridades necesarias.
- Fijar los objetivos esperados.
- Determinar las intervenciones.
- Anotar o individualizar el plan de cuidados.

4.EJECUCIÓN:

Puesta en práctica del plan.

No solo actuar, hay que pensar y reflexionar sobre lo que se esta haciendo.

5.EVALUACIÓN:

Comparar las respuestas de la persona.

Determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Seguir con la planificación o modificarla si es necesario.

RESULTADOS

Patrón alterado: Patrón percepción de la salud- manejo de la salud.

Diagnóstico principal: Mantenimiento inefectivo de la salud r/c afrontamiento individual ineficaz m/p historia de falta de conductas generadoras de salud.

00099 Mantenimiento inefectivo de la salud.

NOC:

- 0313 Nivel de autocuidado: Puntuación actual 2. Puntuación diana 4. Tiempo previsto 30 días.
- 1602 Conducta de fomento de salud: Puntuación actual 2. Puntuación diana 5. Tiempo previsto 30 días.
- 1603 Conducta de búsqueda de salud: Puntuación actual 2. Puntuación diana 5. Tiempo previsto 30 días.
- 1908 Detección del riesgo: Puntuación actual 2. Puntuación diana 5. Tiempo previsto 15 días.

NIC:

- 0180 Manejo de la energía.
- 1100 Manejo de la nutrición.
- 1240 Ayuda a ganar peso.
- 4360 Modificación de la conducta.
- 5510 Educación sanitaria.

CONCLUSIONES

- Los profesionales de enfermería tienen los conocimientos y aptitudes suficientes para poder atender e intervenir a pacientes con anorexia nerviosa .
- En atención primaria, el profesional de enfermería mantiene una relación cercana tanto con la familia como con el paciente que sufre anorexia nerviosa, obteniendo de esta manera mejores resultados en la evolución y pronóstico de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- O´Brien – Kennedy Ballord. Enfermería psiquiátrica. Madrid: Mc Graw Hill, 2000.
- Joana Fornes Vives. Enfermería de salud mental. Planes de cuidados. Madrid: Panamericana, Abril 2005.
- Nanda Internacional (2008). Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2007-2008. Madrid. Elsevier.
- Inmaculada Palomino Rodao. Anorexia nerviosa y proceso de atención de enfermería. Reduca(enfermería, fisioterapia y podología). Serie de trabajo fin de grado. 4(1): 1-43, 2012.

RESERVORIO SUBCUTÁNEO

ALICIA GARCÍA EGEEA
CARMEN CEGARRA BERENGUER
BERTA ANDÚGAR GARCÍA
MARÍA CARRIÓN FERNÁNDEZ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
LOCALIZACIÓN	4
COLOCACIÓN	5
INDICACIONES	6
OBJETIVOS	7
TÉCNICA DE PUNCIÓN DEL RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO	8
MANEJO DEL CATÉTER	12
ACCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	14
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

INTRODUCCIÓN

- ¿QUÉ ES?

El reservorio subcutáneo es un dispositivo de acero de pequeño tamaño. Consta de una cámara con superficie de silicona donde se pincha, la cual está conectada a un catéter flexible , con una o dos vías. El extremo distal llega a nivel de la unión de la vena cava superior con la aurícula derecha.

Con el reservorio subcutáneo disponemos de un acceso venoso rápido, seguro y eficaz.

LOCALIZACIÓN

Su implantación es preferentemente torácica, situando el reservorio sobre el plano muscular.

El resto de las zonas nombradas aunque son menos comunes se dan cuando existe imposibilidad o agotamiento del capital venoso del paciente.

- Zona infraclavicular derecha o izquierda.
- Zona hipogástrica.
- Zona inguinal.
- Antebrazo derecho o izquierdo.

COLOCACIÓN

Su implantación es un procedimiento médico-quirúrgico.

1º Administración de anestesia local.

2º Pequeña incisión para introducir el reservorio debajo de la piel.

3º Cierre de la incisión con puntos de sutura.

4º Comprobación de una implantación correcta mediante Rx.

INDICACIONES

El reservorio subcutáneo está indicado en pacientes que requieren acceso venoso prolongado para:

- Administración de tratamientos citostáticos.
- Administración de medicación intravenosa.
- Sueroterapia. Reposición hidroelectrolítica
- Administración transfusiones sanguíneas .
- Administración de nutrición parenteral.
- Extracción de muestras de sangre.

Excepción: Administración de contrastes (Se estropea el catéter).

OBJETIVOS

Los objetivos que se persiguen son:

- Mejorar el acceso al sistema vascular.
- Mantener la integridad del sistema venoso periférico.
- Evitar la aparición de infecciones, coagulación o daños por extravasación.
- Acceso adecuado para tratamientos largos.
- Reducir el número de venopunciones traumáticas.
- Disminuir el dolor y la ansiedad.
- Favorecer la comodidad y la calidad de la vida del paciente.
- Facilitar el tratamiento ambulatorio.

TÉCNICA DE PUNCIÓN DEL RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO

El manejo del reservorio subcutáneo se lleva a cabo de manera estéril. El material necesario es:

- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Mascarilla.
- Agujas estériles.
- Povidona yodada o antiséptico de clorhexidina.
- Paño estéril.
- Jeringas 10 cc.
- Suero salino fisiológico.
- Aguja tipo Gripper o Hubber.
- Llave de 3 vías.
- Heparina Sódica al 1%
- Apósito estéril.

Técnica de punción paso a paso:

- 1) Informar al paciente de la técnica a realizar.
- 2) Paciente en posición de semi-fowler.
- 3) Lavado higiénico de manos.
- 4) Localizar y palpar la zona de punción.
- 5) Preparar el campo estéril y colocarse los guantes estériles.
- 6) Desinfectar la zona de punción.
- 7) Conectar la aguja Hubber a una alargadera a y la llave de tres pasos o bien utilizar sistema Gripper[®]. Purgar con SSF todo el sistema (opcional).

- 8) Inmovilizar la cámara del reservorio y sujetarla.
- 9) Pedirle al paciente que inspire y en ese momento introducir la aguja hasta notar una pequeña resistencia que se corresponde con la pared posterior del reservorio.
- 10) Despinzar y comprobar la permeabilidad aspirando sangre. Pinzar.
- 11) Asegurar la inmovilización de la aguja colocando gasas a su alrededor y fijar con un apósito estéril.

RETIRADA DE LA AGUJA

La aguja se retira realizando presión positiva y sujetando la cámara para evitar su movilización.

Tras la retirada presionar ligeramente con la gasa la zona de punción.

Desinfectar la zona y colocar apósito.

- En perfusiones continuas la aguja se cambia cada 7 días.

MANEJO DEL CATÉTER

Tras realizar la punción del reservorio desecharmos 5 ml de sangre:

1. Extracción de muestra de sangre.*
2. Lavamos sistema con SF.
3. Administramos tratamiento pautado.**
4. Lavamos el sistema con SF.
5. Heparinización o sellado del reservorio.*** (5 ml Heparina sódica al 1%)

* Cuando tras la extracción no existe tratamiento pautado, pasamos al paso 4 y 5.

** Si anteriormente a la administración del tratamiento no hay que recoger muestra de sangre comenzamos en el paso 2.

*** Cuando el reservorio no está en uso, cada dos meses se lleva a cabo la limpieza y sellado del mismo, comenzando en el paso 4.

**SIEMPRE LAVAR Y HEPARINIZAR DESPUÉS DE CADA
USO.**

ACCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

➤ **Trombo en el catéter:**

- I. No aplicar nunca sobrepresiones, puede producir la rotura del catéter.
- II. Avisar al médico.
- III. Preparar una solución salina con 5000 U de uroquinasa/ml.
- IV. Administrar 1,5 cc de dicha solución (7500 U).
- V. Extraer la aguja del reservorio.
- VI. Dejar actuar la solución durante 15-20 minutos.
- VII. Practicar una nueva punción del reservorio e intentar aspirar el trombo, junto con 25 cc de sangre y desecharla.

➤ **No refluye sangre, pero no hay problemas para perfundir sustancias:**

Esto ocurre porque se forma una capa de fibrina en la punta del catéter que actúa a modo de válvula.

Preparar una solución de uroquinasa.

➤ **Infección del reservorio subcutáneo :**

Manipular siempre en condiciones de máxima asepsia.

Avisar al médico para que instaure el tratamiento antibiótico necesario.

➤ **Irritación en el lugar de punción :**

Rotar el punto de punción.

El paciente debe utilizar prendas naturales (algodón) y flojas para evitar el roce.

Mantener la piel hidratada.

➤ **Interrupción intermitente de las perfusiones:**

Si está relacionada con el movimiento de la cabeza o de la escápula del paciente el catéter podría verse comprometido por la primera costilla y la clavícula

Avisar al médico para que solicite examen radiológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Instituto Donostia de Onco-hematología. *Guía para el paciente. Reservorio venoso subcutáneo*. Hospital Donostia. Osakidetza. 2011
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-sida01/es/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Reservorio_Venoso_C.pdf (último acceso 27 enero 2016)
- Cortés-Flores, AO.; Morgan-Villela, G.; Juárez-Uzeta, EA.; Fuentes-Orozco, C; Jiménez-Tornero, J.; González-Ojeda, A. Dispositivos de acceso venoso central totalmente implantables en pacientes con cáncer. Experiencia en un Centro Oncológico Privado. *Cir Cir*. 2012; 80(5): 429-434.
- Ropero Perona I. Garcia Tascón R. Manejo del Reservorio Subcutáneo. Enfermería Ciudad Real
<http://www.enfermeriadeciudadreal.com/manejo-del-reservorio-subcutaneo-83.htm> (último acceso 27 enero 2016)

- León López AB. Cuidados de enfermería a pacientes con reservorios subcutáneos. Enfermería Ciudad Real.
<http://www.enfermeriadeciudadreal.com/cuidados-de-enfermeria-a-pacientes-con-reservorios-subcutaneos-93.htm> (último acceso 27 enero 2016)
- Calvo R., Ruiz-Giménez J. F., Rubio V., Belmonte M., Ruz A., Lluch M.. Reservorios subcutáneos venosos centrales permanentes. Complicaciones. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]. 2004 Abr [citado 2016 Ene 28] ; 11(3): 150-155.
Disponible en:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000300005&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000300005&lng=es)

LA BIOÉTICA

EN LOS CUIDADOS CENTRADOS

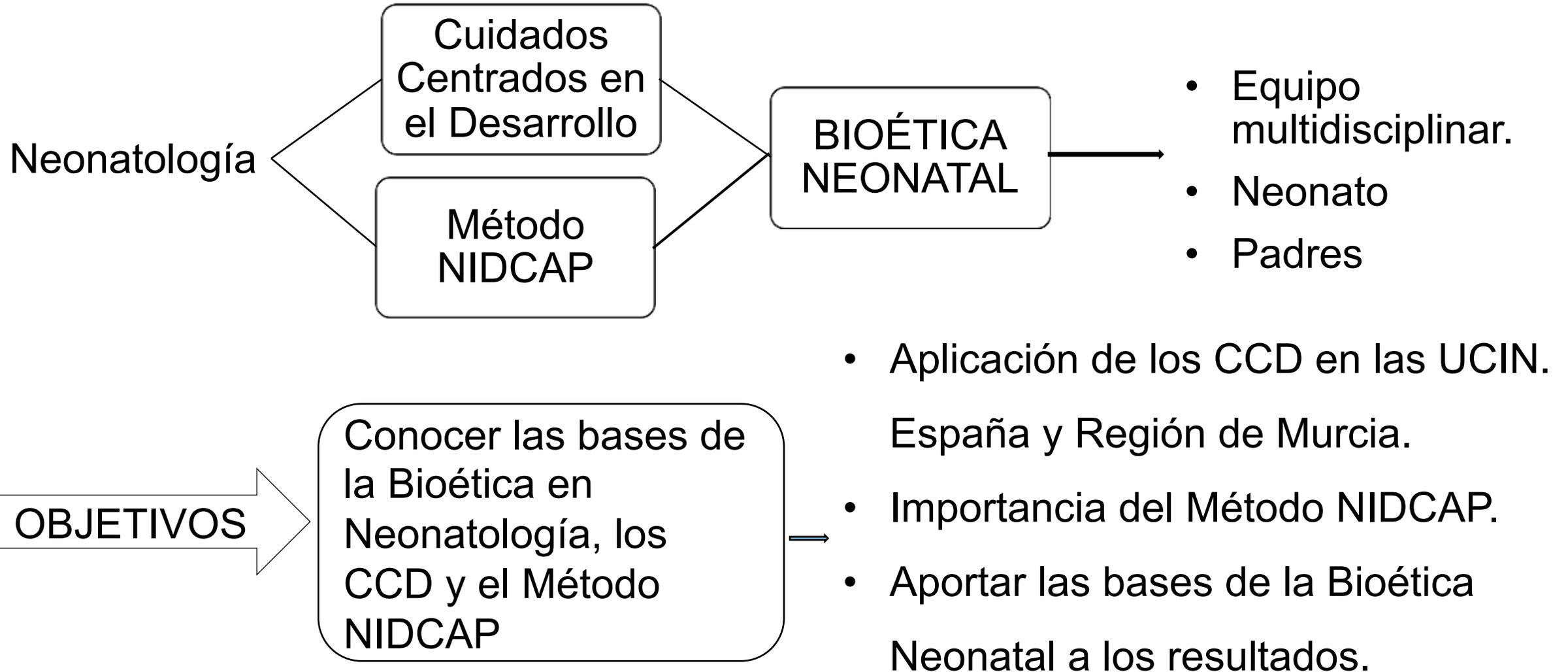
EN EL DESARROLLO NEONATAL

María del Carmen Calvache Arcos.

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.....Pág. 3
- NEONATOLOGÍA.....Pág. 4
- CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO.....Págs. 5-6
- MÉTODO NIDCAP.....Pág. 7
- BIOÉTICA NEONATAL (I). (II).....Págs. 8-9
- PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA NEONATAL (I). (II).....Págs. 10-11
- METODOLOGÍA.....Pág. 12
- RESULTADOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO.....Pág. 13
- RESULTADOS MÉTODO NIDCAP.....Pág. 14
- RESULTADOS MÉTODO NIDCAP EN MURCIA.....Pág. 15
- DISCUSIÓN.....Pág. 16
- CONCLUSIONES.....Pág. 17
- BIBLIOGRAFÍA.....Págs. 18-19

INTRODUCCIÓN



NEONATOLOGÍA

- La Neonatología ciencia dedicada al diagnóstico y tratamiento de las patologías del recién nacido hasta los primeros 28 días de vida. Cuidados en UCIN.
- Recién nacido prematuro: nace antes de la 37 semana de gestación.
- Periodo neonatal:
 - Precoz: desde el nacimiento hasta la primera semana de vida.
 - Tardío: desde la primera semana hasta el final del primer mes de vida.
- La Neonatología tiene como esencia la defensa y promoción de la salud de los neonatos basándose en los conocimientos médicos y aceptando el reconocimiento de la dignidad humana de todo recién nacido que deba ser atendido, sea cual sea su edad gestacional y su situación clínica.

CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO NEONATAL

- Los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) se definen como la aplicación de cuidados dirigidos al recién nacido hasta las primeras cuatro semanas de vida, recién nacidos pretérmino y/o con bajo peso al nacer (≤ 1.500 gr) o con problemas fisiopatológicos que precisan de los cuidados instaurados en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN).
- La interacción entre el recién nacido, la familia y el entorno ambiental es fundamental, ya que los CCD en el neonato abarcan intervenciones con respecto a la luz y ruido; postura, manipulación o sensaciones táctiles, manejo del dolor, participación de los padres, lactancia materna y Método Canguro (Técnica piel con piel).

CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO



Método NIDCAP

En la década de los 80 (EE UU), la Dra. Heidelin Als diseña el Programa NIDCAP o Programa de Cuidados y Análisis en el Desarrollo Individualizado del Neonato, basado en la filosofía de los Cuidados Centrados en el Desarrollo y en la Familia.

- Se basa en la Teoría Sinactiva, que evalúa el grado de maduración del SNC de los RN inmaduros y/o pretérmino.
- Analiza como se comporta el recién nacido cuando sus capacidades neuronales no están maduras y debe enfrentarse al mundo extrauterino.
- Favorece el desarrollo neurosensorial y emocional del recién nacido y disminuye su estrés.
- Los hospitales 'Vall D'Hebrón' y '12 de Octubre', ostentan la acreditación NIDCAP.

BIOÉTICA NEONATAL (I)

Origen de la Bioética:

- Universidad de Wisconsin. Oncólogo Van Rensselaer Potter.
- 1970. Van Rensselaer Potter. Artículo 'Bioethics, the Science of survival' .
- 1971. Publica 'Bioethics: Bridge to the future'.

Bioética: Estudio sistemático y profundo de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, a la luz de los valores y los principios morales.

Bioética neonatal: Ciencia que explica el equilibrio entre las necesidades de la naturaleza humana del neonato con su entorno, la protección de sus valores humanos y éticos; y el cumplimiento de los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD).

BIOÉTICA NEONATAL (II)

- Los CCD han de garantizar el equilibrio entre el medioambiente y la naturaleza humana del neonato.
- La interacción entre el recién nacido, la familia y el entorno ambiental es fundamental, ya que los CCD en el neonato abarcan tres intervenciones:
 1. **Microambientales:** Luz, ruido, temperatura.
 2. **Mesoambientales:** Aspectos éticos. Valores de la vida. Garantizar los derechos.
 3. **Macroambientales:** Postura. Manipulación. Manejo del dolor. Familia. Método Canguro. Lactancia Materna.

PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA NEONATAL (I)

Los profesionales sanitarios neonatales deben tener en cuenta los cuatro principios básicos de la bioética: **No Maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia.**

Se debe respetar siempre la libertad de los padres y el deber de preservar y/ o mejorar la salud del recién nacido.

1. Principio de Beneficencia o “ Hacer el bien al neonato”.

Conflicto que surge cuando se desea ‘hacer el bien’ pero sin poner en riesgo la integridad del paciente neonatal. No confundir con la Actitud Paternalista, puede dar lugar a un Encarnizamiento terapéutico.

2. Principio de No Maleficencia. Implica al profesional a no dañar al recién nacido y atenerse a la ‘lex artis’; es decir, al conjunto de prácticas clínicas y asistenciales adecuadas en la aplicación de tratamientos y cuidados; respetando perfil individual neonatal.

PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA NEONATAL (II)

3. Principio de Autonomía que reconoce el derecho que asiste al usuario a que se respeten sus decisiones. En este caso los padres del RN son los que deciden.

Ley 41/2002, reguladora de la Autonomía del paciente, a través, del Consentimiento Informado.

Comunicación terapéutica y derecho a la Confidencialidad

4. El principio de Justicia. Todos somos iguales ante la ley, asumiendo donde comienzan los derechos del paciente en la atención asistencial médica. Este principio implica la obligación de repartir los recursos sanitarios sin discriminación y de forma equitativa.

Implica no poner en riesgo la equidad, la igualdad y la utilidad pública de los recursos sanitarios ante la elección de tratamientos entre pacientes neonatales.

METODOLOGÍA

BASES DE DATOS	ALGORITMOS DE BÚSQUEDA	LÍMITES
ScieLO	(1) "bioética AND neonatología" (2) "recién nacido AND unidades de cuidados intensivos neonatal" (3) "recién nacido AND cuidados centrados en el desarrollo" (4) "recién nacido AND enfermería neonatal"	Artículos: 1. Originales. 2. Revisiones Sistemáticas. 3. Inglés. 4. Español. 5. Desde el año 2000.
Lilacs		
Ibecs		
Cuiden		
Medline, a través de Pubmed		
Medes		
Dialnet		
Cochrane Plus		
Google Académico		

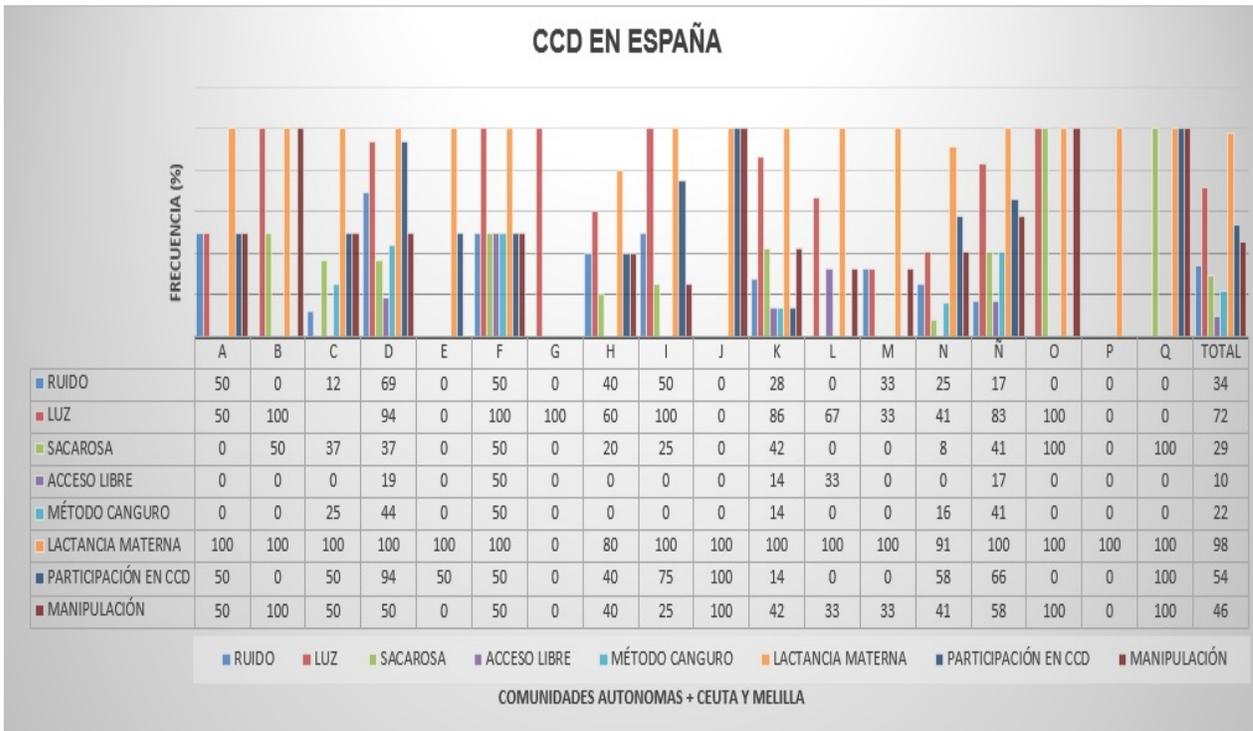
Palabras clave: Neonatología, Bioética, Enfermería neonatal, recién nacido, unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, Cuidados Centrados en el Desarrollo y Ética en Enfermería.

Bibliografía: 33 artículos más un acta de cátedra y dos libros, uno de ellos publicado en la Biblioteca Virtual de Salud (Cuba).

Clasificación:

- Guías de práctica clínica: 7
- Estudios casos-control: 7
- Estudios transversales: 2
- Meta-análisis: 3
- Revisión sistemática: 13

RESULTADOS- CCD



- Implantación de los CCD en las unidades de neonatología de España.
- Muestra: neonatos con peso < 1.500 g.
- Estudio transversal realizado por expertos de los hospitales 12 de Octubre y Vall d'Hebrón.

LACTANCIA MATERNA

LIBRE ACCESO DE PADRES

LUZ Y RUIDO

DOLOR:
> Medidas no farmacológicas.

MÉTODO CANGURO

FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

PROTOCOLO CONJUNTO DE BASES ÉTICAS

RESULTADOS- NIDCAP

La Sociedad Española de Neonatología defiende:

- La esencia y promoción de la salud de los neonatos.
- La abstención o supresión terapéutica, desde la perspectiva ética de los intereses del niño. Situación que no debe darse si se aplica correctamente los cuidados del Método NIDCAP, tal y como demuestran los resultados, es decir:
 - 1. Mejora el neurodesarrollo de los recién nacidos pretérmino y/o con bajo peso al nacer.
 - 2. Reduce el tiempo de estancia hospitalaria.
 - 3. Reduce la incidencia de padecer enfermedad pulmonar crónica.
 - 4. Disminuye el tiempo de conexión a ventilación mecánica durante el ingreso.
 - 5. A los 18 meses de edad 'de ajuste' los niños tienen menos signos de incapacidad o retraso mental.

RESULTADOS NIDCAP EN MURCIA

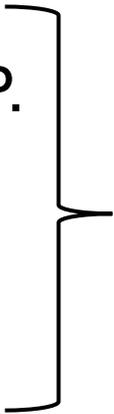
Hospitales Región de Murcia	Acceso padres	Lactancia Materna	Método Canguro	Cumplen NIDCAP
H.C.U Virgen de la Arrixaca	24 horas	Cada 3 horas	SÍ	NO
USP Hospital San Carlos	4 horas/día	4 horas/ día	NO	NO
C. Virgen de la Vega S.A	4 horas/día	Depende	NO	NO
H.C. del Noroeste de la Región de Murcia	30 minutos/día	Cada 3 HORAS	NO	NO
Hospital de Los Arcos	24 horas	24 horas	SÍ	SÍ
Hospital Virgen del Castillo	24 horas	24 horas	SÍ	SÍ
Hospital Rafael Méndez	Cada 3 horas	24 horas	SÍ	NO
H.G.U. Santa Lucía	13 horas/día	24 horas	SÍ	NO

Sólo en 2 unidades de Neonatología de la Región de Murcia:

Hospital Los Arcos de San Javier y Hospital Virgen del Castillo de Yecla, cumplen las tres recomendaciones para un óptimo cuidado:

1. Promover la lactancia materna a demanda, sin restricciones.
2. Promover el Método Canguro: contacto piel con piel temprano, continuo y prolongado.
3. Fomentar la participación de la Familia en las unidades neonatales.

DISCUSIÓN

- Establecer el libre acceso de los padres a las unidades de neonatología.
 - Elaborar un modelo global de CCD y Método NIDCAP.
 - Evaluar y seguir casos por Comités de Expertos.
 - Programas de formación continuada en CCD.
- 
- Participación activa de los padres.
 - Beneficio de los neonatos.
 - Aumentaría acreditaciones NIDCAP.
- Los artículos analizados no evidencian la aplicación de la Bioética neonatal.
 - Aportación personal de la bioética neonatal: definición y resultados.
 - Aportar la bioética en los CCD y el Método NIDCAP.
 - Elaborar un protocolo conjunto de normas éticas y deontológicas por parte de los Comités de Ética hospitalarios.
 - Mayor apoyo gubernamental a los niños con discapacidad neurológica.

CONCLUSIONES

- Considerar a los padres y al neonato como una unidad; respetando sus necesidades y derechos.
- Actualizar los cuidados a partir de la evidencia y recomendaciones institucionales/gubernamentales.
- Elaborar un protocolo conjunto de normas éticas y deontológicas por las unidades de neonatología.
- Reforzar la evidencia científica en la aplicación de la Bioética neonatal en los CCD.
- Aplicar, evaluar y seguir los casos, a partir de un equipo multi e interdisciplinar.
- Elaborar y aplicar un modelo global de CCD y Método NIDCAP.
- Favorecer el alojamiento conjunto de la madre y el niño.
- Programar la formación continua en CCD y Método NIDCAP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perapoch-López J et al. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en España de las unidades de Neonatología. *An Pediatr (Barc)* 2006; 64(2):132-9.
2. Asociación El Parto es Nuestro. Informe sobre la accesibilidad de madres y padres a las unidades neonatales en los Hospitales de la Región de Murcia y el Cumplimiento de los derechos de los bebés ingresados. [Internet]. 2012. [Consulta el 21 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.elpartoesnuestro.es/user/login/blog/2012/2012/07/seis_de_ocho_unidades_neonatales_de_la_región_de_murcia_incumplen_las_recomendaciones_básicas
3. Leigh-Peters K et al. Improvement of short-and long-term outcomes for very low birth weight infants: Edmonton NIDCAP trial. *Pediatrics (Canada)* 2009; 124 (4): 1009-1020.
4. Jiménez-González R, Molina-Morales V, Abel F, Tejedor C. Bases éticas en Neonatología. Decisiones de tratamiento selectivo en recién nacidos. Normas básicas de actuación. Sociedad Española de Pediatría y Neonatología. 2008.

BIBLIOGRAFÍA

5. López J, Arteaga E. Aspectos bioéticos en el campo de la Neonatología. [Internet]. 2012. [Consulta el 10 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/revista-medica/bioetica-neonatologia/4/>
6. Puga T. Bioética en Pediatría. Arch. Argent. Pediatric. 1999; 97 (1): 26- 35.
7. Sánchez-Escartín MC, López de Heredia-Goya J, Aguayo-Maldonado MJ, Blanco-Bravo D, Molina-Morales V. Reflexiones éticas y recomendaciones para la toma de decisiones clínicas en la atención al recién nacido sano. An Pediatr (Barc). 2012; 77 (6):413. e₁- 413. e₅
8. Cuidados Centrados en el Desarrollo. Diferentes miradas. Método NIDCAP. Servicio de Neonatología. Grupo NIDCAP. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. 2008.
9. Ginovart-Galiana G. Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. Rev. Aloma. Psicología, Ciències de L'Educació i de L'Esport. [Internet]. 2010. [consulta 20 de noviembre de 2013] (26): 15 - 27. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/aloma>.

